

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen – September 2020

TEMA **AI** ARTIFICIELL INTELLIGENS



ANSVARIG UTGIVARE:
Alessandra Hedlund



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 4 Redaktionsruta
- 4 Redaktionell ledare,
Tove Gunnarsson
- 5 SPF styrelseruta, ledare,
Alessandra Hedlund
- 6 SFBUP styrelseruta, ledare,
Sara Lundqvist
- 7 SRPF styrelseruta, ledare,
Per-Axel Karlsson
- 8 Kommande temanummer
- 38 10 frågor till Denada Aiff, skattmästare i Svenska Psykiatriska Föreningen
Stina Djurberg
- 59 Krönika enligt Tiger
Mikael Tiger
- 61 Bokrecension: Jag stannade kvar i Auschwitz. En läkares vittnesmål
Daniel Frydman
- 62 Bokrecension: Unified protocol för barn. Diagnosöverskridande psykologisk behandling. Arbetsbok
Björn Wrangsjö
- 64 Bokrecension: Unified protocol för ungdomar. Diagnosöverskridande psykologisk behandling. Arbetsbok
Björn Wrangsjö
- 65 Bokrecension: Hundens kärlek
Thomas Silfving
- 66 Bokrecension: Orkidéer och maskrosbarn. Hur alla barn kan blomstra
Björn Wrangsjö
- 68 Bokrecension: När det hälsosamma blir ohälsosamt. Hjälper tankar om kropp, mat och ätande tagit över ditt liv
Björn Wrangsjö
- 69 Bokrecension: Överklighetskänslor. Om depersonalisations-syndrom
Björn Wrangsjö
- 71 Bokrecension: A Practical Guide to Happiness in Adults on the Autism Spectrum A Positive Psychology Approach och Pretending to be Normal Living with Asperger's Syndrome, Expanded Edition
Cave Sinai
- 73 Bokrecension: Lilla boken om psykisk ohälsa. En guide till ett bättre mående
Thomas Silfving

Tema:

- 12 Vad är Artificiell Intelligens?
Per Gustafsson
- 14 AI inom samhället och välfärdssektorn
Göran Lindsjö
- 16 Virtual reality för behandling av social fobi
Benjamin Alexander Thorup Arnfred, Peter Bang
- 18 Teknofobi och verkligt hot
Nils Lindefors
- 20 AI i psykiatri
Evamaria Nerell
- 23 Kan maskininlärning förbättra suicidriskbedömning?
Per Gustafsson
- 26 E-hälsa inom den sociala missbruksvården
Anna Widéen

Psykiatriska nyheter:

- 50 Etiska aspekter rörande en psykiaters kommunikation med patient och anhöriga
Rigmor Stain, Danuta Wasserman
- 52 Tydligare diagnoskodning av bipolär sjukdom typ 2 i ICD-10-SE
Mikael Landén, Mattias Agestam, Kristina Lindwall Sundel
- 54 Äldre är en utsatt grupp under pandemin - men vad får det för konsekvenser?
Robert Sigström

Covid-19

- 36 Rapport från European Psychiatric Associations, EPA, 4-7 juli 2020, **Alessandra Hedlund**
- 44 Äldrepsykiatri on-line i skuggan av covid-19
Karin Sparring Björkstén
- 46 Att åldras i coronans tid. Några personliga reflektioner
Wolfgang Rutz
- 54 Äldre är en utsatt grupp under pandemin - men vad får det för konsekvenser?, **Robert Sigström**
- 59 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 60 Åtskilda...
Coronamelodi, **Lioudmila Mendoza**
- 75 Tillsammans kan vi bromsa smittan!
Folkhälsomyndigheten

Innehållsförteckning:

Debatt:

- 46 Att åldras i coronans tid. Några personliga reflektioner
Wolfgang Rutz

Övrigt:

- 10 SPK 2021: ställa in eller ställa om?
Alessandra Hedlund, Jonas Eberhard
- 11 ST-konferensen januari 2021 inställd
Ida Gebel Djupedal
- 28 Så minns vi Torgny Svensson
Lars Farde
- 30 Så minns vi Ulf Rydberg,
Tove Gunnarsson,
Bättre vän kunde ingen ha
Claes Hollstedt
- 31 Så minns vi Ulf Rydberg
En eldsjäl som visade vägen
Tove Gunnarsson, Alessandra Hedlund
- 34 Dags att nominera till Utmärkelse för pedagogiska insatser för
psykiatri till Raffaella Björcks minne
Styrelsen Svenska Psykiatriska Föreningen
- 35 Dags att skicka förslag på person att nominera till Hedersleda-
mot i Svenska Psykiatriska Föreningen
Styrelsen för SPF
- 42 Hur får vi tillgång till ny kunskap?
Lars Farde, Jerker Hanson

Rapporter från möten och resor:

- 32 Rapport från Nordic Psychiatric Associations, NPA
Alessandra Hedlund
- 36 En gemensam röst
Rapport från European Psychiatric Association, EPA,
4–7 juli 2020
Alessandra Hedlund
- 40 Masterclass Psychiatry februari 2020 i Luleå
Ursula Werneke
- 44 Äldrepsykiatri on-line i skuggan av covid-19
Karin Sparring Björkstén

Tidskriften för Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **11/11**
TEMA: Så sade man förr



Tidskriften för Svensk Psykiatri



Artificiell intelligens...

SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE
Alessandra Hedlund

HUVUDREDAKTÖR
Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

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

Daniel Frydman
(daniel.frydman@icloud.com)

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

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR
Stina Djurberg
stina.djurberg@buf.se

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

OMSLAGSBILD
Carol Schultheis
Phonlamai Photo och STILL is Franck Camhi/Shutterstock.com

INTERNET
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

... vad är det – egentligen? Och i psykiatrin? Det var nog min första tanke när någon i redaktionen föreslog detta som tema. Men nu har jag fått lära mig ett och annat. I en av artiklarna guidas vi genom de grundläggande AI-begreppen och övriga teman bidrag handlar om olika tillämpningsområden samt några andra aspekter på digital teknik.

Här finns också, bland mycket annat, bidrag som handlar om covid-19, om än inte lika många som i förra numret då allt fortfarande var ganska nytt. Så småningom ska vi nog ha ett temanummer om pandemins psykiatriska konsekvenser men det får vänta till dess vi kan börja summera. När detta kan bli aktuellt är än så länge ovisst men ni i läsekretsen får gärna ha synpunkter!

Nästa nummer...

... har temat *Så sade man förr*. Bakgrunden till temat är att redaktionen kom att tala om hur ord och begrepp inom psykiatrin har ändrats genom åren. Diagnoser och andra termer har bytt namn och man kan diskutera vad det har för orsaker. Sen insåg vi att temat ju även kan innefatta förändrade synsätt, ideologier och teorier. Vi har berört psykiatriens historia i tidigare nummer men ämnet torde vara outtömligt.

Den här sommaren blev nog annorlunda för de flesta av oss men jag hoppas att ni kunnat koppla av och samla krafter inför hösten. Och att ni har lust att skriva bidrag, på temat eller något annat av psykiatriskt intresse.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Fysisk distans och kollegial närhet

"Lontano dagli occhi, lontano dal cuore", lyder ett italienskt ordpråk. Bokstavligen betyder det att den som är långt bort från ens ögon även är långt bort från ens hjärta. På svenska säger man "syns man inte så finns man inte" men det är absolut inte samma sak. Huruvida det vittnar om kulturskillnad (eller om min okunnighet) överlåter jag till någon annan att klura ut. Det italienska ordspråket handlar om kärlek, om att den behöver fysisk närhet för att inte dö ut.

Är det verkligen sant? Den här pandemin har fått oss alla att tänka till och tänka om. Saker som man trodde var omöjliga har hänt. Sådant som förut var självklart är inte det längre, samtidigt som gränserna för "normalitet" har förändrats. Följderna har varit både positiva och negativa och ännu en gång bevisat att även negativa händelser kan få något positivt med sig.

Nog med filosofi, jag går rakt på sak. Precis som ni andra har jag haft otaliga webbmöten under våren och sommaren. Nästan så att man bli trött på det där "Hallå, hör ni mig? Hur var det man delar skärm? Slå på mikrofonen nu igen" ... Men nej. Jag är inte trött på det där. Ärligt talat har det faktiskt varit riktigt roligt att möta kollegor över länk. Ändå sedan de första restriktionerna infördes har stämningen varit dämpad, både på jobbet och ute i samhället. Så himla trevligt att då mötas av bekanta ansikten, pigga röster, vardagliga frågor. Om man saknade den sociala gemenskapen kunde man i alla fall stanna kvar på "rasten" och bli positivt överraskad över det spontana sociala småpratet som uppstod, helt naturligt. Det blir ingen fysisk gemenskap såklart. Men social? Absolut.

Alla som har nära anhöriga i andra länder vet precis vad jag talar om. Själv har jag nästan 300 mil till mina. Tack och lov för telefonen, inte direkt någon ny uppfinning. Internet är grädden på moset.

Nu när man inte träffas som vanligt har jag experimenterat lite. Systematiskt och konsekvent har jag passerat på att småprata med kollegor, när vi har ringt till varandra eller haft videomöte. Utöver själva jobbrelaterade ärendet, alltså, bara för att det är trevligt. Och vet ni vad jag har upptäckt? Att vi har så mycket att prata med varandra om. Inget nytt, säger du. Men oj, vad det är tydligt nu, att vi behöver varandra. Jag ser den här tiden som ett tillfälle att återupptäcka och stärka känslan av kollegialitet. Visst kan vi maila när vi inte ses, men varför inte ringa eller ta ett kort videomöte, göra varandra sällskap samtidigt som vi gör nytta?

Det finns en till aspekt i det här. I frånvaro av stora sammankomster behöver vi hitta nya forum för kollegiala möten. Ett webinarium kan ge oss ny kunskap, men mötet kring fikabordet uteblir. Då är det ännu viktigare att vi värnar om våra relationer kollegor emellan. När vi inte når fram med kroppsspråket behöver vi förlita oss på det talade språket, precis som med vissa av våra pa-



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

ALESSANDRA HEDLUND

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Alessandra Hedlund
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE: Martin Hultén
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE: Linda Martinik
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Denada Aiff
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

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

FAKTLIG SEKRETERARE: Lotta Sandström
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

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

LEDAMOT: Tarmo Kariis
(kariis@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Cave Sinai
(sinai@svenskpsykiatri.se)

ST-REPRESENTANT: Karl Lundblad
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

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

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

tienter. Man kan förmedla omtanke och hänsyn på så många olika sätt. Det finns ord för uppskattning, förtroende, respekt. Vi behöver hålla ihop, nu mer än någonsin. Vi kan hålla ihop, om vi vill.

Så ta hand om dig själv och varandra. Var snäll mot dem som är nära dig, även om det är en virtuell närhet. Tänk på att när du möter en medmänniska ser du bara toppen på isberget. Om du får förtroende (och en gnuttur) kan du få möta det som finns under ytan. Visst gäller det patienterna, men även kollegorna.

Alessandra Hedlund
Ordförande SPF

PS. Redaktören påpekar att det finns ett svenskt talesätt "Ur syn, ur sinn" som torde betyda ungefär detsamma som det italienska uttrycket.

Nya tider, nya droger?

I veckan lanserades en film på Youtube som gjordes av 2 unga killar, en film där man beskriver hur porr-tittande kan bli ett missbruk som påverkar både den fysiska förmågan att ha sex och även påverkar kvalitén i våra nära och intima relationer. Man diskuterar porrindustrin och politikernas flathet att ta tag i problemet med hur full tillgång till porr i telefoner och datorer påverkar våra barn och ungdomar och deras sexuella hälsa.

De senaste 10 åren har förskrivningen av potensmedel ökat med 50 % i gruppen män 15–29 år, hur stor del av det har med tillgängligheten på porr att göra?

Frågan som vi psykiatriker behöver ställa oss är väl om detta är en beroendesjukdom, är det något där vi behövs? Eller är detta en problematik för ungdomsmottagningar, vårdcentraler och sex- och samlevnadsterapeuter. För oss som jobbar med ungdomar är det viktigt att ändå ha kunskap om hur det blir för ungdomar att ha porren så nära inpå och så lätt att komma över. Och vi behöver kunna råda föräldrar om hur de skall prata med sina barn.

Just i dagarna kom ett beslut från utbildningsministern att sexualundervisningen i skolor ska göras om, man skriver att det är viktigt att kunskapen kommer från skolan och inte från porren. Spännande och utmanande arbete för Skolverket helt klart. Lycka till önskar vi!

Ja, vad händer mer på barn- och ungdomspsykiatriska frontlinjen? Föreningsarbetet går fortfarande lite på halvfart pga. corona men tack vare idogt arbete görs nu många ST-kurser och utbildningar elektroniskt eller med en kombination av lärandeaktiviteter. Styrelsen samlar kraft för både höstinternat och en översyn av en rekommendation till landets högskolor om vad vi anser bör finnas med i kursplanen på grundutbildningen. Någon Barn- och ungdomspsykiatrisk kongress i vanlig bemärkelse kommer det ej att bli till våren, coronaläget är för oklart och förra årets inställda kongress lider vi fortfarande sviterna av.

Vi ser över lite olika möjligheter men inget är ännu bestämt.



SARA LUNDQVIST
Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Sara Lundqvist
(sara.lundqvist@vgregion.se)

VICE ORDFÖRANDE: Susanne Buchmayer
(Susanne.buchmayer@sll.se)

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

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

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

UTBILDNINGSANSVARIG: Gunnel Svedmyr
(gunnel.svedmyr@akademiska.se)

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

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

LEDAMOT: Carl-Magnus Forslund
(carl-Magnus.Forslund@skane.se)

ST-REPRESENTANT: Astrid Moell
(astrid.moell@sll.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

Slutligen vill jag tipsa om Barnafriids nya utbildningsplattform, Barnafriids Basprogram om våld mot barn som lanseras den 30 september kl. 09.00. Glöm ej att anmäla er och delta på facebookeventet <https://www.facebook.com/events/3248316015258904>! Obligatoriskt för alla :-).

Ta hand om er i höst, stå ut med väntan och se fram emot när vi kan umgås och leva som vanligt igen. Och håll er friska!

Sara Lundqvist
Ordförande SFBUP

Tekniska utmaningar

Temat för detta nummer är AI och jag tror inte det avser Avdelning för Intagning, snarare artificiell intelligens. Sådan förutsätter kommunikation och detta kan jag kommentera.

På grund av den rådande virussituationen har fjärrtekniken varit en möjlig lösning, men det har inte gått helt bra. Vi har på trassliga ledningar haft förvaltningsrättsförhandlingar för patienterna, både med telefoni och med videoteknik. Vi har använt oss av bryggor, som dom kallas, för att förtöja klinikkens ledning med förvaltningsrättens ledning. Ibland har det känts som bryggan i sig är ett motstånd mellan de olika sladdarna.

Nu beställer vi ett nytt system som vi hoppas ska kunna öka kvaliteten på förhandlingarna.

Virussituationen börjar bli påfrestande även för de patienter som hämmas av restriktionerna och då samhället öppnar får vi allt fler klagomål på att man inte får träffa sina anhöriga. Skype kanske skulle kunna vara en lösning men i ett anorektiskt landsting är även detta oprioriterat.

Tekniken finns förvisso.

Stödpersoner är ofta äldre som vill göra en social insats, vara kompis med den tvångsvårdade patienten. Ja just, det, äldre... dom skulle vi ju hålla ifrån patientkontaktarna?

En annan aspekt på AI: I centrum för kommunikation finns datorer och journalsystem som ska underlätta för oss att få göra adekvata anteckningar och följa förlopp. Då måste man ha koll på sina sökord, dessa kommer från en annan del av regionens verksamhet kallad informatik.

Vi har svårt att få gehör för våra önskemål till denna informatik. Senast skulle alla verksamheter i samma klinik få en slags kod, så att vi skulle kunna jämföra ekonomin?

Våra sex avdelningar blev tre grupper: p1, p2, p3.

Öppenvårdens patienter kallas för motp. Eftersom de är kopplade till öppen LRV och ibland öppen LPT hoppar det upp en beteckning när man skriver remisser: ÖPT/ÖRV.

Om jag vill skriva in viktig information om en patient som vi strax ska få, är ju denne ännu inte inlagd och kan inte tillhöra p1, p2, p3. Återstår det tredje valet motp men där blir det ju i skrift som om patienten redan är på öppen tvångsvård.

Och de några av mina patienter som jag har under HSL i frivillig vård, kan bara bokföras som motp.



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

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

VICE ORDFÖRANDE: Kristina Sygel

SEKRETERARE: Hanna Edberg
(sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Kosilla Pillay
(kassoren@srpf.se)

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

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

KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Lars-Håkan Nilsson

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling

LEDAMÖTER: Anna Hillerberg, Sara Öster

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling

Hemsida: www.srpf.se

En av dessa, som jag remitterade för provtagning nyligt, fick frågan av personalen på vårdcentralen: – ”är du på tvångspsyk nu?”.

Allt detta ovan kallar jag för artificiell ointelligens.

Men detta är ju den basala delen, där man kan förvänta sig att allting är just basalt (produkt av vulkanisk aktivitet är INTE vad jag menar).

Jag hoppas ni haft en skön sommar och känner er redo att ta itu med höstens utmaningar där AI nog utgör en av dem.

Per-Axel Karlsson
Ordförande
SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **11/11**
Tema: Så sade man förr



Utgivning 2020

NUMMER 4 2020

Tema: *Så sade man förr*

Deadline 11 november

Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2021

Tema: *Ej bestämt*

Deadline 10 februari

Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2021

Tema: *Ej bestämt*

Deadline 19 maj

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2021

Tema: *Ej bestämt*

Deadline 1 september

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2021

Tema: *Ej bestämt*

Deadline 17 november

Utkommer vecka 49

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

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNONS



SPK 2021: ställa in eller ställa om?

Efter noggrann avvägning har SPF:s styrelse fattat beslut om att inte planera för en traditionell psykiatrikongress 2021. Det känns tråkigt, för oss som styrelse och för alla som varje år ser fram emot SPK. Vi är ändå angelägna om att erbjuda våra medlemmar ett alternativ som, om än inte fullt ut ersätter kongressen, ändå bidrar till att fylla tomrummet och skapa forum för gemenskap, trots restriktioner och förbud mot större sammankomster.

SPF ställer därför om och planerar att utöka utbudet av fortbildningar för medlemmar under hela 2021. Istället för turnéer på olika orter kommer "SPF fortbildar 2021" att bestå av digitala seminarier med högkvalitativt innehåll, tillgängliga över hela landet och självklart kostnadsfria för medlemmarna. Vår målbild är att portionera kongressens tilltänkta höjdpunkter digitalt, lite i taget över året, istället för några intensiva dagar i mitten av mars. Pre-

liminärt planeras första tillfället i slutet av januari eller början på februari, det andra under vecka 11 då SPK annars skulle ägt rum, då satsar vi även på ett digitalt årsmöte.

Självklart står vi redo att genomföra fysiska möten om läget skulle förändras, med minskad smittspridning och inga restriktioner. Till dess, vi ses över länk!

För styrelsen

Alessandra Hedlund

Psykiater, Stockholm

Ordförande SPF

Jonas Eberhard

Psykiater, Lund

Vetenskaplig sekreterare SPF



ST-LÄKARE I
PSYKIATRI

ST-konferensen januari 2021 inställd

ST-läkare i Psykiatri har på grund av det aktuella läget med osäkerhet om smitta, mötesrestriktioner samt arbetsgivares regler för möten, valt att ställa in ST-konferensen i januari 2021. Vi blickar dock redan nu framåt mot en ny konferens 2022!

STP hoppas även kunna genomföra alternativa fortbildningsaktiviteter under året, men återkommer i den frågan. Information kommer att finnas på <https://stpsykiatri.se/>.

Väl mött!

Ida Gebel Djupedal

Ordförande

Styrelsen för ST-läkare i Psykiatri

Vad är Artificiell Intelligens?

Inom datavetenskap är artificiell intelligens (AI) intelligens som uppvisas av maskiner, i motsats till den naturliga intelligensen som visas av människor. I allmänhet används ofta begreppet AI för att beskriva maskiner (eller datorer) som efterliknar "kognitiva" funktioner som människor förknippar med det mänskliga sinnet, till exempel "lärande" och "problemlösning".

Artificiell intelligens finns i hjälpsamma vardagsföremål så som kameror, projektorer, bilar och appar som vi laddar ner för olika ändamål. Personliga assistenten Siri i mobilen är bara ett exempel. Artificiell intelligens kan också definieras som program som efterliknar mänskligt beteende och tänkande.

Det finns olika nivåer av artificiell intelligens.

Artificiell superintelligens är superintellekt som är smartare än de bästa mänskliga experterna inom ett eller många områden så som vetenskap, kreativitet, socialt beteende och allmänkunskap.

Artificiell generell intelligens är maskiner vars intelligens kan användas till alla möjliga problem motsvarande en människa.

Artificiell smal intelligens är maskinintelligens avsedd för en specifik uppgift.

Maskininläring är ett begrepp som ofta används i samband med eller istället för artificiell intelligens. Det innebär att ett program lär sig ta in och dra slutsatser från stora mängder data. Det kan vara data från forskning, artiklar och beslut ibland på olika språk. Det kan också vara bilder, ostrukturerad information från sociala medier liksom kunskap om sakers och människors fysiska placering och rörelsemönster, video och ljud. Programmet får uppgifter att lösa och vartefter programmet utför uppgifter lär det sig vad som ger de bästa utfallen och på så vis förbättrar sig maskinen succesivt ju mer den arbetar. Ett känt exempel på när maskininläring användes var när superdatorn Watson slog mästaren i kunskapsspelet Jeopardy på bara några sekunder.

Autonoma system är ett annat begrepp som ofta används i samband med artificiell intelligens. Det är ett tekniskt system som självständigt kan lösa vissa uppgifter, ofta genom någon form av artificiell intelligens. Ett exempel på det är tekniken i självkörande bilar. När bilen kör används ett autonomt system i form av en laser som mäter avstånd och kan ge en bra förståelse av bilens omvärld i tre dimensioner. Lasern genererar oerhört mycket data från bilens omgivning som sätts samman och bearbetas, samtidigt som fordonet rör sig framåt.

Bott är ytterligare ett begrepp som ofta förekommer i dessa sammanhang. Det är program som lär sig göra saker genom att

söka igenom stora mängder av information. De är utformade för att upptäcka mönster och utföra åtgärder i samband med att den registrerar nyckelord, fraser eller andra stimuli. Program i form av botten används vid maskininläring och i autonoma system.

En allt mer vanligt förekommande bott är *chattbotten*. Den är utrustad med intelligens utformad för att erbjuda interaktion med människor som är likt ett samtal. Dessa brukar också kallas dialogrobot eller servicerobot. Den kan till exempel via ett röstkommando hjälpa dig boka möten i din kalender, få svar på frågor eller beställa varor och tjänster.

Det som skiljer program med artificiell intelligens från andra typer av program och robotar som funnits länge inom till exempel industrin är att de kan tänka själva. Kortfattat kan man säga att de är maskiner som förstår omvärlden och tar egna beslut.

Några av de vinster och fördelar som lyfts fram med artificiell intelligens är följande:

Risken för fel minskar.

Större precision och noggrannhet.

Effektiviserar arbetet, artificiell intelligens kan till exempel bidra med fakta till en arbetsgrupp på mycket kort tid.

Agerar rationellt, inte känslomässigt.

Kan finnas tillgänglig dygnet runt.

Ovanstående är citerat från inledningen av publikationen "Artificiell intelligens – möjligheter för välfärden", sammanställd av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2018.

Per Gustafsson

Professor emeritus BUP

Linköping

Referenser

<https://skr.se/naringslivarbetedigitalisering/digitalisering/nyhetsarkivdigitalisering/arkivdigitalisering/artificiellintelligens-mojligheterforvalfarden.11487.html>

https://en.m.wikipedia.org/wiki/Artificial_intelligence

ANNONS

AI inom samhället och välfärdssektorn

De senaste årens AI-revolution beror i huvudsak på snabbt ökad användning av maskininläring. De allra flesta av oss använder maskininläring dagligen då vi t.ex. googlar, använder kreditkort eller använder datorn för översättningar. Det är en teknik som har en del ytliga likheter med mänsklig intelligens. Själva arkitekturen påminner om den mänskliga hjärnan genom att man bygger upp artificiella neuronnät i en icke-linjär matematisk modell. Även inläringen påminner om hur vi människor lär oss, man utsätter systemen för en stor mängd olika exempel.

Ett vanligt sätt att se på AI är en maskin som uppvisar ett intelligent beteende, åtminstone i ett begränsat sammanhang. Man tänker sig ofta något fristående från oss människor som kan automatisera arbetsuppgifter eller processer. Men det är faktiskt inte det vanliga sättet att använda AI. De flesta tillämpningar påminner mer om andra typer av verktyg, t.ex. olika digitala verktyg, som stöttar oss att göra ett bättre arbete. Samtidigt skiljer sig AI på många avgörande sätt från annan digitalisering. Ett exempel är att det kan ta över eller stötta kognitiva uppgifter inom t.ex. administration. Exempel på detta finns inom sjukvård där läkare och sjuksköterskor avlastas från repetitiva kognitiva uppgifter och då får mer tid till patientkontakt.

Sverige och världen

Framförallt kompletterar AI oss människor då det excellerar i mönsterigenkänning. Det är användbart för att hjälpa oss med exempelvis prediktion, diagnosticering och planering. Därför kan man hoppas på ett arbetsliv där vi får fokusera mer på unikt mänskliga förmågor som problemlösning, gott omdöme, sunt förnuft, moral, fantasi, kreativitet, medkännande och abstrakt tänkande. Det gör i sin tur att det kan vara en god idé att öka de delar av utbildningen som stärker oss i just dessa förmågor. Det är också ett tänkesätt som exempelvis Finland valt som sedan 2016 har haft en stark helhetssyn på AI och dess konsekvenser. Finland liksom Kanada, Storbritannien, USA, Sydkorea och Kina är exempel på länder som kommit längre än Sverige på användning av AI. Sverige, liksom t.ex. EU, lägger stor vikt på att först analysera etiska aspekter, ha en gemensam infrastruktur och försöka förutspå behov av regleringar. Tan-

ken är naturligtvis att inte oetiskt eller integritetskränkande system ska komma ut på marknaden.

Men om man är alltför strikt i denna strategi så innebär det att man inte drar nytta av möjligheterna och att man dessutom går miste om många lärdomar. Ett litet sådant exempel kan vara den debatt som finns i USA där även många barn i några år använt sig av smarta högtalare som Alexa, Google Home eller Apple Pod. Många föräldrar anser att det är bra om maskinen kräver ord som "snälla", "tack" och "varsågod" för att utföra det barnet vill. Andra menar att det är fel att lära barn vara artiga mot en maskin. Ett annat exempel är att eftersom AI tränas på historisk data är det stor risk att man får med sig våra mänskliga fördomar. Så skedde vid ett amerikanskt företag som använde AI vid rekrytering. De tvingades ta bort det systemet. Samtidigt har andra lyckats använda AI specifikt för att minska fördomar i rekrytering och på det sättet ökat mångfalden i företaget. Många andra dilemman är svåra att förutse om man enbart "torrsimmar" sin AI-diskussion i en begränsad krets. Man riskerar att kunskapen hålls på låg nivå liksom att missförstånd frodas. I flera länder låter man elever själva utveckla AI i skolan. En idé med detta är naturligtvis att skapa förståelse för maskinernas möjligheter och begränsningar. Minst lika viktigt har det visat sig vara att när eleverna föreslår och bygger tillämpningar så tränar de sin kreativa förmåga.

På vems villkor

Vi har under årtionden tvingats vänja oss vid att använda datorer på datorernas villkor, eller kanske snarare utifrån hur de som gjort systemen tänker i processer och klassificerar. En skillnad med många AI-tillämpningar är att användaren styr t.ex. en dialog mer på sina egna villkor och slipper därmed en statiskt förprogrammerad väg. Det gör att smarta högtalare har blivit populära bland t.ex. äldre i USA för att styra enklare ärenden.

Inom sjukvården, i synnerhet i Europa, introduceras AI sål- lan som ett gemensamt initiativ från ledningen utan ofta mer organiskt genom att en eller flera specialister ser möjligheter inom sitt eget område. Man experimenterar med AI men man saknar ofta stöd i den egna organisationen för exempelvis metodik, verktyg, integration, juridiska aspekter osv. Det gör att

arbetet blir fragmenterat och långsamt. De sjukvårdsorganisationer som kommit längst – t.ex. Johns Hopkins, Cleveland Clinic, Mayo Clinic och NHS – har istället alla etablerat kraftfullt gemensamt stöd över organisationen. När man t.ex. ska ta fram ännu en tillämpning för prediktion eller individualisering så finns det viktiga erfarenheter att återvinna oavsett om det gäller diagnoser, behandlingsmetoder eller utbildning.

AI i psykiatri

AI förekommer även inom psykiatri och närliggande områden. Ett exempel är att föra en första enklare dialog med patienter. Ett projekt med detta pågår inom BRIS (1) och liknande används för att underlätta en första kontakt för krigsveteraner i USA. Det finns också olika konversations-AI i Kina, USA och Sverige för att stödja människor som känner sig ensamma. Snarare än att helt ta över dialogen är det minst lika lovande att stödja olika professioner i dialog med t.ex. patienter. Det kan exempelvis vara för att komplettera frågor mer än att dra slutsatser. När man använt AI som stöd för telefonsjuksköterskor kan AI hitta mönster från anamnes och symtom där telefonsjuksköterskan kan få förslag på kompletterande relevanta frågor. Svaren kan leda till en annorlunda bedömning av första åtgärd. Ett annat användningsområde är att utnyttja AI för att ifrågasätta beslut man är på väg att fatta. Liknande AI finns för övrigt även i helt andra sammanhang som vid investeringsbeslut. Man testar även AI för att analysera tal och den vägen hitta indikation på såväl somatiska som psykiska sjukdomar. Specifikt används detta för depressioner hos barn (3).

AI används även för att sprida kunskap inom en profession. En socialsekreterare kan få in orosanmälan där AI kan stödja med kollegornas samlade erfarenheter. I några kommuner i Storbritannien och USA används AI för att proaktivt identifiera familjer som på olika sätt kan behöva stöd, t.ex. där man befärar våld i familjen. I Japan och USA har man påvisat goda resultat med AI för att tidigt upptäcka mobbning i skolan. Inom rättspsykiatri finns förhoppningar om att kunna använda AI för att bättre bedöma risker för framtida våldsam beteende. Det senare arbetet är dels ännu i sin linda och dels är inte juridiska aspekter på en sådan eventuell användning utredda. Allmänt är det naturligtvis så att AI-användning inom psykiatri och an-

nan sjukvård väcker fler etiska dilemman än när AI används för att t.ex. rekommendera en produkt eller optimera ett logistikflöde. Förutom att AI kan vara ett hjälpmedel inom psykiatri så finns behov av professionens kompetens för att AI-tillämpningar inom helt andra områden ska få hög kvalitet.

Utmaningar

AI utvecklas till ett allt kraftfullare verktyg. Förutom tidigare nämnda dilemman avseende exempelvis etik, juridik och integritet innebär det att AI kan användas på ett sofistikerat sätt inom brottslig verksamhet, för att manipulera allmänna val eller av en totalitär regim som vill kontrollera befolkningen. För att göra våra liv bättre med hjälp av AI och samtidigt skydda oss mot oönskade användningar behöver kunskapen om AI spridas och fördjupas för att skapa en bred debatt. Det brukar benämnas att demokratisera AI.

Göran Lindsjö

Göran Lindsjö, Governo AB, <https://governo.se/>, är verksam i Europa och Nordamerika som AI-rådgivare och föreläsare. Göran har lång erfarenhet från Regeringskansliet och som entreprenör inom AI-området. Han är bl.a. Founding Fellow på AI Innovation of Sweden.

Goran.Lindsjo@governo.se

Referenser

- 1/ <https://www.bris.se/om-bris/press-och-opinion/pressmeddelanden/bris-och-microsoft-inleder-samarbete/>
- 2/ <https://www.stockholmexergi.se/memory-lane2/>
- 3/ <https://www.sciencedaily.com/releases/2019/05/190506150126.htm>



Virtual reality för behandling av social fobi

Preliminära slutsatser från en stor dansk studie

Virtual reality som exponeringsverktyg

Virtual reality (VR) är en teknik som gör det möjligt för användaren att uppleva en mycket realistisk virtuell värld genom att stimulera flera sinnen, samtidigt som sensoriska intryck från omvärlden blockeras. Detta öppnar upp en värld av möjligheter för behandling och forskning då tekniken ger tillgång till trovärdiga, komplexa och kontrollerbara virtuella miljöer. I synnerhet kan VR möta utmaningarna vid traditionell exponeringsterapi – att situationer kan vara svåra att uppsöka och kontrollera. Genom att exponera via VR är det möjligt att utsätta en patient med till exempel social fobi för alla möjliga sociala situationer, från fester till jobbintervjuer, samtidigt som terapeuten behåller full kontroll över utfallet och intensiteten i situationerna.

VR-exponering har studerats sedan början av 2000-talet. De första versionerna av de digitala miljöerna såg emellertid något annorlunda ut än de gör idag (se Klinger och Bouchard, 2005 för ett exempel). Exponeringsterapi för allt från höjdskräck till PTSD har studerats (Maples-Keller et al., 2017), med övervägande positiva resultat (Clus et al., 2018; Kothgassner et al., 2019; Segawa et al., 2020; Wechsler, Mühlberger och Kümpers, 2019). Ett vanligt problem med forskning inom VR-exponering är dock att studierna är mycket små och av skiftande metodologisk kvalitet. Det finns därför ett behov av stora randomiserade kontrollerade försök innan vi med säkerhet kan säga att VR har ett existensberättigande i klinisk verktygslåda.

Den hittills största VR-studien: SO REAL

I Danmark har världens hittills största exponeringsstudie för VR pågått i cirka ett år. SO REAL-projektet är en randomiserad kontrollerad studie ledd av professor Merete Nordentoft, som undersöker om VR kan förbättra behandlingen av social fobi. 302 patienter kommer att inkluderas och av dessa kommer 151 att få 14 x 2 timmars kognitiv gruppterapi (det vanliga danska "behandlingsutbudet"), medan övriga 151 kommer att få en modifierad behandling där VR-exponering ersätter det mesta av normal exponering.

I samband med SO REAL-projektet har fem VR-miljöer med upp till sex svårighetsnivåer utvecklats, som alla sätter patienten i mer eller mindre utmanande sociala situationer (se bilderna). Dessa miljöer har utvecklats av Khora VR (www.khora-vr.com) i nära samarbete med erfarna kliniker och en panel av patienter med erfarenhet av socialfobi. De fem miljöerna är följande: 1) stå i kö i en stormarknad, 2) vara på en fest, 3) delta i ett formellt möte samt hålla en presentation, 4) småprat och diskussion i en matsal, och 5) gå på föreläsning i ett auditorium. Förutom att ha överlappande generella teman, har varje miljö också sin egen distinkta kontext och berättelse som gör det möjligt för terapeuterna att anpassa fokus för varje exponering och därigenom individualisera den enskilda patientens upplevelse.

SO REAL-studien är nära integrerad med den övriga kliniska verksamheten. Detta har fördelen att testresultaten blir enklare att överföra till verkligheten, men det innebär också ett antal skärpta krav för behandlingens format. För det första måste utrustningen vara robust och enkel att komma åt och använda. För det andra måste VR-miljöerna vara relevanta



för ett stort antal patienter. För det tredje måste utförandet av VR-exponeringen vara acceptabelt och meningsfullt för både behandlare och patienter. Användning av exponering för VR i gruppterapi, nära integrerad med klinisk praxis, har faktiskt aldrig undersökts tidigare och det var därför viktigt att utvärdera VR-behandlingen.

Hur upplevs användningen av VR-exponering i en klinisk miljö?

I samband med SO REAL-projektets start genomfördes en kvalitativ studie vars syfte var att klargöra och åtgärda potentiella utmaningar vid interventionen. Utvärderingen bestod av 12 semistrukturerade intervjuer med patienter och terapeuter från de två första grupperna som slutförde VR-behandlingen. Gemensamt för majoriteten av patienterna var att de upplevde användningen av VR i behandlingen som meningsfull och att miljöerna tillät dem att testa tekniker de hade lärt sig i terapin i sociala situationer som de normalt skulle undvika.

Dock hade vissa patienter svårt att leva sig in i miljöerna, vilket kan ha en negativ inverkan på behandlingseffekten (Price et al., 2011; Ling et al., 2014). Det var därför förvånande att dessa patienter rapporterade att möjligheten att uppleva de fruktade situationerna utifrån och utan den typiska känslomässiga reaktionen faktiskt var ett bra verktyg i terapin. Det gav dem en bättre förståelse för de situationer de normalt undvek, bättre insikt i sina egna dysfunktionella tankar och beteendemönster, samt en bra arena för att testa nya tekniker från terapin. Det tyder därför också på att VR-miljöer kan aktivera andra behandlingsmekanismer än dem man associerar med exponeringsterapi.

Dessutom upplevde behandlarna och patienterna att det var mer uppstartstid än väntat i samband med övergången till exponeringssessionerna i terapin. Därutöver upplevde flera av patienterna att deras sociala fobi begränsade dem i att påpeka att de hade tekniska problem. Generellt sett var terapeuterna dock positiva i förhållande till användningen och integreringen av VR i behandlingen och trodde att ytterligare erfarenhet skulle rensa bort de ovan nämnda inledande svårigheterna. På sikt kommer det också att frigöra mer tid för exponeringsövningar, vilket är ett stort önskemål från patienterna, som också

efterfrågade möjligheten att använda VR-exponering för hemuppgifter. Den kvalitativa utvärderingen har lett till ett antal tillägg och ändringar av riktlinjer för VR-behandlingsmanualer och har också gett inspiration till framtida forskningsfrågor.

Framtiden för VR i psykiatri

SO REAL-studiens resultat kommer att vägleda framtida användning av VR-exponering i dansk klinisk praxis samt framtida forskning inom området. Som en del av projektet genomförs det t.ex. även experimentell forskning för att förbättra vår förståelse av social fobi, vilket innan VR har varit utmanande på grund av de många okontrollerbara variablerna i sociala situationer.

De stora kommersiella krafter som har drivit utvecklingen och tillgängligheten av VR-teknik de senaste åren visar dessutom inga tecken på att tappa tempo. I framtiden kommer mer avancerad VR-teknik att bli lättillgänglig till överkomlig kostnad. Det kommer att öppna upp ännu fler användningsområden för VR inom sjukvården: VR-terapi hemifrån? Utredning baserad på biometrisk mätningar av reaktioner på VR-miljöer? Neuropsykiatrisk grundforskning baserad på VR-miljöer?

Vi står verkligen inför en spännande framtid där VR-teknik potentiellt kan förbättra både vår förståelse och behandling av psykiska störningar.

Benjamin Alexander Thorup Arnfred

*Psykolog och doktorand i SO REAL vid Copenhagen Research Center for Mental Health
Köpenhamn*

Peter Bang

*Psykolog och forskare i temporal integration av naturalistiska stimuli i VR vid Centrum för social och affektiv neurovetenskap (CSAN)
Linköping*

Referenser finns på www.svenskpsykiatri.se



Foto: Shutterstock/TeodorLazarev

Teknofobi och verkliga hot

När vävstolar gradvis automatiserades i Storbritannien på 1700-talet tänkte sig många att arbetarna skulle bli friställda och arbetslösa. Dystopier vid förändringar är mänsklighetens ständiga följeslagare. Sedan industrialiseringen har snart sagt varje ny uppfinning som signifikant effektiviserar och automatiserar skapat missmod på grund av upplevt hot. I efterhand emellanåt med rätta, då utvecklingen alltför ofta gynnar vissa mest och på andras bekostnad. Teknofobiska dystopier kring effektivare maskiner har återkommande ett gemensamt budskap: människan ersätts av maskiner och sätts på undantag.

Rädsla för teknikutveckling kan alltså ha karaktär av teknofobi. På samma sätt som paranoidea vanföreställningar vid schizofreni

vanligen kan härledas till den drabbades **omgivning och erfarenheter** tidigare i livet, inspireras teknofobin av aktuell eller förväntad teknikutveckling.

Med början på 1700-talet och senare satte ångmaskinen skräck i dåtidens teknofobiker och den medicinska forskningen inspirerade på 1800-talet möjligen till beskrivningen av Frankensteins monster.

Numera är AI en demon som många fruktar ska diktera villkoren för människan, som inte bara riskerar att bli obsolet utan också förslavad under artificiella njutningar, med zombie-liknande liv dikterade av maskinernas övermänskliga intelligens.

Det är i sammanhanget värt att framhålla att en dator gör det man instruerar den att göra, via dess mjukvara med de begränsningar som maskinen (hårdvaran) har. Hittills är begränsningarna betydande i båda dessa avseenden. Även om maskiner kan vinna över de mest kvalificerade människorna i specifika tävlingar med komplexa utmaningar, som att vinna över en stormästare i schack eller i det mest komplicerade spel vi känner, Go, så är dessa maskiner mycket specialiserade. För att mäta sig med mänsklig intelligens krävs en generalisering av en omfattning som ännu inte finns. En sådan generaliserad AI kallas AGI, dvs. artificiell generell intelligens.

Ännu befinner vi oss i pre-AGI och ser inga oöverkomliga problem, men vad händer när maskiner är lika intelligenta som människor och, än värre, när de är mer intelligenta (superintelligenta)? Kanske kommer maskinerna då ta över makten och hur kommer de i så fall att bestämma över människors öde? Skrämmande tanke! Om vi betänker hur mänskligheten hittills hanterat övrigt liv på jorden för att berika oss själva, så är det lätt att bli orolig och ödmjuk inför uppgiften att kunna tämja superintelligenta maskiner. Vi får i värsta fall inte ens chansen att öva, om övergången går oväntat snabbt.

Ett perspektiv att utgå från kan vara ett scenario med signifikant risk att maskiner med övermänsklig intelligens kan skicka mänskligheten till utrotning, på samma sätt som mänskligheten gjort med många arter som nu är borta för evinnerlig tid. Än värre är då möjligen en utveckling där våra efterkommande tills vidare blir maskinernas slavar. Inget arv att vara stolt över i så fall.

Om vi å andra sidan kan hantera säkerhetsfrågorna så erbjuder AGI enastående möjligheter utan gräns, för mänsklighetens framtida generationer.

Jag tillåter mig nu självsvåldigt att lämna temat AI och spana på läskigheter och möjliga katastrofer samt på vardagligt döds- hot av olika slag. En riktigt välskapad dystopi ska inte gå lätt att avfärda. Människans hjärna styrs effektivare av undvikande av osannolika katastrofer i möjlig närtid än en mycket sannolik och väl dokumenterad risk för katastrof och förtida död på längre sikt. Skräck för osannolika men möjliga asteroider som vid nedslag gör jorden obeboelig får man ju ta på allvar, även om man i praktiken borde bry sig mer om den globala dödligheten av trafikolyckor som är cirka 3700 personer **dagligen**. Tobaksrökning bedöms leda till förtida död hos cirka 22 000 människor dagligen, varav 3 000 av passiv exponering. En härdsälta i ett kärnkraftverk erbjuder dramaturgiskt godis för en skicklig och välförtjänt prisad regissör (läs: Johan Renck). En jämförelse visar att resultatet av förbränning av fossila bränslen **årligen** skapar en överdödlighet om cirka 40 000 individer, medan överdödlighet på grund av strålning från

kärnkraft **sammanlagt och totalt** sedan 1950-talet är mindre än 20 000, dvs mindre än en vecka av trafikdöd. Katastrofen i Chernobyl dominerar i en särklass, med en beräknad total överdödlighet om upp till 5000 individer.

Innevarande år har präglats av en specifik oro, för covid-19. Alla media liksom fika- och lunchdiskussioner har präglats av detta. I mitten av augusti 2020 har fler än 650 000 individer dött av pandemin, varav de flesta är gamla, 90 % äldre än 70 i Sverige. Det kryper verkligen under skinnet, dessvärre mycket mer än den vardagliga dödligheten av malaria, årligen cirka 400 000, varav de flesta är yngre än fem år. Fler förlorade levnadsår av malaria än covid-19, som det verkar? Intressant är att vi vet ganska väl hur malaria kan motverkas, men gör för lite åt det.

Med en covid-19 att koncentrera sig på, så saknas kognitivt utrymme att oroa sig för diverse globala dödsshot som exempelvis ett större kärnvapenkrig med åtföljande atomvinter. Eller vad sägs om ett i laboratorium manipulerat virus med en dödlighet om 50 % och en smittsamhet som mässling (reproduktionskvot: 15). Livet för dem som överlever sådana prövningar lär inte likna det vi nu känner.

Kanske följande fråga kan generaliseras till livet i stort: Borde vi regelbundet ställa oss frågan hur njutningen av nästa cigarett idag står i proportion till vad vårt framtida jag anser om värdet av den aktuella njutningen i relation till dess långsiktiga pris?

Slutligen: Vad kan man göra åt teknofobi?

Förslag: Upprepad och återkommande exponering för och varseblivning om risker ackompanjerat av återkommande samtal om moral samt vad som egentligen är våra livs mål och mening.

Nils Lindefors

*Psykiater
Stockholm*

AI i psykiatrin

Det blir allt svårare att rekrytera personal inom alla sektorer då det råder brist på invånare, samtidigt som behovet av hälso- och sjukvård blir allt större, särskilt inom psykiatrin. Därtill kommer att patienter bidrar med data, både metrisk data från sensorer och andra mätinstrument såväl som skattningar som patienten gör i vardagen. Här kan artificiell intelligens (AI) tolka dessa data, se mönster, dra slutsatser samt stämma av med kunskapsläget.

AI ses alltså som en smart digital hjälpredda men det kan påpekas att inom sjukvården är det en person, legitimerad personal, som tar besluten kring en patient.

Vad händer i Sverige inom AI?

Det pågår mycket forskning i hälso- och sjukvården inom AI i Sverige, men än så länge är det en liten omfattning som används kliniskt. Detta framkom när Socialstyrelsen år 2019 kartlade omfattningen av och inriktningen på användningen av AI i rapporten *Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården* och där undertecknad var av en av de tre utredarna. Denna text handlar framförallt om de fynd som kartläggningen gjorde och de delar som rörde psykiatrin.

Inom psykiatrin planeras inom den närmaste tiden AI-stöd för riskklassificering och beslutsstöd för epilepsi, MS, Alzheimer samt applikationer för triagering, anamnes och diagnos att införas. Inom forskning finns projekt kring upptäckt av Alzheimers sjukdom genom att läsa av ögonrörelser och identifiering av risk för psykisk ohälsa med stöd av natural language processing (NLP). I figur 1 redovisas AI och de syften de ska användas till utan att specificera de olika tillämpningsområdena.

Här visas hur AI-applikationerna fördelar sig på olika områdena samt om de är i drift, alternativt beräknas tas i drift inom en snar framtid eller är forskningsprojekt. Av figuren framgår också antalet applikationer som är regelstyrda (den inre cirkeln) respektive maskininlärning (den yttre cirkeln). Storleken på de olika sektorerna i cirkeln är proportionerliga i förhållande till det totala antalet AI-stöd inom respektive område.

Vårdkvalitet

Av litteraturgenomgången framkom att AI som regel utför sin uppgift mer tillförlitligt än människor. Människors prestationer är mer varierande beroende på olika omständigheter, vilket kan vara både en fördel och nackdel. Detta talar för att vårdkvaliteten skulle tjäna på att vården utnyttjar ett samarbete

mellan maskin och människa för att ta till vara bådas styrkor, där människor tolkar helheter och maskiner kan utföra mer definierade uppgifter.

AI ger också möjlighet till bättre riskprediktion av olika sjukdomar samt som beslutsstöd där många faktorer behöver sammanvägas som i akutmedicin och psykiatrin. Just sammanvägningen av olika typer av medicinska data ur olika databaser samt inrapporterad metrisk data och skattningar från patienten gör att AI kan bidra till en mer kunskapsbaserad och personcentrerad vård, med beslut som tas utifrån individen snarare än genom regler som skapats på populationsnivå.

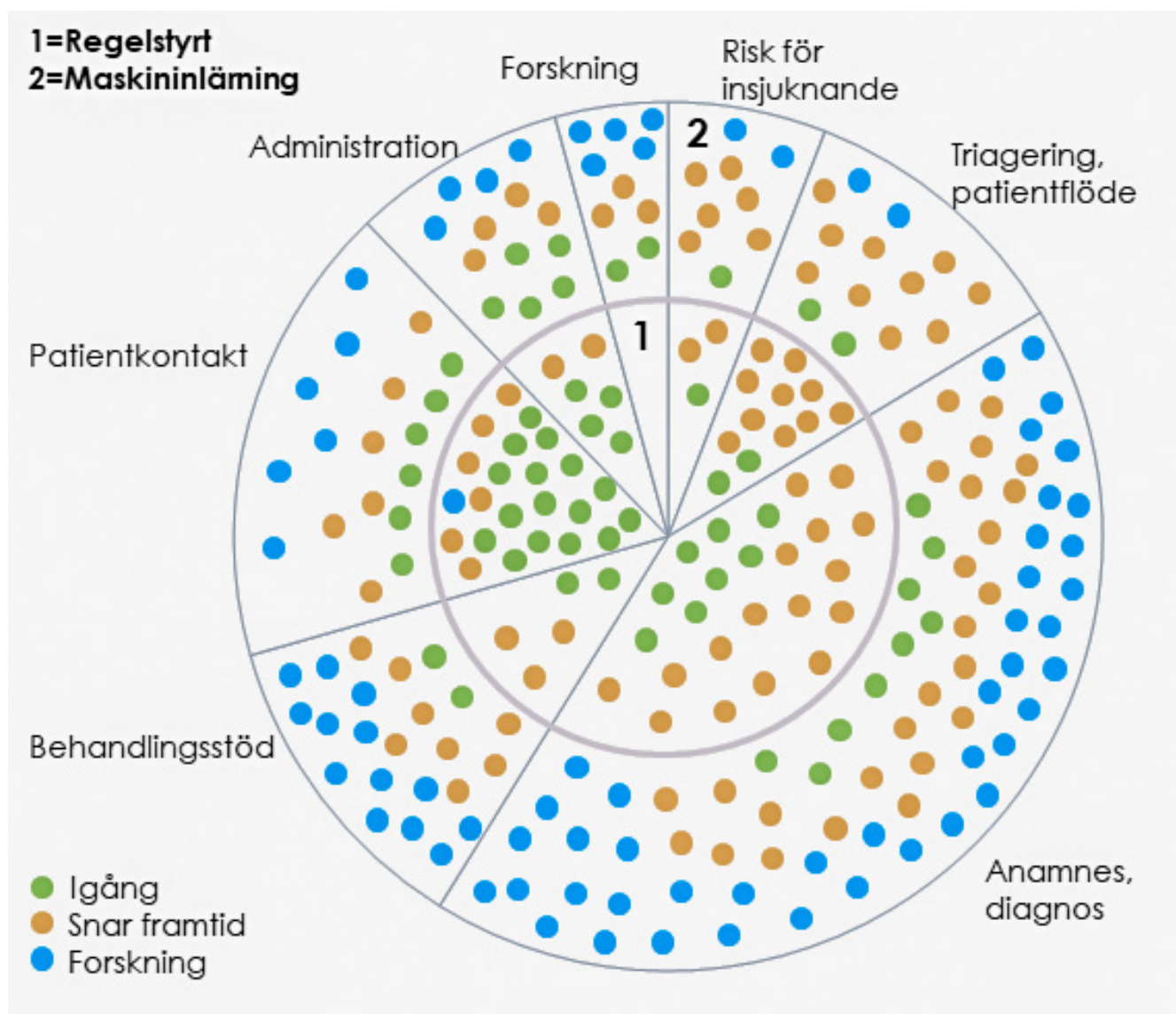
Informationssäkerhet

Litteraturgenomgången visade att AI kan användas för att skapa en ökad informations- och patientsäkerhet genom maskininlärningsalgoritmer, t.ex. genom avidentifiering av journaler, identifiering av cyberattacker eller övervakning av klinisk personal. Samtidigt som AI kan användas för att öka informations- och patientsäkerhet uppstår risker med AI. Dessa risker kan minimeras genom säker design och reglering och användning av AI-lösningar, se nedan under etik.

Sjävlärande algoritmer

AI är uppbyggt av algoritmer som bygger på maskininlärning och därmed är självlärande – de förändras och förbättras där för successivt. Detta innebär teoretiskt sett att nya risker kan uppstå samt att produktens prestanda och möjliga kliniska utfall, t.ex. rekommendation, diagnos eller prediktion kan ändras på ett sätt som den ansvarige användaren inte har insikt i och kontroll över.

Ett sätt att hantera utmaningarna med AI är möjligheten att läsa algoritmerna i olika definierade mjukvaruversioner. Detta innebär att AI-algoritmer under inlärning inte används kliniskt utan uppdateras i bakgrunden av den kliniska vardagen. Den självlärande AI-algoritmen, som med tiden blivit bättre på att lösa sin uppgift, genomgår en klinisk utvärdering innan den kommer till användning i en uppdaterad version i vården.



Källa: Socialstyrelsen 2019. Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården.

Behov av kompetensutveckling

Flera nationella och internationella aktörer har identifierat ett behov av kompetensutveckling inom artificiell intelligens. AI är ett nytt område och det saknas i stora delar personer med spetskompetens inom området. För att AI ska få genomslag i samhället, och inte minst inom hälso- och sjukvårdssektorn, krävs också en grundläggande förståelse för vad AI är, möjligheter och hinder hos beslutsfattare, personal inom hälso- och sjukvården, patienter och anhöriga.

Etik och integritet

Digitalisering och AI väcker etiska frågor vid införande och användande i samhället i allmänhet och i hälso- och sjukvården i synnerhet.

AI för vård av personer med nedsatt autonomi

I rapporten visas på utmaningar vid användning av AI inom psykiatri, för behandling av personer med exempelvis funktionsnedsättningar eller demenssjukdom. Det handlar om virtuell psykoterapi, sociala robotar inom äldreomsorgen med mera.

Här listas särskilda utmaningar i användningen av AI i psykiatri:

- Riskbedömningar när det t.ex. gäller suicidrisk eller risk för våld. Hur används dessa praktiskt utan att personens autonomi inskränks?
- Att dataskydd och konfidentialitet säkerställs vid ökad suicidrisk.
- AI-psykiatri behöver hänga ihop med den övriga psykiatri, inklusive internetpsykiatri.
- Patientens autonomi behöver respekteras, t.ex. när det är fråga om assisterande robotar hos äldre.
- Förstår patienten att det är en maskin i de fall terapin ges med en AI-applikation?
- Algoritmerna kan vara felaktiga och innehålla fördomar, sexism, rasism etc.
- Långtidseffekterna behöver studeras vidare. Vad händer om en människa under en längre tid får behandling eller stöd av AI-teknik?

Att använda data etiskt

I samband med AI handlar etik till stor del om hur forskare och utvecklare av AI-stöd använder de stora mängder data som krävs för att utveckla algoritmerna och då är det av vikt att datan är representativ. Om det finns felaktigheter i dataunderlaget i form av skev könsfördelning, ålder, etnicitet med mera, riskerar AI-stödet att ge fel utfall i en annan kontext och då kan personalen dra felaktiga slutsatser.

Även de arbetslag som tar fram algoritmerna och sedan testat dem behöver bestå av personer med olika kön, ålder, etnicitet, kultur, religion och med geografisk spridning för att säkerställa att AI-algoritmen är programmerad och testad för att motverka exempelvis diskriminering.

I de intervjuer Socialstyrelsen gjorde med regionerna framkom att det faktum att beslutsunderlaget blir mer kunskapsbaserat genom att använda AI också är en etisk aspekt. Det betyder att den enskilde patienten får en bedömning som inte är avhängig en enskild läkares eller sjuksköterskas kunskap och erfarenhet.

Det pågår arbete både nationellt och internationellt kring etiska frågor och AI. Bland annat antog OECD i maj 2019 en rekommendation innehållande fem principer för ett ansvarsfullt förvaltningsarbete och arbete med pålitlig och robust AI för att främja innovation och tillit till AI och samtidigt säkerställa respekten för mänskliga rättigheter och demokratiska värden. De fem principerna från OECD:

1. AI-system bör gynna människor och planeten genom att stimulera inkluderande tillväxt, hållbar utveckling och välbefinnande.
2. AI-system bör utformas på ett sätt som respekterar rättsstatsprincipen, mänskliga rättigheter, demokratiska värderingar och mångfald, och de bör innefatta lämpliga skyddsåtgärder – till exempel för att möjliggöra mänsk-

lig intervention vid behov – för att säkerställa ett rättvist samhälle.

3. Det bör finnas insyn och transparens kring AI-system för att säkerställa att människor förstår AI-baserade resultat och kan ifrågasätta dem.
4. AI-system måste fungera på ett robust, tryggt och säkert sätt under hela livscykeln och potentiella risker bör utvärderas och hanteras kontinuerligt.
5. Organisationer och individer som utvecklar, distribuerar eller använder AI-system bör hållas ansvariga för att de fungerar korrekt i enlighet med ovanstående principer.

Är det etiskt att inte använda AI?

Forskare och andra experter har uppmärksammat en tveksamhet och farhågor till att använda AI, inte minst i hälso- och sjukvården. En motsats till farhågorna med AI är den etiska aspekten att inte använda AI i hälso- och sjukvården. AI-bearbetning av stora mängder hälsodata förväntas att på ett bättre sätt kunna förebygga, ge beslutstöd och bota eller lindra ohälsa.

Hur kan AI bidra i psykiatri?

Inom psykiatri används AI idag framför allt för att se förändrade beteendemönster hos patienter, men även för att sammanställa kunskapsunderlag. Genom applikationer med AI under behandling kan patienterna få kunskap om sina mönster och reaktioner och enkelt få kunskap som hen kan dela med sin behandlare.

Jag ser fram emot att ta del av kommande AI inom psykiatri, och poängterar de områden som jag tagit upp ovan om etisk data vid framtagandet.

Evamaria Nerell

Utredare, Socialstyrelsen
evamaria.nerell@socialstyrelsen.se

Referenser:

- 1 Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/mycket-forskning-men-begransad-anvandning-av-ai-i-halso--och-sjukvarden/>
- 2 Lynn, LA. Artificial intelligence systems for complex decision-making in acute care medicine: a review. Patient safety in surgery. 2019; 13:6.
- 3 The emergence of artificial intelligence and machine learning algorithms in healthcare: Recommendations to support governance and regulation – Position
- 4 OECD. 2019. OECD Principles on AI. <http://www.oecd.org/going-digital/ai/principles/>

Kan maskininlärning förbättra suicidriskbedömning?

Fazel och medarbetare (2019) diskuterar i en editorial en studie av Gradus och medarbetare (2019). De skriver att enligt Scopus (www2.scopus.com) ökade antalet publikationer i medicin med "maskininlärning" i titel, abstrakt eller som nyckelord från 1658 under 2016 till 3904 under 2018. Således ett angreppssätt på modet. Inom psykiatri föreslås att tillämpningar av maskininlärning skulle kunna förbättra valet av behandlingsstrategier. Man menar att maskininlärning kan vara användbart vid analys av flera prediktorer, särskilt om det finns icke-linjära observationer och interaktionstermer som är svåra att teoretiskt konceptualisera och praktiskt modellera.

Gradus och medarbetare undersökte i danska sjukvårdsregister 14 103 personer som avlidit genom suicid mellan 1995 och 2015, och jämförde dem med drygt 265 000 slumpmässigt utvalda kontroller. Psykiatriska problem och medicinering med psykofarmaka var viktiga prediktorer för självmordsrisken. Stressrelaterade anpassningsstörningar bland ogifta män äldre än 30 år var viktiga faktorer i närvaro av depression. Generellt sett var diagnoser och mediciner mätt 48 månader före självmord viktigare indikatorer på självmordsrisk än när de mättes 6 månader innan självmordet. Man fann att individer i topp 5 % av predicerad självmordsrisk stod för 32,0 % av alla självmordsfall hos män och 53,4 % av alla fall hos kvinnor.

Fazel påpekar att känsligheten för Gradus modell innebär att för varje 100 självmord kommer den här modellen att upptäcka 32 självmord. Den höga falskt negativa nivån (68 %) innebär att den här modellen inte kommer att vara acceptabel för kliniker utan ytterligare förbättringar eller att den behöver användas tillsammans med kompletterande kliniskt beslut.

Avslutningsvis önskar sig Fazel och medarbetare utveckling av prediktionsmodeller i specifika grupper med hög risk (t.ex. soldater från den amerikanska armén efter psykiatrisk behandling) eller personer med vissa psykiatriska diagnoser (t.ex. schizofrenispektrumstörningar) som de tror kommer att ha fördelar med högre noggrannhet, vara mer acceptabla för kliniker

och ha enklare koppling till interventioner. Hur de mest effektivt kan kopplas till evidensbaserade behandlingar behöver noggrann undersökning; utan sådana länkar kan prediktionsmodeller sannolikt inte minska antalet suicid.

Så än så länge får nog maskininlärning ses som en intressant forskningsmetod som på sikt kanske kan leda fram till bättre kliniskt beslutsstöd.

Per Gustafsson
Professor emeritus BUP
Linköping

Referenser

Fazel S, O'Reilly L. Machine Learning for Suicide Research-Can It Improve Risk Factor Identification? *JAMA Psychiatry*. 2019;10.1001/jamapsychiatry.2019.2896. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2896

Gradus JL, Rosellini AJ, Horváth-Puhó E, et al. Prediction of Sex-Specific Suicide Risk Using Machine Learning and Single-Payer Health Care Registry Data From Denmark [published online ahead of print, 2019 Oct 23] [published correction appears in *JAMA Psychiatry*. 2019 Dec 4;]. *JAMA Psychiatry*. 2019;77(1):25-34. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2905

Just MA, Pan L, Cherkassky VL, et al. Machine learning of neural representations of suicide and emotion concepts identifies suicidal youth. *Nat Hum Behav*. 2017;1:911-919. doi:10.1038/s41562-017-0234-y

Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

Det händer emellanåt att tidskriften kommer i retur, för att vi har fel adress.

Det händer väldigt ofta att epost-meddelanden studsar för att den epostadress du uppgivit inte längre existerar.

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

För säkerhets skull!

Samhällsintresserade kollegor se hit!

Svenska Psykiatriska Föreningen får årligen en mängd remisser från bland annat Socialdepartementet, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund att besvara. Remisserna avser aktuella vårdfrågor och svaren är viktiga underlag för beslutsfattarna.

Nu söker vi intresserade kollegor att adjungera för hjälp att läsa och sammanfatta så att styrelsen därefter kan formulera välgrundade svar. Hör av dig med mejl till någon av oss i styrelsen (se hemsidan) om du är intresserad.

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen



Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE
för bidrag till
nästa nummer: **11/11**
TEMA: Så sade man förr



EPA 2021

29TH EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY

Florence, Italy

10-13 April 2021

EPA online course “Understanding and Treating Major Depressive Disorder” is now available on the EPA e-Learning platform.

Composed of 4 thematic chapters, this course focuses on the causes and treatments of depression and is in open access to all participants! The topics range from epidemiology and pathophysiology to affective neuroscience and treatment paradigms. Led by world leading clinician scientists, this course is a must see for all those who seek to understand clinical depression better.

In order to widely promote this course and reach a maximum number of participants, we need your help!

We would like to encourage you to enroll in the course and thank you in advance for your help in spreading the word about this important EPA training opportunity.

A promotional flyer can be downloaded [here](#), please feel free to circulate it.



Shutterstock/TippaPatt

E-hälsa inom den sociala missbruksvården

Digitala verktyg inom socialtjänsten förknippas kanske mest med robotar som kan ta beslut om försörjningsstöd eller med tillsyn genom kameror hos våra äldre? Inom Motalas socialtjänst har vi dock valt att använda oss av ett digitalt E-hälsoverktyg som är baserat på AI inom missbruksvården. Genom att kombinera intensivt personligt stöd med en telefon, en alkoholmätare och en vårdportal möjliggör vi för stöd och behandling på hemmaplan också till våra mest vårdtunga klienter.

Hur det började

2016 påbörjades ett arbete inom socialtjänsten Motala för att utveckla och utöka öppenvården. Motala hade, liksom många andra kommuner, uppmärksammat att de ofta kostsamma institutionsplaceringarna sällan gav något långsiktigt resultat och kommunen ville således kunna erbjuda ett alternativ för

stöd och behandling på hemmaplan. Som en del i denna större förändring infördes ett digitalt verktyg, Previct Alcohol. Vi, det vill säga den kommunala missbruksvården, gick in i detta med liv och lust. Inställningen var positiv och vi fick snabbt acceptans även bland de av våra klienter som fick möjlighet att använda sig av den digitala medicintekniska produkten vi tecknat avtal för.

Så här fungerar E-hälsoverktyget

Klienten, vi kan kalla henne Maria, kommer tillsammans med sin behandlare fram till att Previct Alcohol skulle kunna vara ett stöd i hennes strävan mot nykterhet. Maria får därefter låna en telefon, som förutom att vara ett E-hälsoverktyg, fungerar och ser ut som en helt vanlig mobiltelefon. Hon förses även med en alkoholmätare som är sammankopplad via Bluetooth med telefonen. Maria och hennes behandlare gör upp en pla-

nering för hur ofta Maria ska lämna alkoholtester, vanligtvis 3–4 gånger/dag, och behandlaren registrerar överenskommen i en vårdportal.

När Maria är igång med sin förstärkta behandling får hon ett meddelande i sin telefon när det är dags att lämna ett alkoholtest. Hon tar då sin telefon och håller upp den för att ta en selfie samtidigt som hon blåser i mätaren. Bilden på Maria och resultat av hennes alkoholtest går till vårdportalen där behandlaren kan ta del av dem. Skulle Maria lämna ett positivt test, eller om hon inte lämnar test enligt planeringen, går ett meddelande till behandlaren.

Utöver alkoholtester finns flera ytterligare funktioner i telefonen, till exempel får Maria svara på veckovisa måndefrågor. Det samlade resultatet av alkoholtesterna och svaren på måndefrågorna går in i systemet, vilket är baserat på digitala biomarkörer, som möjliggör en tidig identifiering av återfall. Med detta AI-baserade E-hälsoverktyg får behandlaren således realtidsinformation om Marias beteendeförändringar.

Erfarenheter i verksamheten

En stor fördel med verktyget är självklart att Maria får möjlighet att själv, i sin egen hemmiljö, utföra delar av behandlingen. Att verktyget bara är en del av behandlingen är viktigt för oss. Det är ett sätt att förstärka den traditionella behandlingen, inte ett verktyg för att i första hand kontrollera Marias nykterhet. I stöd- och behandlingssamtalen med Maria används informationen i vårdportalen som ett underlag och redan innan Maria kommer till samtal vet hennes behandlare hur hennes följsamhet till planeringen varit. Detta har gjort att våra behandlare upplever att samtalen med de klienter som använder E-hälsoverktyget blir ärligare. Det blir enklare att prata om eventuella återfall och negativa tankar när dessa redan finns inlagda, av klienten själv, i vårdportalen. Realtidsinformationen möjliggör också för oss att ta en snabb kontakt om Maria lämnar positivt test eller om systemet indikerar att hon är på väg mot ett återfall. I normalfallet får vi inte den informationen förrän vi träffar Maria och hon väljer att berätta om det.

Vi har möjlighet att erbjuda ca 10 % av våra klienter med missbruksproblematik en förstärkt behandling med Previct Alcohol. Eftersom E-hälsoverktyget är en del i strävan att erbjuda omfattande öppenvård till klienter som annars skulle varit i behov av vård på behandlingshem så har vi företrädesvis valt att erbjuda verktyget till våra mest vårdtunga klienter. Det primära målet är således inte livslång nykterhet, utan att öka och förlänga antalet nyktra perioder. Givetvis har vi inte lyckats med alla, men många har, med intensivt personligt stöd i kombination med det digitala verktyget, lyckats minska sitt missbruk.

Som framkommit ovan gick starten smidigt. Vi kom snabbt igång och varken klienter eller behandlare hade svårigheter med att hantera den nya tekniken. Vi fokuserade mest på att följa klientens tester och svar, men med tidens gång började vi mer och mer inse Previct Alcohols möjligheter att på ett tidigt stadium se om den enskilde var i riskzon för ett återfall. Den delen av tekniken har vi tyvärr haft svårare att använda oss av, visst använder vi den, men vi är ännu inte framme vid att nyttja

E-hälsoverktygets fulla potential. Min personliga uppfattning är att vi under resans gång tappat fart bland annat på grund av att andra delar inom vår omfattande öppenvård krävt mer uppmärksamhet. Avsikten är dock att under hösten 2020 göra ett omtag för att ånyo väcka den positiva anda kring verktyget som vi hade i början.

En annan aspekt som försvårar vårt arbete med E-hälsa är att systemet/vårdportalen är helt skilt från våra övriga verksamhetssystem. Detta innebär att införandet av Previct Alcohol i vår missbruksvård har ökat behandlarnas dokumentation. Våra insatser måste såklart dokumenteras i socialregistret, men eftersom det som rör E-hälsoverktyget inledningsvis hamnar i ett annat system krävs en viss dubbeldokumentation för att säkerställa rättssäkerheten för den enskilde.

Avslutningsvis så ser jag framför mig att vi fortsätter att utveckla vårt arbete för att till fullo nyttja de möjligheter som denna digitala medicintekniska produkt ger oss och våra klienter. Att gå tillbaka till en missbruksvård helt utan E-hälsoverktyg skulle vara en tillbakagång som vi inte vill vara med om.

Anna Widéen

*Enhetschef, Sociala resursverksamheten, VuxenCentrum
Motala*

Referens

Previct Alcohol är en digital, medicinteknisk produkt för förstärkt behandling vid skadligt bruk av alkohol. <https://www.kontigocare.com/previct-alcohol/>

Så minns vi Torgny Svensson



Torgny Svensson avled i juni i en ålder av 75 år. Torgny var väl känd inom svensk psykiatri och en mycket uppskattad föreläsare. Bl.a. på Svenska Psykiatrikongressen där han vid flera tillfällen engagerat delade med sig av det senaste inom utvecklingen av nya antipsykotiska läkemedel.

Torgny växte upp i Göteborg där han även genomförde sin läkarutbildning. Han disputerade vid farmakologiska institutionen med Arvid Carlsson som handledare och åkte därefter på post-doc till Yale University där han lärde sig den elektrofysiologiska teknik som han därefter framgångsrikt tillämpade i sin forskning. Endast 38 år gammal blev Torgny professor i farmakologi vid Karolinska Institutet. Torgny blev tidigt internationellt erkänd för sina resultat avseende regleringen av hjärnans noradrenerga och dopaminerga neuron. Hans studier av hur man kan förstärka effekten av antidepressiva och antipsykotiska läkemedel är av stor betydelse.

Första gången jag träffade Torgny var 1979 i samband med läkarfackskolan, en del av värnplikten för manliga läkarstudenter/läkare på den tiden.. Under en vecka i maj blev jag utkommen-derad till Södermanlands flygflottilj, F11, i Nyköping (numera Skavsta flygplats). För de flesta krävde en sådan placering en hel del arbete men F11 var på väg att läggas ner, där var stillsamt och folktomt och just inget att göra. En av mina två värnpliktskamrater var Torgny och vi tillbringade dagarna med att spela tvåvallars carambole i den ödsliga officersmässen. Torgny, som vann för det mesta, berättade om psykofarmakologins spännande möjligheter. Helt klart bidrog hans smittande entusiasm till mitt, och många andras, val av forskningsinriktning.

Torgny gillade den vetenskapliga diskussionen. Resonemangen, hypoteserna och att ta del av nya rön. Men samtidigt drevs han av en stark önskan att forskningen skulle vara till gagn för psykiatrins patienter. Detta kan nog delvis härledas till hans tidiga erfarenheter som underläkare vid Lillhagens sjukhus.

Under de år Torgny var ordförande för Scandinavian College of Neuropsychopharmacology (SCNP) fick organisationen ett uppsving och lockade fler deltagare och prominenta föreläsare än någonsin till de årliga kongresserna. Han var också uppskattad president för den globala organisationen för psykofarmakologi – International College of Neuropsychopharmacology (CINP) – och en mångårig och aktiv ledamot av Nobelförsamlingen vid Karolinska Institutet.

Torgny var en centralgestalt i svensk farmakologi och hade ett stort internationellt kontaktnät. Han bibehöll sitt engagemang och drivkraft genom alla år. Han lämnar ett tomrum som blir svårt att fylla.

Lars Farde
*Psykiater, professor
Karolinska Institutet*

ANNONS

Så minns vi Ulf Rydberg

Ulf Rydberg, professor emeritus och hedersledamot i SPE, avled i juni i en ålder av 79 år. Han efterlämnar hustrun Inga, släkt samt många vänner och kollegor.

Ulf föddes i Stockholm där han utbildade sig till läkare vid Karolinska Institutet. Han disputerade 1972 och blev samma år docent i alkoholforskning. 1987 utnämndes han till professor i klinisk alkohol- och narkotikaforskning vid KI kombinerat med en överläkartjänst vid Magnus Huss klinik på Karolinska Sjukhuset.

Ulf har haft en avgörande roll vid uppbyggnaden av Stockholms beroendevård. Som exempel kan nämnas att han tillsammans med kollegan Ann Engström startade narkomanvårdskliniken vid Huddinge sjukhus i slutet av 1970-talet. 1980 startade han en särskild mottagning för gravida kvinnor med beroendeproblem, i samarbete med psykiatriska kliniken, barnmedicin, gynekologi och klinisk farmakologi.

Ulf medverkade i en rad statliga och professionella kommittéer. Han var t.ex. medicinsk expert i Alkoholpolitiska utredningen 1970–1974 och i Narkotikakommissionen 1982–1984, vetenskapligt råd i alkohol- och narkotikafrågor vid Socialstyrelsen och "WHO Expert advisory panel on drug dependence and alcohol problems".

1983 skapade Ulf på uppdrag av KI en särskild, obligatorisk kurs om beroendesjukdomar på läkarprogrammet, vilket då inte förekom på något annat universitet i världen.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Bättre vän kunde ingen ha

Allt kunde Ulf. Psykiater, beroendeläkare, professor i alkohol- och narkotikaforskning, överläkare, klinikchef, pedagog, världsledande beroendeforskare, botanist, ornitolog – och skicklig på att sabrera champagneflaskor.

Räddare av halvt havererade avhandlingar när ingen annan såg en utväg, handledare åt alla de andra, gästfri värd tillsammans med Inga på alla kalasen på Solöga i Grödinge och middagarna på Drachmannsgatan.

Författare av läroböcker, lärare och skapare av utbildning i beroendelära för läkarstudenter på Karolinska Institutet, sakkunnig och rådgivare i ett oräkneligt antal svenska och internationella sällskap, organisationer, myndigheter och politiska utredningar. Ständig lyssnare, stödjare, handledare och mentor för generationer av läkare, psykologer, socionomer och sjuksköterskor. Samt hängiven citatör av Grönköpings Veckoblad, Blandaren och Uarda-Akademiens ordbok. Och vid behov författare av ampra brev till beslutsfattare av olika dignitet som inte förstått betydelsen av

vetenskap och beprövad erfarenhet vad gällde väl och ve och vårdorganisation för människor med beroendesjukdomar.

Allt detta var sekundärt till meningen i Ulfs liv: kärleken till Inga och sonen Marcus, som gick bort ung. Inget blev som förut, men med övermänsklig kraft fortsatte Inga och Ulf goda och produktiva liv efter Marcus död.

En doktorand skrev så här 1981 i sin avhandlingssammanfattning: "My sincere thanks go to Associate Professor Ulf Rydberg, MD, my tutor and friend. It has been my privilege to benefit throughout the years from his encyclopedic knowledge of the theory and clinic of alcohol and drug dependence".

Bättre vän kunde ingen ha.

Claes Hollstedt
*Psykiater
Stockholm*

En eldsjäl som visade vägen

Det är svårt att sammanfatta vad Ulf betydde för SPF och för tidskriften.

Den där entusiasmen. Det aldrig sviktande engagemanget
Han var vår ständige vapendragare, supporter, inspiratör, påhjärare.

Ulf brann för psykiatri och för att sprida kunskap och minska fördomar.

Han bidrog ofta med nya initiativ och idéer om vad SPF skulle kunna satsa på. Ett projekt de senaste åren var att skapa en populärvetenskaplig skrift om aktuell psykiatrisk forskning. Tanken



var att "marknadsföra" psykiatri bland allmänheten. I ett möte med styrelsen förankrades idén. Ulf gjorde ett förslag till innehållsförteckning inkl. vem som skulle skriva vad och tog kontakt med en rad presumtiva författare. Det blir nu styrelsens uppgift att tillse att arbetet fullföljes.

Han var påtagligt stolt och glad över Svenska Psykiatrikongressen, där han nästan alltid var på plats. I år hade han organiserat ett symposium "Hur ser en evidensbaserad narkotikapolitik ut?". Tyvärr fick hans egen medverkan ställas in pga. sjukdom men symposiet hölls och filmades (du kan ta del av det på <http://svenskapsykiatrikongressen.sitemodify.com/>).

Sedan 2010 medverkade Ulf regelbundet i vår tidskrift under "Professorsrutan" där han delade med sig av forskningsrön, reflektioner och erfarenheter. Han bidrog även med att kontakta forskande kolleger för att förmå dem att skriva. Han hörde ofta av sig till redaktionen med förslag på artiklar och på personer som skulle kunna författa bidrag. Ibland bad han om extra exemplar av tidskriften att dela ut till beslutsfattare och andra som han tyckte behövde ta del av den.

Ulf var en flitig brevskrivare, han skrev till styrelse- och redaktionsmedlemmar och kontakt med nya ledamöter etablerades omgående. Titt som tätt damp det ner något i brevlådan. Förutom idéer och förslag om vad SPF borde satsa på och vad vi skulle skriva om i tidskriften kunde de innehålla kopior på artiklar som kunde vara av intresse. Foton från möten och konferenser. Utkast till manus till tidskriften som han ville ha synpunkter på. Ibland bara uppmuntrande tillrop då han tyckte vi gjort eller skrivit något bra.

Eller så ringde han: "Hej det är Ulf, har du tid några minuter?". Och minuterna blev oftast många, det fanns så mycket intressant att prata om.

Han fick oss i styrelsen och redaktionen att tänka till, att fundera över vad vi gjorde och vad vi borde göra. Vi är för alltid mycket tacksamma.

Käre Ulf, du fattas oss.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Alessandra Hedlund
Ordförande SPF

Rapport från Nordic Psychiatric Associations, NPA

En gång per år träffas representanterna för de nordiska psykiatriska föreningarna inom ramen för Nordic Psychiatric Associations-samarbetet. Förutom Sverige består NPA av Danmark, Estland, Finland, Island, Lettland, Litauen och Norge. Organisationens syfte är att främja utbyte och samverkan mellan de nordiska psykiatriska föreningarna, ordna den Nordiska Psykiatrikongressen (NCP) vart tredje år och ge ut tidskrifterna *The Nordic Psychiatrist* och *Nordic Journal of Psychiatry*.

Mötet skulle ha ägt rum i Riga i början på maj, allt var planerat utom just det som man inte kan planera för, viruset som numera är på allas läppar och som över en natt gjort digitala möten det nya normala. Precis som andra föreningar har även NPA behövt ändra sina stadgar för att tillåta digitala omröstningar och underskrifter, så att verksamheten inte hindras av de aktuella restriktionerna.

Rapporterna från de olika länderna vittnade även i år om hur mycket vi har gemensamt. Dels konsekvenserna av pandemin, i form av inställda sammankomster och utbildningar, minskat inflöde av patienter till psykiatri, övergång till telefonbesök och digitala besök där det är möjligt. Dels psykiatriens verksamhet och dess finansiering, reglering och tillämpning av tvångsvård, tillgång till psykoterapi och läkemedel, bara för att nämna några

återkommande inslag. Grannlandet Norge fortsätter med sitt arbete för obligatorisk fortbildning för alla specialister och recertifiering vart femte år. Läsvärda är de nypublicerade riktlinjerna för nedtrappning av antipsykotiska läkemedel, som finns tillgängliga som pdf på norska föreningens hemsida (<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/>).

Även chefsredaktörerna för tidskrifterna *Nordic Journal of Psychiatry* (NJP) och *The Nordic Psychiatrist* (TNP) rapporterade från det gångna året och visade på positiv utveckling. Kom ihåg att som medlem i SPF har du tillgång till bägge tidningarna digitalt utan extra kostnad.

Den finska psykiatriska föreningen arbetar för fullt med planeringen av den nordiska kongressen NCP 2021, som äger rum i Helsingfors 16–19 juni 2021. Det är fortfarande möjligt att anmäla abstracts via kongressens hemsida www.ncp2021.fi där programmet kontinuerligt uppdateras. Man är inte främmande för en omställning till digitalt format, i fall covidrelaterade restriktioner skulle kvarstå.

Alessandra Hedlund
Psykiater, Stockholm
Ordförande SPF

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpfs.se



Har du patienter med svårbehandlad psykossjukdom eller tvångssyndrom?

Vi söker deltagare till en klinisk behandlingsstudie där vi undersöker effekten av ett immunologiskt läkemedel (Rituximab) som tilläggsbehandling vid svårbehandlad psykossjukdom eller tvångssyndrom.

Syftet med studien är att bidra med nya behandlingsmöjligheter vid psykisk sjukdom för personer som inte uppnått en tillräcklig förbättring vid tidigare behandlingar.

För att delta i studien måste man vara mellan 18-40 år och ha tvångssyndrom eller psykossjukdom. För studieinformation samt fullständiga inklusions- och exklusionskriterier, var god se bifogad länk.

Välkommen att kontakta oss vid frågor eller intresse!

Ulrika Hylén
Forskningssjuksköterska
Tel: 070 214 51 90

E-post: ulrika.hylen@regionorebrolan.se

Sofia Sigrå
ST-läkare, doktorand
Tel: 073 971 15 48

E-post: sofia.sigra@regionorebrolan.se

Huvudansvarig:

Susanne Bejerot

Professor, överläkare

E-post: susanne.bejerot@oru.se

Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatrin till
Raffaella Björcks minne



Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:
Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne.
Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2021.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:
raffaellapriset@svenskpsykiatri.se
senast den 31/12 2020.

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

Forskningsanslag ur Fredrik och Ingrid Thurings Stiftelse

Stiftelsen som administreras av SEB har till ändamål att dela ut anslag en gång om året till medicinsk forskning. Styrelsen har beslutat begränsa ändamålet till att avse dels psykiatri, dels barn och ungdomar med funktionshinder eller kronisk sjukdom av somatisk eller psykisk natur.

Stiftelsen delar ut cirka 3,5 miljoner kronor årligen. Anslagen ligger i storleksordningen 25 – 100 000 kronor.

Ansökan sker elektroniskt via thuringsstiftelse.com.

Ansökningsperioden är öppen mellan 15 september och 15 oktober.

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till

nästa nummer: 11/11

TEMA: Så sade man förr

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

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

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

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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

En gemensam röst

Rapport från European Psychiatric Association, EPA, 4-7 juli 2020

En gemensam röst för den europeiska psykiatrin, med uppdrag att sprida kunskap och utveckla en hållbar psykiatri som kan anpassa sig till förändringar. EPA:s prioriteringar för de kommande åren vittnar om en hög ambitionsnivå, långt ifrån klyschor och tomma ord. Man kan inte annat än bli imponerad över kollegornas engagemang över hela Europa, det är kunskapssammanställningar och riktlinjer, det är skrivelser till EU-parlamentet och uppmaningar till handling i olika frågor, det är webbkurser om depression, MI, KBT och fler ämnen är under utveckling, dessutom en tidskrift, *European Psychiatry*, som växer och i år blivit "open access". EPA:s publikationer finns tillgängliga på hemsidan <https://www.europsy.net/> Du som är medlem i SPF är även ansluten till EPA som så kallad "affiliate" eller "paid-up"-medlem och kan exempelvis ta del av webbkurserna.

EPA hade skjutit fram sin internationella kongress från mars till juli, den skulle ha ägt rum i Madrid men ställdes om snabbt till digitalt format. Omställningen innebar inte något avkall på innehållet utan snarare ett antal extrainsatta symposier med nytt format. Det hårda arbetet belönades med lojala sponsorer och nästan 3000 deltagare från mer än 100 olika länder. För egen del var det första gången jag deltog i en virtuell kongress av den här storleken, en övervägande positiv erfarenhet som egentligen förtjänar en egen artikel. Det är naturligtvis både för- och nackdelar, men i en tid då man inte får välja var det mycket värdefullt att få ta del av innehållet på ett annorlunda sätt. Människans kunskapstörst går inte på semester och ännu mindre bryr den sig om virus eller karantän. Allas engagemang kändes betryggande och bekräftade ännu en gång att vi jobbar på, oavsett vad som väntar.

Representanter för Europas samtliga nationella psykiatriska föreningar deltar i EPA:s årsmöte, dessutom ingår alla ordföranden i ett kollegium där man byter erfarenheter och gör gemensam sak av aktuella frågor. Mötet, som trotsade ledigheter och tidszoner, blev mycket trevligt och effektivt. Konsekvenserna av covid-19 för den psykiatriska vården fick stort utrymme och det var väldigt intressant att ta del av olika länders situation, förutsättningar och lärdomar. Pågående projekt delrapporterades, bland annat "Geography of Mental Health" som beräknas klart 2022 och e-MEN (förkortning av "e-Mental health") ett ämne som nu är mer aktuellt än någonsin.

Om framtidens psykiatri är digital återstår att se, här följer i alla fall arbetsgruppens rekommendationer för patientsäkra och hållbara förändringar:

1. Främja starkt politiskt engagemang, styrning och ledarskap för såväl utveckling som spridning och implementering.
2. Säkerställa juridisk tydlighet och etisk korrekthet, användare ska känna sig säkra när det gäller skydd av mänskliga rättigheter, integritet och datasäkerhet.
3. Utveckla adekvata finansieringsstrategier som fungerar på lång sikt.
4. Stimulera, främja och finansiera relaterad forskning, gärna inom befintliga och framtida europeiska forskningsprogram (t.ex. Horizon Europe).
5. Främja utveckling och forskning på tekniska lösningar med högsta möjliga standard för användbarhet och interoperabilitet.
6. Se till att endast högkvalitativa produkter och tjänster implementeras i hälso- och sjukvårdssektorn.
7. Öka medvetenheten om digitala produkter och tjänster, främja förtroende för digitala verktyg inom vården och för förebyggande insatser, förbättra digital hälsokunskap och färdigheter hos både personal och allmänhet.
8. Integrera tekniken i befintliga hälso- och sjukvårdsorganisationer och andra nyckelområden som psykisk hälsa på arbetsplatser eller i skolorna.

EPA:s årsmöte bjöd på sedvanlig genomgång av årsberättelse, ekonomi, samt rapporter från tidskriftsredaktören och från EPA:s kommittéer för utbildning, publikationer, etik och unga psykiatrer. Sektionen för sexualmedicin har upphört då man inte kunnat få ihop en tillräckligt stor grupp för att bedriva ett meningsfullt arbete och man välkomnar framtida initiativ kring detta ämne då det anses angeläget.

Nästa års kongress planeras till 10-13 april 2021 i Florens i Italien. Tills dess lyder rekommendationen: ta hand om patienterna, men även om er själva.

Alessandra Hedlund
Psykiater, Stockholm
Ordförande SPF

Ta del av våra remissvar!

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

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

TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri



10 frågor

DENADA AIFF

Skattmästare
Svenska Psykiatriska Föreningen

Född

I Durrës, Albanien, 1975. Jag växte upp som ensam barn, mina föräldrar skilde sig ganska tidigt efter min födelse.

Albanien var ett totalitärt samhälle, det mesta som hade med västvärlden var förbjudet från böcker till teve och till och med Coca-Cola. Jag lärde mig italienska genom att titta på italiensk teve med stängda fönster och gardiner för att grannarna inte skulle höra då man kunde riskera fängelse.

Skolan präglades av en allvarlig stämning och det kändes viktigt. Barnen som hade bäst betyg fotograferades och bilderna täckte skolans väggar. Enbart 3 elever per klass kunde vara med. I slutet av året fick vi två diplom, ett med betyg och det andra med beskrivning av vårt beteende i relation till andra människor, att ta ansvar, visa omtanke och omsorg.

Min uppväxt har präglat mig starkt, jag uppskattar friheten, möjligheten att uttrycka sin olikhet, att våga vara som man är, väldigt mycket.

Som ung drömde jag om att studera juridik utomlands. Jag önskade arbeta med människor som befann sig i en utsatt situation där man kan göra skillnad. Det blev medicin och psykiatri och det är jag tacksam för.

Bor

I centrala Göteborg, några minuters promenadavstånd från arbetet och barnens skola. Jag känner mig hemma i Göteborg, älskade staden från första mötet.

Familj

Gift och har två barn, Alex 9 år och Filip 6 år. De går i skolan och vi gör läxor tillsammans varje dag.

Arbetar

Efter att jag blev specialist arbetade jag inom öppenvården med alla typer av patienter. För något år sedan önskade jag fördjupa mig i något område och valde att arbeta med patienter med bi-



polär sjukdom. Jag arbetar kliniskt på Bipolärmottagningen i Göteborg.

Jag har också ett uppdrag som regional studierektor för fortbildning av specialistläkare inom psykiatri. VGR är bland de få ställen i landet som har byggt en organisation för specialistläkarnas utbildning. En läkare arbetar i snitt 30–40 år, de flesta åren som specialist. Vad som är best practice ändras under tiden. I Sverige finns idag inga krav kring specialistläkarnas fortbildning. I Australien till exempel är det obligatoriskt och ett krav för specialistläkare att fortbilda sig för att de ska kunna behålla sin legitimation. Läkarna examineras muntligt eller skriftligt med en viss regelbundenhet. Inom VGR planeras just nu en pilotstudie där läkarnas utbildningsaktiviteter ska registreras och följas upp.

Inom vår specialitet har vi 8 utbildningsdagar per år med olika teman och flera Metiskurser för specialister. Trots att tillgången har ökat finns svårigheter att prioritera utbildningar.

Jag har även ett uppdrag som kursledare för "Det nödvändiga samtalet" och "ST-utvecklingsprogrammet" två utbildningar som riktar sig till ST-läkare från alla specialiteter. Att vara handledare och träna unga läkare i samtalsteknik är bland det roligaste jag känner till.

Vad gör du när du INTE jobbar?

När jag inte arbetar umgås jag med min familj, vi brukar åka till Västkusten när vädret är fint. Jag läser eller lyssnar på ljudböcker så mycket jag kan.

Är du troende?

Jag växte upp i ett ateistiskt samhälle där det var förbjudet att tro eller att utöva religion. Jag tror på människan, livet och egen vilja men inte i religiös mening.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

Jag började lyssna/läsa "Samlade verk", Lydias Sandgrens debutroman på 700 sidor, under sommaren och kunde inte skilja mig från den. Skildringen av karaktärerna, deras inre liv, gjorde starkt intryck på mig.

"Den sista grisen" av Horace Engdahl har jag precis börjat med.

Vem är din förebild i livet?

Jag har flera förebilder. Jag har träffat flera personer som har varit och är betydelsefulla för mig. Det de har gemensamt är att de tar ansvar, har hög etik och moral men också i någon mening är fria individer.

Lise-Lotte Risö Bergerlind, som med sitt samhällsengagemang, energi, nyfikenhet att lära sig nytt, är en ständig källa till inspiration.

Per Magnus Johansson, författare, psykoanalytiker. Hans passion, energi och engagemang för yrket väcker lust och motivation till att vilja lära sig mer, vilja utvecklas i yrkesrollen.

Vad gör dig lycklig?

Att umgås med min familj, att se barnen växa. På arbetet blir jag glad när mina patienter mår bättre och återgår till arbete, studier, bildar familj. Jag får hopp och energi av att se människor ta ansvar för sina liv.

Hur tror du att psykiatrisk verksamhet ser ut om 10 år?

Om 10 år hoppas jag att det blir tydligare vad psykiatrins uppdrag är och att vi har mer kontinuitet och klinisk forskning och fler duktiga läkare som väljer att bli psykiatrer.

Stina Djurberg

Redaktionen Svensk Psykiatri

Foto på Denada Aiff: Harald Aiff



Masterclass Psychiatry februari 2020 i Luleå

Masterclass Psychiatry var tillbaka med sitt femte LIPUS-certifierade evenemang i februari i år. Det tillkom ett nytt ämne och konferensen hade också ett nytt upplägg.

Kommunikation mellan patient och läkare stod i fokus, att lära sig att kommunicera effektivt och empatiskt i svåra situationer. Orsaken till att ämnet valdes var att trots att språk och tal är ett nyckelverktyg för varje psykiatriker känner vi oss många gånger dåligt rustade för våra dagliga uppdrag.



Bilder: Graeme Richardson, Brändön Luleå, 6 februari 2020
<http://masterclasspsychiatry.se>

Denna gång hölls Masterclassen som en fördjupande klinisk workshop med föreläsningar, interaktiva fallpresentationer och terapilab med ett begränsat antal deltagare.

Programmet bestod av föreläsningar om kliniskt orienterade, problembaserade samt interaktiva fallpresentationer. Deltagarna hade även möjlighet att presentera sina egna fall.

I två terapilab-sessioner kunde deltagarna aktivt träna hantering av patient/terapeutrelationen med en professionell skådespelare.

Målet med konferensen var att deltagarna skulle få praktiska kunskaper och kliniska färdigheter i hantering av svåra tillstånd som ätstörningar, trauma, somatoformt syndrom samt antisocialt och narcissistiskt personlighetssyndrom.

Som alltid bjöd Masterclass Psychiatry på kliniska mästare och trendsättare i sitt ämne. För denna Masterclass hade vi engagerat fyra talare. Julian Stern, psykiatriker, psykoanalytiker och direktor på Tavistock Clinic London, satte tillsammans med mig samman programmet. Julian hade med sig Joanna Stubley, direktor på Tavistocks PTSD-enhet, och Yessica Ya-

keley, direktor för enheten för forensisk psykoterapi.

De brittiska talarna kompletterades med Joram Ronel, direktor för psykosomatiska avdelningen på Barmelweidkliniken i Schweiz. Joram tog med sig Judith Gorgass, en professionell skådespelare från München, utbildad på Michael Chekov School for Acting i München. Judith tillhör Münchenuniversitetets simulationsskådespelare. Men Judith har gjort mycket mer: hon går på stylta, har medverkat i mer än 50 teaterproduktioner och hon har även varit med i tyska horrorfilmen "Zombies from Outer Space".

Konferensen pågick över två dagar och anordnades på Brändö Konferens i skärgården utanför Luleå, där de flesta konferensdeltagarna också hade logi. Här fick deltagarna arktisk upplevelse med klassisk norrbottnisk utomhuslunch, snöskor och kvällsfika vid lägerelden.

Vi hade inte bara fint vinterväder med sol och fantastisk utsikt över isen utan fick också ta del av norrskenet som just vid detta tillfälle valde att ge en av årets bästa föreställningar. Slutligen måste det konstateras att det var alla öppna och nyfikna deltagare som gjorde att det blev

en så positiv upplevelse. Ett stort tack till er alla!

Vi kommer att fortsätta med det nya upplägget att kombinera psykiatriska utbildningar av världsklass i form av fördjupande workshop med möjligheten att uppleva Norrbottens fantastiska arktiska omgivning och lite äventyr.

I dessa tider är det svårt att tänka på något annat än coronaviruset. Då är det viktigt att påminna sig att trots att läget är tufft kan vi alltid komma igen. Därför kommer också Masterclass Psychiatry igen. Boka redan nu den 18–10 maj 2022 för nästa evenemang i din kalender och kolla på uppdateringar på vår webbsida (<http://masterclasspsychiatry.se>). Samma koncept, men annorlunda säsong och ljusa nätter. Jag ser fram emot att ses i Luleå då.

Ursula Werneke

*MD, MSc, PgDip (LSHTM), FRCPsych
Docent och överläkare i psykiatri
Sunderby sjukhus, Luleå
Region Norrbotten*

ANNONS

Hur får vi tillgång till ny kunskap?

Medicinen inklusive psykiatri har tusenåriga traditioner. Vad avser kroppens och själens funktioner samt sjukdomsorsaker har man genom åren haft många funderingar, ofta inte särskilt realistiska. Efter att empirisk vetenskap fick sitt genomslag på 1800-talet så har detta ändrats. Kunskapen förnyas och utvidgas ständigt och floden av publikationer är närmast oöverskådlig. För oss som är verksamma nu är det både spännande och yrkesetiskt att följa utvecklingen och att läsa kritiskt. SPF arbetar för detta. Avsikten med denna artikel är att lyfta fram de nya möjligheter som vi nu har för att via nätet få tillgång till de senaste rönen.

“Måndagshyllan” i KI-biblioteket på 50-talet (ur JHs minnen)

På måndagar lade Karolinska Institutets bibliotek ut alla nyutkomna tidskrifter, bredvid varandra på en hylla. Jag brukade då, som ambitiös amanuens på kemicum hos professor Erik Jorpes, åka dit och titta. Om det var en intressant artikel så kunde man skriva till författaren och be om särtryck som i bästa fall kunde inkomma efter några veckor. Det fanns ju inga kopieringsmaskiner på den tiden så alternativet var att göra sina egna anteckningar om artikelns innehåll.

För en kollega med verksamhet på en mindre ort och utan tillgång till ett medicinskt bibliotek kunde det vara betydligt svårare att få fram ny information. Detta illustreras av brevet härintill ifrån en provinsialläkare i Strömstad på 30-talet.

Ett problem redan på 1800-talet

Med nutida mått mätt var antalet vetenskapliga artiklar under 1800-talet blygsamt. Men att få överblick var ändå ett problem och redan 1879 inledde National Library of Medicine (NLM) i USA en katalogisering som syftade till att fånga upp allt som skrevs. Projektet expanderade och vi kan bara föreställa oss den resurs som krävdes för att fortsättningsvis och manuellt katalogisera allt med hjälp av miljontals kort.

Hantering av denna gigantiska datamängd blev en tidig utmaning för den framväxande datoriseringen. På 60-talet kom den första versionen av ett datoriserat register (MEDLARS), och den första katalogen, *Index Medicus*, kom ut året därefter. Men *Index Medicus* var därmed inte brett tillgänglig. Vetenskapssamhället fick nöja sig med tryckta innehållsförteckningar som levererades med post med ett par veckors mellanrum. Nästa stora steg inträffade i början av 70-talet då MEDLINE (“MEDLARS Online”) blev globalt tillgängligt för sökning via telefon. Men systemet var i huvudsak bara tillgängligt för bibliotekarierna

World Wide Web

Situationen ändrades först i början av 90-talet i samband med tillkomsten av World Wide Web. En fri och allmänt sökbar version av MEDLINE lanserades 1997 under namnet PubMed. Databasen innehåller nära 30 miljoner referenser ifrån cirka 6000 tidskrifter.

Nya tidskrifter inkluderas inte automatiskt utan måste först granskas avseende inriktning och kvalitet (se faktaruta om impact factor). Tillkomsten av PubMed och associerade referenshanteringsprogram är naturligtvis av enorm betydelse. Viktigt att påpeka är att PubMed är fritt tillgängligt för alla. Också för den intresserade kliniker som vill ha information om aktuell kunskap.

PDF

Men hur gick det med alla särtryck och papperskopior som distribuerades ”kors och tvärs” via vanlig post? Även detta förändrades på 90-talet då företaget Adobe utvecklade ”Portable Document Format (PDF)”, en komprimerad elektronisk fil som kunde återge allt innehåll i en tryckt artikel. PDF-systemet standardiserades 2008 (ISO 32000) och är numera avgiftsfritt. En konsekvens är att de flesta tidskrifter, precis som Svensk Psykiatri, har en hemsida där artiklar finns tillgängliga för läsning och ibland kan laddas ned i PDF-format.

De medicinska biblioteken betalar precis som tidigare en avgift till de tidskrifter som de prenumererar på. I denna avgift ingår numera vanligen också rätten för forskare vid den aktuella högskolan att ladda ned artiklarna i PDF-format. Det betyder att en högskoleanknuten forskare eller läkare via bibliotekets hemsida kan få tillgång till praktiskt taget alla artiklar av intresse.

“Open access” 2020

Open access (OA) är en uppsättning av principer och tillämpningar som gör det möjligt att förmedla forskningsresultat online utan kostnader och utan hinder. I sin mest renodlade form innebär OA också att det är fritt att kopiera och nyttja informationen, t.ex. som utbildningsmaterial.

Fler och fler tidskrifter erbjuder OA. Det vanligaste är att de då i samband med publicering tar betalt av författaren i stället för av läsaren eller biblioteket. Vanligtvis rör det sig om 1000–2000 Euro eller motsvarande. Detta betyder att vem som helst kan läsa artikeln gratis på nätet vilket ju ökar tillgängligheten betydligt. Författaren vinner på att artikeln blir mer spridd och läst. OA har blivit en framgång och ökat transparensen inom forskarsamhället. Numera rekommenderar t.ex. Vetenskapsrådet att allt som publiceras med deras stöd ska vara OA. Viktigt att påpeka är dock att flera tidskrifter tillämpar s.k. hybrid-OA. Det betyder att några artiklar är öppna men om författaren inte vill betala avgiften så får läsaren/biblioteket betala för dessa på sedvanligt sätt.

PubMed eller Google?

Det tar en stund att leta sig fram i PubMed och att lära sig hur systemet är upplagt. Intressant är att de flesta tidskrifters hemsidor nu också är mer direkt tillgängliga via gängse sökmotorer såsom Google. Om det då är artiklar som är fritt tillgängliga enligt principerna för Open Access så är det fritt fram att ladda ned en PDF. Den övergripande tendensen är alltså att mer och mer av det som publiceras blir lätt tillgängligt för vem som helst och bara ligger

på "ett par knapptryckningars avstånd". En verklighet som ligger långt ifrån de svårigheter som mötte 50-talets forskare och närfikna kliniker.

Lars Farde

Professor, psykiater
lars.farde@ki.se

Jerker Hanson

Docent, pensionerad psykiater
jerker.hanson@telia.com

En lista med länkar till relevanta tidskrifter och lästips finns tillgänglig på SPF:s hemsida <http://www.svenskpsykiatri.se/tidskriften/>

Faktaruta: Impact factor (IF)

Begreppet "impact factor" (IF) introducerades på 50-talet och var inledningsvis avsett som vägledning för biblioteken när de skulle välja vilka tidskrifter de skulle prenumerera på. Genom åren har betydelsen vuxit och idag är IF det överlägset mest använda kriteriet på en tidskrifts vetenskapliga kvalitet.

IF är enkelt att beräkna och uppdateras årligen. Till exempel beräknas IF för 2020 utifrån antalet citeringar av de artiklar som publicerades i tidskriften under år 2018 och 2019. Antalet citeringar delas sedan med antalet artiklar. IF blir alltså det genomsnittliga antalet citeringar per artikel.

Exempel på tre allämnedicinska tidskrifter med hög IF

- New England Journal of Medicine IF = 70,6
- Lancet IF = 60,4
- JAMA IF = 45,5

Exempel på några psykiatriska tidskrifter med hög IF

- The Lancet Psychiatry IF = 17,4
- JAMA Psychiatry (tidigare Archives of General Psychiatry) IF = 17,3
- Molecular Psychiatry IF = 13,0
- American Journal of Psychiatry IF = 11,9
- Biological Psychiatry IF = 11,5

Majoriteten av de många hundra psykiatriska tidskrifterna har dock en betydligt lägre IF. Om en tidskrift saknar eller ej redovisar IF eller om värdet ligger under 1,0 så är det tveksamt ifall det lönar sig att följa innehållet regelbundet.

Faktaruta: Strategi för att hämta information

Frågor att ställa sig själv:

Vad är mina behov?

Är det att följa övergripande trender, specialområden, eller pågående forskning i min närhet?

Finns givna vårdprogram som jag bör ha koll på?

Vilken är min metod för att säkerställa information?

Att läsa böcker eller tidskrifter? Att kolla på webbsidor? Att åka på kongresser? Att diskutera med kollegor?

Mina val

Konkretisera din strategi!

Ett praktiskt tips är att abonnemang på nyhetsbrev underlättar – man behöver då inte söka aktivt.

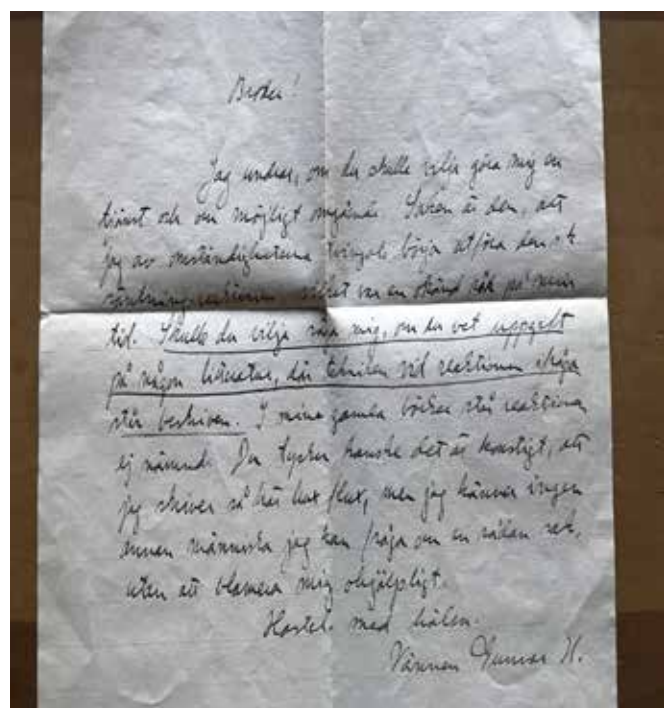
Några hemsidor med aktuell psykiatri:

<https://www.psychiatrictimes.com/>

<https://psychnews.psychiatryonline.org/>

<https://www.psychologytoday.com/intl/basics/psychiatry>

https://www.sciencedaily.com/news/mind_brain/psychiatry/



Brev från kollega i Strömstad 1933 till redaktörens morfar, psykiatern Sten R.

Broder!

Jag undrar, om du skulle vilja göra mig en tjänst och om möjligt omgående. Saken är den, att jag av omständigheterna tvingats börja utföra den s.k. sänkningsreaktionen, vilket var en okänd sak på min tid. Skulle du vilja säga mig, om du vet uppgift på någon litteratur, där tekniken vid reaktionen ifråga står beskriven. I mina gamla böcker står reaktionen ej nämd. Du tycker kanske det är konstigt, att jag skriver så här hux flux, men jag känner ingen annan människa jag kan fråga om en sådan sak, utan att blamera mig ohjälpligt.

Hastel. med hälsn.

Vännen Gunnar H.



Foto: Shutterstock/Stock-Asso

Äldrepsykiatri on-line i skuggan av covid-19

Efter att ha hållit kurser i äldrepsykiatri i 20 år blev jag i våras kontaktad av ST-läkare i akut behov av en sådan kurs. P.g.a. covid-19-pandemin hade samhället plötsligt stängts ned. Sjukvården disponerade om alla resurser och förberedde sig för att kunna ta hand om alla covidsjuka. Alla som kunde arbeta hemma gjorde det, och alla över 70 år gick i karantän. Universitet och gymnasieskolor övergick till online-undervisning, men alla möjliga andra kurser inställdes plötsligt. Var det förmätet att vilja gå kurs i denna kritiska situation?

Kanske inte, om det var krav för att kunna ta ut specialistkompetens. För många verksamheter var det viktigt att ST-läkarna blev klara och kunde fungera som överordnade,

särskilt då många läkare stannade hemma av smittskyddsskäl. Alla arbetsföra behövdes!

Jag funderade på olika möjligheter som att undervisa utomhus genom att promenera runt med en liten grupp eller sitta på ett utomhuscafé med varmt kaffe och filtar. Den svenska våren var dock fortfarande ganska kall.

Karolinska Institutet krävde att alla lärare skulle börja undervisa på distans i programmet Zoom. Jag som inte ens har erfarenhet av Skype.... On-linekurser i Zoom för lärare erbjöds nästan dagligen. Det var bara att gilla läget och lära sig

hur man gör. När man kan det är det enkelt, men innan dess finns det väldigt många fel man kan göra....

Det verkade vara möjligt att göra en kurs med hjälp av Zoom. Efter förfrågningar genom studierektorer och Svensk Förening för Äldrepsykiatri medlemsregister visade sig intresset vara stort. Region Stockholms Läke-medelskommitté ställde upp med kostnadstäckning och administrativ hjälp.

Döm om min förvåning när vi med kort varsel fick nästan 30 anmälningar. Somliga tror man kan ha hur många deltagare som helt på en distanskurs. Det går naturligtvis för föredrag, men om man skall diskutera och lära känna varandra går det inte. Dessutom är riskerna för kaos större med ett obegränsat deltagande. Skall det delas ut intyg på Socialstyrelsens blankett behövs också kunskapskontroll. Vi antog till slut 16 deltagare.

Det var lätt att hitta föreläsare, eftersom mycket av det vanliga arbetet var inställt. Erfarna föreläsare, som inte skulle tappa koncepterna i händelse av tekniskt krångel engagerades. Några hade deltagit i Zoom-möten men ingen hade någon direkt vana. Efter att ha gått tre kurser undervisade jag lärarna, och vi tränade tekniken mot varandra och beslöt att bara använda de enklaste funktionerna i programmet. Kursmaterialet var utskickat i förväg så att deltagarna skulle kunna titta på det i sina egna datorer om vi till nöds varit tvungna att övergå till telefonkonferens.

Pedagogisk forskning har visat att människor kan fokusera i ungefär 20 minuter. Att stirra i en dator en hel dag är oerhört ansträngande. Undervisningen delades därför in i 20-minutersetapper. En modul på 80 minuter startade med 20+20 minuters föreläsning med kort gymnastikpaus mitt i. Efter det följde individuellt arbete med instuderingsfrågor i 20 minuter följt av 20 minuter med föreläsaren för frågor och diskussion. Jag hade skrivit massor av instuderingsfrågor. Kursdagarna delades upp i tre moduler som skildes åt av kaffe- eller lunchraster.

Vi fokuserade på de mest centrala ämnena, eftersom deltagarna helt enkelt inte skulle orka fler lektioner. De förutsattes läsa i större utsträckning än normalt. Lyckligtvis fungerar SPF:s och SFÄP:s "Kliniska Riktlinjer i Äldrepsykiatri" väl som lärobok, och kan köpas för ett par hundralappar eller laddas ned gratis på SPF:s hemsida.

Till allas förvåning fungerade allt! Det var t.o.m. färre tekniska problem än det brukar vara på en live-kurs. Ingen tyckte att de behövde komma på fysiska träffar utomhus som erbjöds för social samvaro och djupare diskussioner. De flesta men inte alla har lämnat in hemtentan.

Nackdelar

Det största problemet som lärare är att inte ha en överblick över publiken under föreläsningen. Det är mer tröttsamt att föreläsa och att lyssna. Deltagarna och föreläsarna har mindre chans att lära känna varandra och tala informellt vid kaffet. Det kamratskap och nätverk som brukar utvecklas på kurser blev inte av. I fråge- och diskussionsstunderna finns dock möjlighet till interaktion.

Fördelar

On-linekurser är billigare förutsatt att alla har datorer och uppkoppling. Föreläsare och deltagare kan delta hemifrån vilket är enklare för många. Dataprogrammen utvecklas kontinuerligt. Det är ett bra sätt att lära sig basfakta.

Kursutvärderingen var en glad överraskning med en övergripande poäng på 5,3 (Range 4–6; n=9) på en sexgradig skala där sex är utmärkt.

I framtiden, när vi kan träffas igen, kommer vi sannolikt använda det bästa av on-linekurser och ha fysiska kurser för att avhandla svåra delar, och för att lära känna varandra.

Svensk Förening för Äldrepsykiatri och European Association of Geriatric Psychiatry planerar återkommande webseminarier i äldrepsykiatriska ämnen. Bli medlem så får Du tillgång till dem!

Karin Sparring Björkstén

Med dr, docent i äldrepsykiatri

Specialist i allmän psykiatri, geriatrik och äldrepsykiatri

Karin.SparringBjorksten@ownit.nu



Foto: Shutterstock/Chriptographer

Att åldras i coronans tid

Några *personliga* reflektioner

Åldrandet i ett historiskt och samhällsligt perspektiv

Covid-19, coronapandemin, är ett folkhälsoproblem som dramatiskt påverkar världens befolkningar. Äldre löper, främst på grund av en högre grad av multisjuklighet, en särskild risk för negativa hälsokonsekvenser när de smittas. Olika strategier har tagits fram i olika länder för att skydda denna befolkning. Medan minskningen av dödstalen på grund av covid-19 till lägsta möjliga nivåer naturligtvis har varit huvudsakligt fokus för de flesta nationella insatser och vetenskapliga strävanden, har dock alltfler rapporter inkommit om pandemins negativa konsekvenser för människors psykiska hälsa (1). Förutom det medicinska perspektivet och den ökade dödligheten på grund av covid-19 hos äldre bör olika dimensioner beaktas när det gäller konsekvenserna för denna sårbara befolkningsgrupp.

Ser man på de äldres ställning i utvecklingen av kulturer och samhällen i ett historiskt perspektiv så finner man tydliga olikheter i hur de behandlas, kulturellt värderas och samhällsmässigt positioneras i olika kulturer genom mänsklighetens historia. Stora skillnader kan ses. I vissa länder finner man en typ av "gerontokrati", med en uppskattning och ibland idealisering och ikonisering av en högt värderad äldre generation. I dessa kulturer har de äldres visdom och råd fått inflytande som "åldermän", i byrå och styrelser, förknippade med hög status i samhället. Exempel är Gamla Testamentets tio budord,

gerontokratiska principer i antikens Grekland och vördnadsvanor för äldre och tidigare generationer i Österns religioner.

Å andra sidan och i andra civilisationer finner man mer "utilitaristiska" traditioner – ibland återigen inbäddade i religiösa seder och ritualer. Exempel är att äldre har setts som en besvärlig börda, inte längre av någon nytta, som till exempel i vissa romerska kulturer och skandinaviska traditioner. Det har även skildrats japanska seder att bestiga och försvinna på "heliga berg". Även i dag påverkar upplevelsen av ålder och äldre som tärande börda delar av "end of life"-diskussionen i europeiska länder. Därvid riktas ofta fokus på "människorätten" till en "människovärdig" och ibland "assisterad" död, där även utilitaristiska materialistiska bedömningar görs och "livsvärdet" för äldre jämförs med det för yngre populationer. Sådana diskurser pågår i dag i Beneluxländerna, Schweiz, Kanada och allt mer även i USA, Tyskland och Sverige. Uppfattningar om åldrandet riskerar således också i dag att påverka graden av social integration av äldre människor i samhället, vilket i sin tur kan reflekteras i attityder gentemot deras fysiska och psykiska hälsa och i samhällets strategier för att ta hand om dessa folkhälsoproblem.

Bestämningsfaktorer för psykisk hälsa i högre ålder

Den psykiska hälsan hos äldre kan diskuteras ur olika perspektiv. Generellt, i en bio-psyko-social och även existentiell syn,



kan vi förutsätta att fyra områden är avgörande för människors förmåga och vilja att hålla sig friska, att inte bli psykiskt sjuka och att betrakta livet som värt att leva (2):

1. Känslan av mening, och ett „överindividuellt” samband, även i ett existentiellt och andligt sammanhang.
2. Världighet, identitet och åtnjutandet av respekt, att behandlas som en person med egenvärde och personlig identitet, att inte känna sig förödmjukad, att åtnjuta position och status.
3. Upplevelsen av kärlek, att ha någon som bryr sig, men även att kunna hjälpa och ta hand om andra, att känna sig socialt betydelsefull och uppleva sammanhållning i vänskap och familj.
4. Självbestämmande, att inte vara utsatt för anonyma krafter, att vara ansvarig och ”in charge” i sitt eget liv, att ha möjlighet att påverka sina livsvillkor, att inte vara hjälplös.

Dessa områden är individuellt och i olika grad av avgörande betydelse för äldre människors liv och bör uppmärksammas i dessa tider av pandemisk kris och i efterdyningarna av givna nationella bestämmelser efter covid-19-utbrottet. Dessa regler föreskriver ofta ett ”socialt avståndstagande” eller – en lämpligare term – ”fysiskt avståndstagande” och ökar risken för ensamhet och social isolering hos äldre som en utsatt grupp. Det kan även finnas könsskillnader. Äldre kvinnor verkar särskilt mottagliga för social isolering eftersom de kan reagera med en känsla av att förlora sin sociala betydelse och få en känsla av värde- och meningslöshet som de känner sig ha svårt att hantera. Män – å andra sidan – kan oftare drabbas av en upplevd förlust av sin sociala status i samhället och som ansvariga i sociala och familjesammanhang, med en känsla av bristande självrespekt och världighet i en ökande isolering. Oavsett könet så riskerar alla att drabbas hårt av en begränsad tillgång till andra människor, vänner och familjemedlemmar, kommunikationsbristen och avsaknaden av möjligheter till dialog och en analog direkt kontakt „in real life” med sina efterkommande, en ”digital klyfta”, som kan konstateras idag och där fortfarande stora delar av den äldre befolkningen inte är vana vid sociala medier och ganska illitterata i virtuell digital kommunikation, är här en försvårande faktor.

Några exempel

De olika nationella bestämmelser som har införts för att hantera den framväxande pandemikrisen formuleras av naturliga skäl i enlighet med den nationella infrastrukturen och samhällets sociokulturella tradition, vilket också tycks påverka utformningen av hälso- och sjukvårdssystem samt äldreomsorgen. För att beskriva de nationella regeringarnas ansträngningar att skydda äldre i en pågående pandemi i Europa kan Sverige beskrivas som ett belysande exempel – dels mot bakgrund av att förfat-

taren som tidvis internationellt verksam svensk psykiater sedan länge är bekant med samhället, dels på grund av att Sverige har beslutat att ta itu med det ”coronara” folkhälsohotet med ett förhållningssätt som skiljer sig från andra länder.

Europa

Om man tittar på mångfalden i Europa får man ett intryck av olika grader av psykiskt välbefinnande hos den äldre befolkningen över kontinenten. Självordssiffrorna i Europa kan betraktas som en viktig och mätbar indikator på den psykiska hälsan. Det finns knappast ett mentalt tillstånd, där människor lider psykiskt mer än i en situation där suicid upplevs som det enda sättet att hantera sin sociala och existentiella situation. Fullbordade självmord registreras i hela Europa noggrant och kontinuerligt – även om det som i alla epidemiologiska analyser finns underrapportering och statistiska osäkerheter. Speciellt *självordssiffror i högre ålder*, som återspeglar den äldre befolkningens mentala tillstånd, skiljer sig mycket åt i olika delar av den europeiska regionen (3). Finns det mycket låga siffror eller ingen prevalens alls i vissa regioner, t.ex. Centralasien, Kaukasus och även Sydeuropa så finns det höga och ökande siffror i några av de väst-, central- och nordeuropeiska länderna. Siffrorna kan återspegla på aggregerad nivå de äldres sociala, psykologiska och existentiella samhällssituation – i förhållande till allt ifrån en realistisk fokusering på ungdomlighet och glorifiering av juvenila attityder till en accepterad upplösning av traditionell familjesammanhållning och sekularisering av religiösa traditioner. Också avsaknaden av generationskontrakt, förekomsten av ungdomsprioriterande strukturella anställningsregler och en politik som motverkar äldres fortsatta engagemang i samhället idag kan leda till en ibland nästan ”ålderistisk” diskriminering, genom att försumma, sluta prata, minimera och ibland förlöjliga äldre personers kulturella betydelse och samhälleliga roll. Resultaten kan bli en betydande avsaknad av existentiellt stöd, känd och rapporterad i den äldre generationen.

Äldres situation i Sverige under covid-19-utbrottet

Myndigheten i Sverige har givit flera råd för att förebygga SARS-CoV-2-infektioner hos äldre, särskilt genom att rekommendera befolkningen att fysiskt inte umgås med sina äldre familjemedlemmar. Efter rapporter om coronainfektioner i äldreboenden beslutade regeringen att förbjuda besök. Trots dessa strategier har det skett en ökning av åldersrelaterad sjuklighet och dödlighet på grund av covid-19 hos äldre. Sjukligheten hos coronasmittade personer mätt i procent av befolkningen blev i Sverige dramatiskt högre än i de skandinaviska grannländerna, med mer än 80 procent av antalet coronarelaterade dödsfall i gruppen över 70 års ålder. En då förväntad resulterande brist på resurser för intensivvård har lett till selektiva »triage»-rekommendationer från myndigheterna. Dessa rekommendationer förväntades – trots deras ifrågasättande i livliga diskussioner – följas och byggde på en bedömning av livsförväntan utgående från den biologiska och kronologiska



åldern i kombination med prognostiska överväganden om behandlingsbarheten av samtidig annan sjuklighet. Den rekommenderades sedan bli grund för beslut om vilka patienter som skulle få potentiellt livräddande intensivvård med andningshjälp mot bakgrunden av en redan faktiskt existerande eller förväntad resursbrist.

Kulturella aspekter kom härvidlag att diskuteras kontroversiellt. Tidigare "World Value Survey"-bedömningar om svenska värderingar beskriver ett land med ett av de lägsta värdena gällande respekten för äldres roll och status i samhället. Ett offentligt uttalande från en dåvarande finansminister för några år sedan aktualiserades i själva samhällsdebatten. Den beskrivning han gav av den äldre delen av den svenska befolkningen var bilden av ett "köttberg" som orsak till problematiska ekonomiska konsekvenser. I nutid var det ordföranden för allmänhetens pensionsfond som hänvisade till fatala konsekvenser för framförallt unga människor om samhället restriktivt delvis skulle släckas ner i preventionssyfte, och uttalade i en TV-diskussion att "liv står mot liv". En professor i praktisk nyttofilosofi ingrep i debatten och påminde om att de yngres liv måste komma i första hand. Å andra skidan gjorde sig sjuksköterskor, läkare, äldre parlamentariker och en högt respekterad författare och f.d. akademiledamot hörda i debatten, *påminde om ministeruttalandet som citerats ovan, beskrev sina etiska dilemman och protesterade*. En polariserad diskussion pågår fortfarande.

Äldres sociala isolering rapporteras ibland dramatiskt i massmedia, både av de äldre själva och av släktingar. Som en av följderna har kontakterna mellan äldre personer och en självmordsförebyggande hjälplinje enligt *en* betrodd icke-statlig organisation ökat påtagligt under den senaste månaden. En annan konsekvens är att man har uppmärksammat personalens "etiska stress" – som det kallas – ifrån arbetsgivarhåll och diskuterar åtgärder.

Ett samhälle – som det har sagts av en svensk socialpsykiater – är som en symfoniorkester som bör respektera olika harmonier framförda av olika grupper av aktörer med en mångfald av röster som behöver blir lyssnade på. I Sverige – och inte bara i vårt land – används ofta i samband med förordningar och bindande rekommendationer i hanteringen av pandemikrisen "mallar" och schabloniserade rekommendationer. Resultatet kan bli att dra personer och "fall" in i en "Prokrustessäng" av konformistiska och jämlikhetsdrivna ideologier, som inte respekterar mångfalden bland äldre människor som har en tendens att med stigande ålder bli än mer individualiserade än under yngre år.

"En storlek passar allt"-strategier är de minst lämpliga att använda när det gäller "äldre". Personlighetsdrag blir mer och mer ojämlikt framträdande, vilket hos äldre leder till uppenbara och ibland dramatiska behov att ses och behandlas på ett personcentrerat och respektfullt sätt som en individuell person med egenvärde.

Såsom beskrivits har Sverige hittills haft en av de *högre* sjuklighetssiffrorna i Europa, särskilt hos äldre, särskilt hos män, som är mångfaldigt högre än i grannländerna. Orsakerna diskuteras men verkar främst vara administrativa förändringar och införandet av en ibland hård och vinstinriktad marknadsekonomi inom äldreomsorgen. Dessa har lett till ekonomiska begränsningar och – trots personalens ibland heroiska ansträngningar – en åtföljande försummelse av både personalens säkerhet och klienternas behov, följt av en minskad förmåga att kvantitativt förlänga de äldres livstid, men också att vidmakthålla eller förbättra de äldres livskvalitet.

Dessa psykologiska, medicinska och existentiella brister blir förmodligen extra dramatiskt upplevda hos landets äldre befolkning eftersom de står i kontrast till en tidigare vanlig och säker känsla av harmoniskt socialt skydd i det forna svenska folkhemmet – ett gediget samhälle, där trygghet – speciellt för de svaga, sjuka och äldre – fanns och som faktiskt har uppbyggts av dagens äldre generation som ansåg sitt sociala skydd vara "hugget i sten" och säkrat för all framtid.

I dag har flera av dessa säkerhetsmekanismer försvagats. Därutöver finns det risk för att pandemibestämmelserna leder till en fortsatt social isolering av äldre, och – om man verkligen lyckas skydda äldre från coronainfektionen – leder till att "flockimmuniteten" när de överlevande äldre allra sist, med följden att äldre måste stanna längst i isolering och social distansering. Detta har redan förutspåtts i samhällsdiskussionen. I sådana fall kommer nog också fortsättningsvis en ökande isolering, ångest och depression att genereras, med fortsatta problem att få en hjälpande hand från vänner och släktingar.

Sverige är dock internationellt inte ensamt om den beskrivna situationen och de problem som uppstår. *Dessutom har stödjande projekt för att hjälpa äldre införts av regeringen och problemmedvetenheten ökar*. Det finns också många positiva exempel som visar en renässans för spontana altruistiska och generationsöverskridande aktiviteter, där människor stödjer varandra, ibland till och med ägnar sig åt riskfyllda hälso- och sjukvårds-



aktiviteter, men också tar ansvar för att hjälpa sina grannar och anhöriga.

Vad göra?

För att kommunicera, samordna och utveckla stöd och – vid behov – terapi till den äldre befolkningen bör man också respektera faktumet att det kan finnas stora hinder hos många äldre som härrör från den "digitala klyftan" i förmågan och viljan att förstå och använda sig av digitala lösningar. Det är därför viktigt att i tid integrera äldre personer som användarexpertis i problemlösningsarbetet. Dessutom måste äldre människor ses igen och på ett nytt sätt som den resurs de verkligen är – kanske efter ett motto ur psykiatriens rehabiliterings- och reintegrationsarbete: "Nothing about me without me".

Vi behöver involvera äldre i utvecklingen av individanpassade tjänster, i upprättandet av strategier för bistånd och hjälp samt i utvärderingsforskning och implementeringsdesign. I den diskussionen har ett sådant engagemang krävts upprepade gånger förut men knappast förverkligats tillräckligt – vilket visar sig i nuvarande kris.

Tillhandahållandet av resurser till äldre måste därför utformas individuellt, anpassas kulturellt och baseras på alla människors lika värde, också med hänsyn till människors individuella och kulturella särdrag. Det enskilda lidandet som orsakas av isolering och avpersonifiering måste beaktas, men också anhörigas roll och utsatthet. Stöd behöver ges på ett tvärvetenskapligt, holistiskt och flerdimensionellt, sektorsövergripande tillvägagångssätt, i multiprofessionellt lagarbete och med transkulturell och "intergenerationell" lyhördhet. Ett ständigt fokus bör riktas på de fyra bestämningsdimensionerna för hälsa och psykisk hälsa som tidigare beskrivits.

Men: Hur når man "mening, självbestämmande, social betydelse och personlig värdighet"?

Det verkar viktigt att undvika uteslutande digitala interventioner och stödåtgärder. Människor som livslångt har umgått med varandra "in real life" behöver också en personlig kontakt. Äldre nås ofta inte av digital information och också i redan etablerade kontakter bör respekteras att livshändelser, motståndskraft, krishantering, psykosocial och existentiell hjälp kräver annorlunda bemötanden för att leva upp till äldre människors förväntningar och behov.

Slutligen

De äldre är i vårt samhälle en ofta översedd och outnyttjad resurs.

De har ofta olika, mer hållbara coping- och krishanteringsstrategier, andra ibland mindre materialistiska perspektiv, en större känslighet för förnedring och identitetsförlust och särskilda sätt att utveckla motståndskraft och följsamhet. Terapeutiska och strategiska allianser kan därför bli avgörande och förutsätter ett empatiskt engagemang av terapeuter, kontaktpersoner och beslutsfattare – helst med egen erfarenhet av livshändelser och kris och nära kulturen hos de människor de möter.

Dessutom blir äldre människor ofta mer altruistiska, ibland mer toleranta och mindre kontrollerande. Deras sociala kompetens är ofta betydande. Detta gör det nödvändigt att involvera äldre, släktingar och personer med levd erfarenhet i orsaks- och implementeringsforskning samt utvecklandet av strategiska samhällsinsatser och policy.

Ett perspektiv

Hur äldre och svaga behandlas i en befolkning är den starkaste indikatorn på graden av mänsklighet och tolerans i ett samhälle.

Vi lever i en speciell tid. Nya utmaningar dyker upp, gamla blir mera påträngande. Endemiska epidemier, virtuella sammanbrott, globala migrationsflöden och hotande såväl fysiska som psykiska omvärldsunamin måste hanteras och kan – i värsta fall – skapa en förrevolutionär situation.

I bästa fall kommer dock en global, mänskligare, mindre instrumentell, mer tolerant, pluralistisk och öppen demokrati att växa fram. Paradigm kommer att förändras. En atmosfär av "fin de siècle" har uppstått. Något nytt och annorlunda är på väg.

I dessa tider av förändring och omvälvning, kommer den holistiska och övergripande klokskapen, erfarenheten, visdomen och perspektivförmågan hos samhällets till åren komna att vara den avgörande resursen som ger mänskligheten en större chans. För att använda och befruktas av denna resurs, är nya sätt att anlita och integrera den äldre generationen avgörande – personcentrerad, solidarisk, med pluralistisk tolerans och med strategier som bygger på respekt, humanism och professionalism (4).

Wolfgang Rutz MD PHD

*Professor i Socialpsykiatri och Public Mental Health
Stockholm/Coburg*

Referenser finns på www.svenskpsykiatri.se



Foto: Shutterstock/Fizkes

Etiska aspekter rörande en psykiaters kommunikation med patient och anhöriga

Sammanfattning av ett EPA
(European Psychiatric Association) policy paper

Kvaliteten på förhållandet mellan psykiater och patient, som bör baseras på öppenhet och förtroende, är avgörande för hur en patient tillgodogör sig en behandling och för ett positivt utfall av behandlingen (1). Tillämpning av de basala etiska principerna i psykiatrisk praxis genomförs huvudsakligen genom samtal med patient och anhöriga, vilket nyligen beskrivits i detalj (2) och antagits som EPA policy dokument.

Enligt Madriddeklarationen rörande *Ethical Standards for Psychiatric Practice* skall familjen konsulteras om patienten är allvarligt mentalt handikappad (3). Familjen är en viktig samtalspartner, även om det kan ge upphov till svåra etiska problem rörande sekretessen.

I dialogen med en psykiskt sjuk patient och dennes familj finns det en rad etiska frågor som man skall ta hänsyn till: respekt för patientens autonomi, värdighet, åsikter och värderingar, privatliv och sekretess, rätten till uppriktighet, och tydlighet och tolerans gentemot öppna känslomässiga reaktioner.

Hur man på ett inkännande och verkningsfullt sätt informerar en patient om hans/hennes diagnos är centralt för alla medicinska specialiteter. Frågan om hur diagnosen hanteras inom psykiatrin har ifrågasatts (4). Alla patienter skall få veta sin diagnos så snart man blivit klar över vad de själva vet om sina störningar och vad de vill veta om sin sjukdom. Man bör vara flexibel och närma sig diagnosen stegvis när man informerar patienten om hans/hennes sjukdom.



Prodromalstadiet karaktäriseras av en tid med milda, vaga och odefinierade symtom eller tecken, som föregår den fullt utvecklade psykiska sjukdomen. Under senare år har det utvecklats dels biokemiska markörer dels speciella screeninginstrument för att identifiera förstadium till exempelvis schizofreni, neurokognitiva sjukdomar och AD.

Rörande exempelvis psykos, där endast en tredjedel av dem som bedöms ligga i riskzonen för psykos de kommande 1–3 åren kommer att utveckla en psykos, uppkommer den etiska frågeställningen om eller inte patienten skall informeras om den eventuellt ökade risken att utveckla en psykos (5). Det har rests farhågor att ett sådant avslöjande skulle kunna skrämra såväl patienten som anhöriga avsevärt och öka risken för stigmatisering, stämpling, underordning och sjukdomsstämpel (6).

För minderårigas del, måste föräldrar, vårdare eller andra ansvariga få en helt fullständig information om risken för psykos under prodromalstadiet och diskutera och genomföra de förändringar i livsstil som kan genomföras för att minska risken. Graden av avslöjande om sjukdomen anpassas helt till den minderårigas individuella och övergripande kognitiva förmåga.

Personer som söker läkare för begynnande minnessvårigheter kan visa tidiga symtom på ett prodromalstadium (7). Med tanke på att det saknas någon effektiv behandling för AD och den med stor sannolikhet förödande effekt en diagnos på AD man kan förvänta sig, har nyttan med att avslöja misstankar på AD starkt ifrågasatts (8).

Principen för *Informerat samtycke* baseras på etiken för oberoende och självbestämmanderätt. Avslöjad information, fritt val och förmåga att besluta anses vara de avgörande komponenterna för *informerat samtycke*. Oavsett om behandlingsformen är farmakologisk eller icke-farmakologisk skall psykiatern förklara fördelar och nackdelar med behandlingen så detaljerat och tydligt som möjligt samt i nivå med patientens kognitiva förmåga, utbildningsnivå och kulturella bakgrund (9). Samma ingående information skall ges ifråga om olika psykoterapier. Var uppmärksam på en eventuell "noceboeffekt" dvs. att patientens negativa förväntningar på en behandling förvärrar symtomen. De anhöriga kan informeras om inte patienten uttryckligen förbjudit att de delges information.

Man bör ingående förklara för patienten att Lagen om tvångsvård (LPT) ger laglig rätt att ge tvångsvård under frihetsberövande, vilket skall ses som en skyddsåtgärd, och att man strävar efter att få patienten att samarbeta och frivilligt medverka till nödvändig vård enligt de kliniska riktlinjerna för tvångsvård.

Stor ansträngning bör göras för att få patienten att ge sitt samtycke till behandling och slippa att ta till tvångsåtgärder (10).

En psykiater kan i samband med olika professionella yrkesroller ha skyldigheter som konkurrerar med patient-läkare-förhållandet, exempelvis i rättsmedicinska sammanhang eller när man har en professionell roll att intyga yrkeskompetens, behov av invalidpension osv. Psykiatern är i en sådan situation tvungen att tala om för patienten att det finns en tredje part och att det inte längre finns något patient-läkare-förhållande, även om resultaten för den bedömda patienten är negativa och ogynnsamma (11). En psykiater kan bryta tystnadsplikten och avslöja konfidentiell information endast under kriminaltekniska omständigheter.

Senare tids forskning visar att psykiska sjukdomar som schizofreni, bipolär sjukdom och autism är signifikant ökade bland dem som testar positivt för vissa genetiska markörer. Vid samtal med patienter och deras anhöriga om genetiska risker skall man göra klart att gällande vetenskapliga kunskaper ännu är ofullständiga och att framtida fynd kan ogiltigförklara vad man anser sig veta idag. Man bör vara uppmärksam på att avslöjandet av genetisk information kan leda till negativ och splittrande information för såväl patient som anhöriga (12). Psykiatern måste få *informerat samtycke* till i vilken utsträckning familjemedlemmar skall få ta del av de genetiska provsvaren. Inför avslöjandet bör man se till att hjälp och psykoterapeutiskt stöd att bearbeta informationen finns till hands för samtliga involverade.

Det har blivit allt vanligare att psykiatrer ingår i palliativa team. Psykiatrer är ofta inblandade i utvärdering och behandling av patienter i livets slutskede, även patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Utarbetande och genomförande av vård i livets slutskede bygger på kontinuerliga samtal med patienten. Att tala öppet om död och döende, inte som konsekvens av ett medicinskt misslyckande utan som en naturlig process, att tillförsäkra patienten att han/hon inte kommer att bli övergiven och att allt kommer att göras för att förhindra smärta och lidande, står i centrum för samtalen med patienten vid den här tidpunkten (13).

Rigmor Stain

*Dr Med. Sci. docent, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)
Karolinska Institutet, Stockholm*

Danuta Wasserman

*Med dr., senior professor, chef för NASP, Karolinska Institutet, Stockholm
Chef för WHO samarbetscenter för "Research, Training and Methods Development in Suicide Prevention".*

Referenser: www.svenskpsykiatri.se



Foto: Shutterstock/Photographiee.eu

Tydligare diagnoskodning av bipolär sjukdom typ 2 i ICD-10-SE

Huvudbudskap

- Diagnoskodningen av bipolär sjukdom typ 2 är oklar i den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10.
- Den svenska versionen ICD-10-SE har nu fördjupningskoder till F31.8 som ska användas för bipolär sjukdom typ 2.

Kvalitetsregistret Bipolär har med stöd av professionsföreningen Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom tagit initiativ till att införa subkategorier till F31.8 för bipolär sjukdom typ 2. De nya subkategorierna som finns i den svenska versionen ICD-10-SE gäller från och med 1 januari 2020.

Som tidigare beskrivits i Läkartidningen har den svenska versionen av ICD (ICD-10-SE) från och med 1 januari 2020

kompletterats med fördjupningskoder till F31.8 som ska användas vid diagnoskodning av bipolär sjukdom typ 2 [1].

Dessa fördjupningskoder innebär att bipolär sjukdom typ 2 nu kan specificeras med diagnos och aktuell sjukdomsfas på samma sätt som bipolär sjukdom typ 1.

Bipolär sjukdom typ 2

Bipolär sjukdom typ 2 infördes 1994 i det amerikanska klassifikationssystemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Fortfarande debatteras det huruvida typ 2 bara är en mildare grad av typ 1 [2] eller om det också finns kvalitativa skillnader [3]. Färska studier ger stöd för att subgrupperna åtminstone delvis skiljer sig etiologiskt. Exempelvis fann en svensk familjestudie att risken för typ 1, men inte typ 2, korrelerar med den familjära risken för schizofreni [4].



På samma sätt fann en genetisk studie att typ 1 korrelerar starkare med schizofreni än typ 2, och att genetiska polymorfismer förklarar större del av variansen (SNP-heritabilitet, *SNP-h²*) för typ 1 än för typ 2 [5]. Nyligen fann en svensk studie baserad på kvalitetsregistret Bipolär att det finns kliniska skillnader mellan typ 1 och typ 2 som inte kan förklaras av de skilda diagnoskriterierna [6]; exempelvis uppvisar typ 2 mer samsjuklighet än typ 1.

Världshälsoorganisationen och svenska myndigheter använder ICD (International Classification of Diseases) för att klassificera sjukdomar. I den tionde versionen (ICD-10), som används idag, finns inte bipolär sjukdom typ 2 som en egen kategori utan tillståndet kodas under F31.8 som även rymmer andra undergrupper av bipolär sjukdom.

I nästa version, ICD-11, kommer bipolär sjukdom typ 2 utgöra en egen kategori med möjlighet att även specificera den aktuella episoden. Det är dock oklart när ICD-11 förväntas vara införd i Sverige.

De nya fördjupningskoderna till F31.8

För kodning av bipolär sjukdom typ 2 används någon av fördjupningskoderna F31.8A-F (se faktaruta). Genom fördjupningskoderna särskiljs bipolär sjukdom typ 2 från övriga bipolära tillstånd som kodas under F31.8. Fördjupningskoderna innebär också att patientens aktuella tillstånd framgår: depression, hypomani, blandad episod eller besvärsfri.

Exempel

Bipolär sjukdom typ 2 med aktuell medelsvår depression

En person som tidigare haft flera depressiva och hypomana episoder insjuknar i en medelsvår depression. *Livstidsdiagnosen* är bipolär sjukdom typ 2. Den *aktuella episoden* är medelsvår depression. Tillståndet *klassificeras* som "F31.8B Bipolär sjukdom typ 2, lindrig eller medelsvår depressiv episod".

En lathund för hur de nya diagnoskoderna för bipolär sjukdom ska användas finns tillsammans med fler exempel att hämta från kvalitetsregistret Bipolär:s hemsida (bipolar.registercentrum.se) under "Stöd för vårdpersonal".

Mikael Landén

*Professor, överläkare, registerhållare kvalitetsregistret Bipolär
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Sektionen för psykiatri och neurovetenskap och fysiologi
Blå Stråket 15, 3 tr, 413 45 Göteborg*

Mattias Agestam

Överläkare, medicinskt sakkunnig, styrgruppsmedlem kvalitetsregistret Bipolär, sammankallande Beredningsgruppen för rapportering till patientregistret, Nätverket för styrning och ledning av

*psykiatri,
Ledningsstödet, Verksamhetsområde Psykiatri
Stockholms läns sjukvårdsområde, Region Stockholm
Box 45436, 104 31 Stockholm*

Kristina Lindwall Sundel

*Leg läkare, specialist i psykiatri
Styrgruppsmedlem kvalitetsregistret Bipolär, styrelsemedlem
Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom
kls@medicalresource.se*

Referenser finns på www.svenskpsykiatri.se



Mikael Landén
Foto: Gunilla Sonnebring

Faktaruta

Bipolär sjukdom typ 2 (minst en hypoman episod och en depressiv episod, men ingen manisk episod) kodas från och med 1 januari 2020 under F31.8A – F31.8F.

- F31.8A Bipolär sjukdom typ 2, hypoman episod
- F31.8B Bipolär sjukdom typ 2, lindrig eller medelsvår depressiv episod
- F31.8C Bipolär sjukdom typ 2, svår depressiv episod utan psykotiska symtom
- F31.8D Bipolär sjukdom typ 2, svår depressiv episod med psykotiska symtom
- F31.8E Bipolär sjukdom typ 2, blandad episod
- F31.8F Bipolär sjukdom typ 2 utan aktuella symtom



Foto: Shutterstock/Soonthorn Wongsaita

Äldre är en utsatt grupp under pandemin – men vad får det för konsekvenser?

Mycket som sagts om covid-19-pandemin kommer inte åldras speciellt väl. Det är väl inget konstigt med det, med tanke på osäkerhet om grundläggande fakta och betydande inslag av slump i utvecklingen. Frågan om hur vi bör agera när en coronaviruspandemi för första gången drabbar ett högteknologiskt och globaliserat samhälle kan, om någonsin, först i efterhand besvaras med vetenskapliga metoder. Det har dock blivit uppenbart att de vanligtvis ganska långsamt malande akademiska kvarnarna drivits upp i ett tempo de inte riktigt klarat av.

Även om det producerats många viktiga och gedigna forskningsrapporter under pandemin, finns tyvärr också många

prov på ogenerad opportunism. Forskare har inte kunnat motstå lockelsen att göra avgörande upptäckter eller förutsägelser, och tillfredsställa samhällets krav på information. Professorer har gjort uttalanden som verkligheten hunnit ikapp närmast i den stund de uttalades. Vetenskapliga artiklar i de finaste medicinska tidskrifter har fått dras tillbaka pga. bristande kvalitet eller misstänkt fusk. Haussade behandlingsmetoder har sedermera visat sig verkningslösa eller till och med skadliga. I någon mån har den vetenskapliga självkorrektionen fungerat, dock blir det sällan en förstasidesnyhet att studier som i sig var förstasidesnyheter visade sig innehålla allvarliga fel.

Covid-19 är utan jämförelse den sjukdom i världshistorien som på kortast tid ackumulerat flest forskningsprojekt runt sig. Vi kan framöver vänta oss resultat från en mängd sådana projekt avseende konsekvenserna av pandemin ur ett psykiatriskt och för all del specifikt äldrepsykiatriskt perspektiv. Situationen är spännande då en allomfattande och plötsligt insättande händelse som en pandemi utgör ett slags naturligt experiment. Det återstår att se om man har lyckats designa studier på sådant vis att väsentliga frågor kan besvaras med acceptabel säkerhet. Än så länge finns bara anekdoter att tillgå och med deras hjälp kan man hitta stöd för de flesta hypoteser, eftersom människor är olika och inte alltid reagerar som man skulle förvänta sig vid en kris.

Personer med demenssjukdom i kommunal omsorg har varit en mycket utsatt grupp under pandemin. En stor andel av dem som avlidit i covid-19 tillhör denna grupp. Äldreboenden har varit en av de mest utsatta miljöerna avseende utbrott.

En omtalad åtgärd för att stoppa smittspridning på äldreboenden är besöksförbudet. Det finns flera goda argument emot besöksförbudet för den som tar utgångspunkt hos den enskilda individen: det var fel att isolera människor under en vår och sommar som för många ändå skulle bli den sista. Att långa tider utan besök kan få nära anhöriga att blekna ur minnet är också en smärtsam konsekvens. Att juridiskt begränsa rätten att ta emot besök i sitt eget hem är också en allvarlig inskränkning i den personliga friheten som antagligen aldrig accepterats för någon annan grupp i samhället. Avslutningsvis är det knappast klarlagt att besök av anhöriga haft avgörande betydelse för att introducera smittan på boenden.

Men på radions Studio ett har man den 25/8 ett reportage från äldreboenden där personal ser en minskning av beteendestörningar och vid-behovsmedicinering för boende med demens i och med besöksförbudet. Ökad struktur i tillvaron och mindre spring av främmande människor i lokalerna ses som möjliga förklaringar. Vem hade tänkt på den möjligheten i förväg? Säkert finns lärdomar att dra om det visar sig vara en generell erfarenhet.

Bland äldre personer med annan psykisk sjukdom vet vi att social isolering är vanligt även när det inte råder pandemi utanför dörren. Pandemin har begränsat möjligheten till social rehabilitering i gruppverksamheter och träffpunkter. I våras hade jag telefonkontakt med en äldre man med mångårigt alkohol- och tablettberoende, kroniskt deprimerad därtill. Han hade inga avsikter att ändra på något i sin förvisso mycket sparsamma kontakt med övriga samhället. "Jag bryr mig inte om jag blir smittad. Blir jag riktigt sjuk, kommer jag stanna hemma och

dö ifred, och inte belasta vården." Vad svarar man på det, när man precis gett rådet att följa rekommendationen om att undvika sociala kontakter?

Den stora majoriteten av personer över 70 år var innan pandemin aktiva och självständiga, men har nu fått låta bli gymträning, resor, passning av barnbarn och besök på teater, restaurang eller biblioteket. Det påminner om att plötsligt drabbas av funktionsnedsättning. Som när det hälsosamma åldrandet bryts av kroppslig sjukdom, något som inte sällan tycks vara en utlösande faktor till depression och ångest hos äldre. Säkert har många tappat sugen. En del förefaller reagera med förnärmelse och ilska över att tvingas till isolering. Omvänt finns de som frivilligt närmast låst in sig, utan att ens gå ut, som ett utslag av överdriven rädsla att drabbas eller föra smittan vidare till andra. Men något annat som skiljer dessa förhållandevis friska äldre från de tidigare nämnda grupperna är antagligen förmågan att kunna se livet ta fart igen efter pandemin. Den som vill utföra forskning på hur den psykiska hälsan påverkas av en pandemi gör bäst i att följa upp sina forskningspersoner även när livet fått mer normala former.

Robert Sigström

*ST-läkare i psykiatri, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Vetenskaplig sekreterare, SFÄP*

SFÄP:s årsmöte hålls digitalt på förmiddagen den 23/10 och temat är "Tillstånd med bandomsdebut med relevans för äldrepsykiatri" Se vår hemsida på aldrepsykiatri.se för mer information.

Nu lanserar vi Barnafrids digitala basprogram om våld mot barn

Möter du barn i ditt arbete, så innebär det att du även möter våldsutsatta barn. **Barnafrids digitala basprogram om våld mot barn** ger dig som yrkesverksam kunskap och verktyg att upptäcka, bemöta och hjälpa utsatta barn.

**Livesänd lansering och panelsamtal
onsdag 30 september 09.00-10.30**

Med:

Lena Hallengren

Laura Korhonen

Carin Götblad

Mikael Thörn

Karin Sjömillä Fagerholm

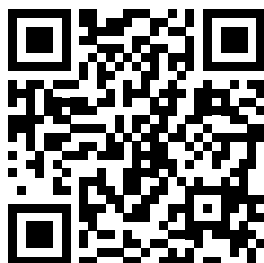
Negin Amirekhtiar

Godfried Van Agthoven

Anna Friberg

Staffan Janson

Moderator: Maria Schillaci



Anmäl dig till eventet och se
livesändningen 30/9 på fb.me/barnafrid

Alla som möter barn ska ha samma kunskap om våld och trauma



Möter du barn i ditt arbete, så innebär det att du även möter våldsutsatta barn. Därför finns **Barnafrids digitala basprogram om våld mot barn**. I detta får du kunskap och verktyg att upptäcka, bemöta och hjälpa utsatta barn.

Vad är Basprogrammet om våld mot barn?

Barnafrid har inom ramen för regeringsuppdraget *Trauma på kartan* tagit fram ett digitalt basprogram som ger yrkesverksamma som möter barn kunskap att hjälpa utsatta barn.

Programmet är baserat på forskning och beprövad erfarenhet och uppbyggt så att det kan användas brett för olika yrkesgrupper, från nybörjare till experter. Det kan också användas som en del av olika grund- och vidareutbildningar.

Varför ska man gå Barnafrids digitala basprogram?

- Basprogrammet ger kunskap och verktyg för att upptäcka, bemöta och hjälpa barn.
- Basprogrammet lär ut tryggt och kunnigt bemötande av barn som utsatts för våld och andra övergrepp.
- Basprogrammet ger alla som arbetar med barn, eller föräldrar, en gemensam kunskapsbas baserad på forskning och beprövad erfarenhet.

Vad täcker Basprogrammet?

Utbildningen ger tips på fördjupningsmaterial och lotsar även användaren vidare till kunskap, riktlinjer och rekommendationer som svenska myndigheter har tagit fram. Alla deltagare får ett diplom efter avslutad kurs. Deltagarna kan även återkomma till kursen för att fördjupa sina kunskaper.

Programmet

- tar ca tre timmar att genomföra
- är tecken- och syntolkat
- kan genomföras individuellt eller i grupp
- kan genomföras i ett svep eller delas upp efter tidsmässiga förutsättningar
- är kostnadsfritt

Utbildningen består av sju kapitel som ger kunskap om

- förekomsten av våld mot barn i Sverige
- risk- och skyddsfaktorer för våldsutsatthet
- olika typer av våld såsom fysiskt och psykiskt våld, försummelse
- sexuella övergrepp och hedersrelaterat våld och förtryck.
- våldsutsatthet bland barn på flykt
- lagstiftning
- hur våld kan upptäckas och vad man ska göra



Anmäl dig på
barnafrid.se/basprogram

Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri (SFFP) och
Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) inbjuder till seminarium med titeln

Medvetandet – i filosofi och i psykiatrisk/psykologisk praxis

Var? IRL: Hörsalen/Sevenbomsalen, Stadsmuseet, Ryssgården, Stockholm. Ingång via huvudentrén.
Virtuellt: Via Zoom. Museet är onsdagar öppet 12.00 – 18.00. <https://stadsmuseet.stockholm.se/>
När? Kl 13.00 – 17.00, onsdag 14 oktober 2020 (flyttat från 22 april)

Anmälan görs via e-mail till Jerker Hanson: jerker.hanson@telia.com.

Kostnad för seminariet är 300 kr. Betalas helst samtidigt med anmälan till konto 4155 02 39879 eller via Swish till 076 345 7911, ev. kontant i dörren. Den som önskar delta via Zoom kommer att få instruktioner och en digital länk skickad till sin e-post den 13/10, och behöver vara beredd att ansluta i god tid före start helst redan 12.30.

Program:

13.00 Inledande ord. *Alexander Wilczek*
13.10 Medvetandet och frågan om dess kausala effektivitet. *Pär Sundström*
13.50 Innebörden av det omedvetna, från Freud till Lacan. *Per Magnus Johansson*
14.20 Kaffe
14.50 Är medvetandet överflödigt för uppkomsten av fysiska symptom? *Karin Jensen*
15.20 Arm- och bensträckare. *Jill Taube*
15.30 Vårt medvetande om den egna kroppen. Psykiatriska och filosofiska perspektiv. *Helge Malmgren*
16.00 Ämne och föreläsare ej bestämda

Alla föredrag följs av 10 minuters diskussion.

16.30–17.00 Slutdiskussion och sammanfattning. *Alexander Wilczek*

Medverkande:

Karin Jensen, docent, forskare i klinisk neurovetenskap, KI, Stockholm
Per Magnus Johansson, docent, forskare i idéhistoria, psykolog, psykoanalytiker, Göteborg
Helge Malmgren, emeritus professor i filosofi, läkare, Göteborg
Pär Sundström, professor i filosofi, Umeå
Jill Taube, psykiater, dansinstruktör, Stockholm
Alexander Wilczek, med dr KI, psykiater, psykoanalytiker, Stockholm



Rubbade cirklar

"Rubba inte mina cirklar" lär vara matematikern Archimedes sista ord innan han dödades av en snarstucken romersk militär. Jag tror att han menade det bokstavligt, men för oss andra behöver det inte vara lika geometriskt. En cirkel kan också vara ett sammanhang.

När jag randade mig på BUP som ST-läkare i en av Sveriges fem rikaste kommuner slogs jag av att i stort sett samtliga barn som kom till mottagningen hade ett sammanhang. Varanda ung patient som kom innanför mottagningens tröskel hade en anhörig som på något sätt engagerade sig i deras öde. Jag kom då att undra var de barn och ungdomar som saknade ett sammanhang stod att finna. Senare när jag gick jourer på BUP-akuten mötte jag betydligt fler barn och ungdomar som var utelämnade åt sitt eget öde. Visst kunde det vara så att patienterna på BUP-akuten var sjukare än patienterna på BUP-mottagningen, men den stora vattendelaren mellan de två verksamheterna var social svikt. Till akuten kom ett stort antal ungdomar som inte bars upp av sina anhöriga.

För dem som är under vårdnad, barn och ungdomar, blir svikt i den sociala hjälpstrukturen ytterst påtaglig. Hos den vuxne patienten kan påverkan vara mer diskret och beroende av i hur hög utsträckning man kan stå på egna ben. Sedan är det också en fråga om hur väl man kan anpassa sig till att cirkelarna rubbas. För psykospatienten är behovet av hjälp i typfallet nära barnets eller den unge vuxnes. Anhöriga kan vara ovärderliga för patientens vård. Som med så mycket annat märker man värdet av något när det inte längre finns där. Så när den psykosjuke patientens engagerade moder dör eller av någon annan anledning inte kan hjälpa patienten längre kan konsekvenserna bli förödande. En obruten svit av otadlig öppenvård kan brytas och ersättas av tröstlösa serier av slutenvård. Inom allmänpsykiatri är det sociala sammanhangets roll mer subtilt. Behovet av omsorg är i regel mindre än för den psykosjuke. En del välfungerande patienter finner sig tillrätta med det mesta och klarar sig med enbart medicinska insatser. Andra skulle precis som i psykosvården behöva en case manager.

Jag har funderat lite extra på de sociala cirkelarnas roll under covid-19-pandemin. När jag ryckte in och arbetade som

överläkare på en psykiatrisk vårdavdelning i somras var pandemin ett genomgående tema. Någon patient var självmordsnära för att hon misströstade över att hon aldrig skulle bli fri från sina långdragna covid-symtom. Långt fler patienter var dock anfäktade av de sekundära konsekvenserna av pandemin. Cirka hälften av inläggningarna hade föranletts av de sociala begränsningarna som följt av pandemin. En del patienter tillhörde riskgrupp, vilket medförde att barn och barnbarn inte längre kom och hälsade på. Andra tvingades arbeta hemifrån eller ännu värre, fick inte arbeta alls. Patienterna led av att de under en längre tid tvingats avstå de goda vanor och umgängen som tidigare hade hållit dem på banan. Några av patienterna hade inte träffat sina behandlare på länge, för att behandlarna varit sjuka eller för att de velat minska antalet besök när smittspridningen var som värst. Patienterna var inte nya i psykiatri, men flera av dem hade fungerat relativt väl under en längre tid och sedan sviktat i samband med den sociala depriveringen.

I öppenvården slår pandemin olika. En del patienter finner sig väl tillrätta med den nya socialt distanserade tillvaron. Det gäller särskilt personer som tycker att alltför mycket social samvaro kan vara stressande och folk som uppskattar avskildheten. Somliga får mer gjort när de arbetar hemifrån. Hur pandemin än slår så kan jag se att virusvågen kan följas av en psykiatrisk efterdyning, eller rent av en andra våg. Vår kollega Danuta Wasserman var tidig med att poängtera att rekommendationen under pandemin bör vara att hålla fysisk distans och inte social distans. Detta förordas nu också av WHO. Hur vi än påverkas av pandemin får vi ta hand om varandra och värna våra relationer. Vi får fylla i konturerna av våra rubbade cirklar och i värsta fall rita nya i livets sand.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm



Åtskilda...

Åtskilda och ensamma är vi,
rör ej och sätt dig ej bredvid!
Och ensamheten bara växer,
och rädslorna om vår framtid!
Osynlig kram, omfamning skickar!
Kyss virtuell och så drömlig!
Mitt barn! Min vän! Framåt vi blickar!
Grips bara inte av panik!

Coronamelodi

Slipper floskler och klyscha
i coronatider.
Vi behöver vår rutin!
Utan den vi lider.
Vi behöver vår tristess.
Gnälla. Kлага. Kvida.
Vi behöver även stress!
Tro mig eller inte.
Kom tillbaka gamla liv
i tristessens tecken!
Jag vill vara nu aktiv
i den gamla leken.

Lioudmila Mendoza
*Psykiater
Södertälje*



Jag stannade kvar i Auschwitz En läkares vittnesmål

Eddy de Wind

Natur & Kultur, 2020

Det krävs vissa särskilda saker för att överleva livshotande situationer. Personen som lever under hot måste ha fysiska förutsättningar att utstå omständigheterna och behöver dessutom hantera sina känslor på ett sådant sätt att den inte drabbas av apati eller panik eller på något annat sätt tappar självkontrollen. Dessutom krävs att personen har tur och inte befinner sig på fel plats vid fel tillfälle. Slumpmässiga händelser kan ligga bakom det som händer, om en person överlever eller dör. Det gäller vid trafikolyckor såväl som i krig, för soldater såväl som för civila. Omständigheter där dödsshotet är normen, som i koncentrationsläger eller till exempel i samband med en akut svältkatastrof, påverkar människorna som befinner sig där på de mest olika sätt. Psykisk traumatisering kommer inte drabba alla som varit utsatta för den här sortens livsfara, även om man kan anta att i stort sett alla blir allvarligt skadade på ett eller annat sätt. I stora material brukar man säga att kanske en fjärdedel av dem som utsatts för stora trauman kommer att utveckla det vi kallar PTSD. Alla kommer vara sargade men inte alla kommer ha blivit påverkade så att känslan av utsatthet och slump leder till bestående förändring av hela personligheten.

En judisk nederländsk läkare, Eddy de Wind, internerades 1943 i Auschwitz. Han befann sig i lägret ända till krigsslutet, och kom direkt efter kriget också att vara kvar som sjukvårdare åt sårade sovjetiska soldater. Han antecknade efter att kriget tagit slut berättelsen om sina erfarenheter från internering i ett ghetto i Holland till Auschwitz. Efter kriget kom de Wind att arbeta som psykoanalytiker i Holland. En inte försumbar andel av hans patienter hade liksom han själv överlevt förintelselägren och sökte behandling för de smärtsamma och skrämmande minnen som plågade dem.

Boken om hans tid i Auschwitz har i år getts ut på svenska *Jag stannade kvar i Auschwitz*. Som ett appendix finns också en artikel, "Ställd inför döden", som 1949 publicerades i en nederländsk tidskrift för psykiatri, neurologi och neurokirurgi. Han systematiserar där de erfarenheter han mött hos sina patienter, och lämnar ett viktigt bidrag till den framväxande traumat teorin. En viktig insikt som han förmedlar, handlar om att balansen mellan överlevnadsinstinkt och uppgivenhet i situationer som koncentrationslägrets skiljer sig från den som påverkar de flesta andra sammanhang. "*Sammanfattningsvis vill jag alltså hävda att en letargisk fånge som fullkomligt genomsyras av dödsprincipen mycket riktigt dukar under för den, men att detsamma även gäller den som mobiliserar all sin självbevaringsdrift mot lägret.*"

Denna iakttagelse sträcker sig från förintelselägren till de flesta trauman. De flyktingar jag mött efter att de kommit till Sverige 2015 har ibland beskrivit hur de funnit det bäst att inte kämpa med alla till buds stående medel för att ta sig ur svåra situationer, utan istället med en sorts resignation accepterat att de kanske i ett visst läge stått inför döden, men att de trots detta gjort saker som gynnat livet. Exempelvis kan jag nämna en pojke som i den överfulla båten från Tripoli till Italien upptäckte att båten läckte. Han berättade om skrällen och även om vissheten att han skulle äventyra

såväl sitt eget som alla andras liv om han nämnde läckan för sina medpassagerare, eftersom han utgick från att det skulle leda till panik. Istället tog han av sig sin jacka, knölade ihop den och la den på durken direkt över läckan och stod sedan som en tyngd på jackan under hela resan. Han säger att han då hade gett upp och ändå gjorde det han trodde var det rätta.

de Winds bok beskriver många aspekter av nazisternas politik och mordmaskineri. Den innehåller också exempel på hur människor i det längsta försöker undvika att tro att det värsta kan hända, men också hur ett liv i ett koncentrationsläger förflickade personernas känslor och omdömen. Detta samtidigt som hans berättelse också har helt "vanliga" inslag. Vid deporteringen var inte bara han med utan också hans hustru. Båda överlevde Mengeles selektering, han kom till sjukvårdsbaracken medan hon fördes till ett område där lägerfångarna utsattes för medicinska experiment. de Winds vardagliga prosa låter oss följa med när han och andra från sjukvårdsenheten besöker baracken där hans fru befinner sig, och hur de stjal minuter där de kan vara ifred tillsammans som det unga förälskade par som de ändå var. Kollisionen mellan beskrivningen av plågsam hunger, reflektioner om att någon viss person nog skulle vara redo för gaskammaren på grund av dess sjukdom och de mer vanliga inslagen i det liv som levdes i lägret gör boken intressant att läsa. Den är skriven i nära anslutning till hans tillvaro ställd inför döden och dess brist på sentimentalitet är en stor styrka.

Jag nämnde att en "god slump" ofta krävdes för överlevnad. Det kan vara värt att berätta om min far, som deporterades från den polska staden Lodz till Auschwitz någon gång på hösten 1944. Han berättade att männen i hans barack ganska tidigt efter att de kommit till förintelselägret fick frågan om någon var motorkunnig. Den här typen av frågor kunde antingen ställas för att man behövde en viss typ av arbetskraft, eller så var frågan ställd för att välja ut vilka som just i det ögonblicket skulle föras till gaskammaren. Min pappa talade inte mycket om den situationen men lät förstå att det var bättre att göra något än att inte göra något alls, oavsett utfallet. I hans fall så kom steget fram att leda till att han tillsammans med andra så småningom fördes vidare till en motorfabrik i östra Tyskland. Han var slavarbetare där fram till krigets slut. När jag var vuxen förstod jag att den fabrik han varit på hade bidragit till att han inte gillade att åka buss i Stockholm under min uppväxt. Det visade sig att han hamnat som slav på Büssingwerken, samma företag som under sextioalet tillverkat bussarna till Stockholms lokaltrafik.

Effekten av ett trauma visar sig på de mest oväntade ställen.

Daniel Frydman

Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Förr och nu

Psykoterapi var en gång i tiden baserad på öga-mot-ögasamtal i realtid utan insyn mellan två parter. Mycket har hänt sedan dess. Insyn kom genom envägsspeglar och video. Öga-mot-ögamöten kompletterades med videosamtal och realtiden med dokument över nätet.

Självhjälplitteraturen har en växande marknad. Framför allt inom KBT utarbetades korttidsterapimoduler där patienten själv arbetade och redovisade hemuppgifter till exempel med exponering och "mailstöd" av terapeuten. Terapeutens roll blev mer begränsad, närvaro IRL blev i det närmaste eliminerat och det hemmabaserade arbetsmaterialet allt mer genomarbetat, sofistikerat och betydelsefullt. Virtual reality blir bas för exponering i terapirummet. Samtidigt har den manualiserade psykoterapi blivit allt snävare inriktad mot enskilda symtom och diagnoser. Unified protocol innebär ett annat upplägg – utveckling av en väl forskningsunderbyggd manualiserad modell som i stället vidgar tillämpbarheten till en bredare grupp av symtom och diagnoser, som kan inkludera metodik och teknik utöver KBT.

"Självhjälp" för barn

I *Unified protocol för barn. Transdiagnostisk psykologisk behandling* presenterar Jill Ehrenreich-May tillsammans med fyra amerikanska forskare en självhjälpsbok för barn i åldrarna sju till 12 år, som är rädda, har ångest, är nedstämda eller får utbrott.

Upplägg

Grundförutsättningarna för behandlingen beskrivs i en terapeutmanual som finns tillgänglig på nätet. I den betonas att individer med känslomässiga problem använder olika strategier för att reglera sina känslor – som att försöka undvika eller dämpa intensiteten i de obehagliga känslorna – vilket i slutändan slår tillbaka och i stället vidmakthåller symtomen. Enligt Arbetsboken bedrivs behandlingen som ett teamarbete med barnen i centrum, stödda av föräldrar, individual- och grupptherapeuter. Den inleds med ett psykoeducativt avsnitt i vilket föräldrarnas roll i behandlingen preciseras. Därpå följer en beskrivning av hela behandlingsprocessen steg för steg, ett riktat till barnet samt en beskrivning till föräldrarna som ska läsas parallellt. Meningen är att barnen i så stor utsträckning som möjligt ska använda arbetsboken självständigt, ha ett utforskande förhållningssätt, göra olika typer av observationer och beteendeeexperiment utifrån förslag i boken, stödda av sitt team. Det kognitiva språnget från sju till tolv är dock avsevärt och de vuxna måste presentera innehållet för de yngre barnen. Teckningar, formulär, figurer och arbetsblad stöder processen i dialog med övriga i teamet.



Känslodetektiverna leder processen

"Känsla" definieras i arbetsboken som tanke/handling/kroppssensation och behandlingen inleds med att barnen presenteras för fyra "känslodetektiver", barnfigurer som lär ut olika sätt att få syn på sig själv i vardagen vad gäller tankar, kroppsliga ledtrådar och beteenden. Dessa känslodetektiver lär sedan ut "tankefällor" utifrån egna erfarenheter: Tankeläsande Tora tror att hon vet vad andra tänker, Oroliga Olle drar förhastade slutsatser, Katastrof Kalle tyder allt till det värsta och Negativa Nina kan bara se det negativa. Barnen får lära sig "tvärt om"-beteende, till exempel att göra något som brukar vara roligt även om de är nedstämda. Träning på kroppsscanning, medveten närvaro tillsammans med terapeuten som också stöder erfarenheten att svåra känslor går över om man står ut med dem. Barnen får i förväg skatta svårighetsgrad på utmanande uppgifter och efteråt jämföra utfallet. De lär sig också att skilja hantering av svåra situationer som dyker upp plötsligt från för-

Unified protocol för barn Diagnosöverskridande psykologisk behandling. Arbetsbok

Jill Ehrenreich-May, Sarah M. Kennedy,
Jamie A. Sherman, Emily L. Bilek,
David H. Barlow

Natur & Kultur, 2020



Foto: Shutterstock/vetre

utsägbara svårigheter där det finns utrymme för att alternativa förhållningssätt kan provas och utvärderas. I slutfasen av behandlingen får barnen i samarbete med föräldrar och terapeuter ta sig experiment med allt svårare exponering inom deras symtomområden.

Föräldrarnas roll

I föräldrablocket som matchar barnens process genom de olika faserna i behandlingen ger arbetsboken ledning beträffande hur de på bästa sätt ska stödja sitt barn i olika avseenden, till exempel vad gäller uppgifter där föräldrarna tror att barnet kan genomföra uppgiften men barnet själv tvekar. Användningen av belöningar diskuteras. I praktiken måste föräldrarna i många avseenden själva gå igenom samma process vad gäller att hantera sina känslor och beteenden som deras barn. Ett antal exempel på känslostyrda föräldrabeteenden som behöver hanteras är överbeskydd, inkonsekvens, nedvärderande kritik,

undvikande och att visa överdrivet starka känslor. Inte minst utmanande är fokus på modellinläring, då föräldrarna måste lära sig att bete sig på samma sätt vad gäller känslouttryck som de önskar sig av sina barn.

Avancerad psykoteknologi

Arbetsboken är ett respektingivande psykologiskt ingenjörssbygge, genomtänkt och genomarbetat i detalj, teoritroget, utvecklingsorienterat, stödjande med matchande layout. Mängden av uppslag kring hur man kan närma sig såväl barn som föräldrar när det gäller att underlätta utveckling av konstruktiva sätt att reglera affekter, gör att varje behandlare oavsett teoretisk referensram kan finna användbara uppslag.

Några reflektioner

Föräldrarnas insats är helt avgörande. De ska ju stå för energin då barnets motivation sviktar. Föräldrarna ses i Arbetsboken som en homogen enhet och antas underförstått i stort sett vara helt överens i alla avseenden om hur barnet ska bemötas. Att ett barns beteende skulle kunna skapa konflikt mellan föräldrar berörs inte, inte heller att dessa skulle kunna ha egna konflikter. Föräldrarnas betydelse som rollmodeller betonas vilket kan vara komplicerat. Rekommendationen "när ni känner er frustrerade över eller kritiska till ert barn, använd då det motsatta föräldrabeteendet 'uttryck empati' och meddela barnet att ni förstår", skulle i "min värld" lätt kunna leda till ett dubbelt budskap vilket inte är så klädsamt för en rollmodell. Man kan som läsare också behöva påminna sig att bokens fokus är inriktat på "problembeteenden" och att familjerna förhoppningsvis också har fria sektorer präglade av lekfullhet, spontanitet, vardagskonfrontationer och tecken på mellanmänniskliga "ofullkomligheter".

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



**Unified protocol för ungdomar
Diagnosöverskridande psykologisk
behandling. Arbetsbok**
Jill Ehrenreich-May, Sarah M. Kennedy,
Jamie A. Sherman, Emily L. Bilek,
David H. Barlow

Natur & Kultur, 2020

Bakom denna bok står samma forskargrupp som i Arbetsbok för barn. Målgruppen är ungdomar, tretton år och uppåt, vilka plågas av ångest, nedstämdhet, retlighet, ilska eller rädsla. Föräldrarna informeras kortfattat om programmet, dels deras roll i processen samt presenteras för några kliniska vinjetter som illustrerar ovanstående problematik, dels något om behandlingsprocessen samt behandlingsresultat. Även om föräldrarnas roll i terapiprocessen är viktig finns de, naturligt nog, betydligt mer i bakgrunden än i barnboken. Gruppterapi ingår inte i konceptet. Grundupplägget i terapin förefaller vara det traditionella: pedagogiska resonemang och övningar i terapisessionen, genomgång av hemuppgifter: erfarenheter, skattningar, registreringar, validering av arbetet samt samplanering av nästa moment. Figurer, grafer, formulär och skattningsskalor används för dokumentation och strukturerings.

Steg för steg

Första kapitlet handlar om att i samarbete med terapeuten bygga upp motivationen och tillsammans med föräldrarna försöka enas om de tre viktigaste problem som ska stå i fokus för behandlingen. Föräldrarnas specificerade insatser omfattar specifikt beröm, att föreslå tonåringen ord för pågående känslor, uppmuntra självständighet och belönande av icke-undvikande beteende.

Andra kapitlet handlar om självobservation, att lära sig urskilja tankar/kroppsliga ledtrådar/beteenden som komponenter av känsla samt egna tendenser att undvika plågsamma känslor och förstå vad som triggar dem. Där på följer ett par avsnitt om experiment kring sambandet mellan känslor och beteende samt prova hur det är att handla mot sin känsla – ”tvärt om”. Provokation av kroppsliga ”ledtrådar” genom fysiska övningar ska visa att obehagliga kroppsförnimmelser är ofarliga och går över. Kroppsscanning utvecklar kroppskännedom.

I det femte kapitlet får tonåringen bekanta sig med den kognitiva psykoterapins kardinalbegrepp ”realistiska tankemönster” baserat på automatiskt, känslomässigt styrt tänkande. De får lära sig att bedriva detektivarbete för att kartlägga dessa mönster, samla bevis för olika alternativ, utveckla dessa samt prova och utvärdera konstruktiva problemlösningsmetoder. Genom mindfulness och sekvensen ”lägga märke till, säga något om

och uppleva”, stärker tonåringen sin medvetenhet om sina känslor, hur de påverkar val.

Målet att bli mer accepterande och icke dömande av sig själv och andra fokuseras på i kapitel sex.

I det sjunde kapitlet tydliggörs undvikandets psykologiska dynamik. Terapeut och tonåring planerar hur symtomen stegvis ska kunna konfronteras baserat på de färdigheter för konstruktiv exponering som systematiskt byggts upp genom det tidigare terapeutiska arbetet. Större utrymme för förankring av motivationen i värderingar och framtidsplaner finns för tonåringarna än för barnen. Frågor om föräldrastöd, belöningar och föräldrarnas roll i fortsatt terapi tas upp i detta avsnitt.

I det sista kapitlet görs en utvärderande återblick på hela terapiprocessen som den är dokumenterad. Framgången firas och arbetsinsats poängteras. Möjligheten att återvända till sin arbetsbok på egen hand när problem uppstår framhålls också.

Gediget arbete

Arbetsboken för ungdomar har samma kvaliteter som barnboken. Terapiformen ställer stora krav på självständig samarbetsvilja och motivation hos ungdomarna och fordrar både uthållighet och god förmåga till självakttagande och självreflektion. Kanske passar metoden den grupp ungdomar vars problematik ligger i fältet mellan psykisk ohälsa och psykiatrisk störning inom kärnfamiljer med låg intrafamiljär konfliktnivå.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Hundens kärlek

Clive Wynne

Natur & Kultur, 2020

Vad gör hundar speciella?

Det går nog inte riktigt att svara på.

Men att de älskar dig som sin matte och husse kan du vara säker på.

Det vet de flesta hundägare.

I boken *Hundens kärlek* visar författaren att hundar har en unik känslomässig förmåga att knyta an till människor. Med flera exempel och experiment kommer det till uttryck på olika kärleksfulla sätt i boken. Clive Wynnes spännande forskning tar oss med på ett inspirerande äventyr, och får oss att förundras över hundens gränslösa tillgivenhet till oss människor.

Författaren är professor i djurpsykologi vid Arizona State University, USA, specialiserad på relationen mellan hund och människa.

Han ger oss en generös inblick i vad den senaste vetenskapen säger om hundens sanna natur. På ett lättsamt och personligt sätt bjuder Clive in läsaren att lära sig tyda att hunden "har starka känslomässiga förbindelser med folk, att vi betyder något för dem på ett djupare plan än vad flertalet forskare och experter helst vill tillstå." Men, enligt författaren, bör man också vara försiktig med uttolkningen av vad folk säger att deras hundar klarar av, tänker, känner och tycker eftersom varje hundägares kärlek till sin hund lätt fördunklar hens omdöme och minnesbilder av sin kära lilla fyrbenta vän – hunden.

Med nya psykologiska rön, hjärnforskning och genetik, samt egna hundberättelser med Benji och Xephos, bekräftar författaren vad varje hundägare redan vet: Hundar har en exceptionell förmåga att knyta emotionella band.

"En viftande svans, blicken fäst vid ditt ansikte och kanske en slick med tungan. Varje gång du kommer tillbaka till din hund är den översvallande glad, den älskar dig helt enkelt passionerat." Någon som känner igen sig?! Tänkte väl det.

Forskning har också visat att hundar är hjälpsamma när människor i omgivningen hamnar i nöd. Som med all träning med hundar är det även här viktigt att veta att problemet som ska lösas är enkelt nog för att hunden ska förstå det med hjälp av ett beteende som den lätt faller in i. Hundar tycker om att veta hur man gör. Om och när de vet det bryr de sig tillräckligt mycket om oss för att komma till vår hjälp.

Viktigast av allt är dock att, som i alla relationer, veta hur du som hundägare kan besvara för att bevara din hunds kärlek. I Clive Wynnes *hunderbara* bok om *Hundens kärlek* får du tips om det.

Thomas Silfving

Psykolog, psykoterapeut, författare
Lidingö

Hundägare till tvååriga maltesen Malte



Orkidéer och maskrosbarn Hur alla barn kan blomstra W. Thomas Boyce

Volante, 2019

Barn växer liksom vår kunskap om dem

Barn är ofta inte lätta att förstå sig på, egna och andras. Vi har att tillgå samtidens kunskap, vår subkulturs uppfattningar och våra egna erfarenheter, varav somliga är formulerbara, andra sitter "i kroppen". Men vår generations uppväxtomständigheter skiljer sig från de nuvarande, vilket sätter gränser för vår förmåga att förstå den yngre generationen. Synen på barn har utvecklats från "små outvecklade vuxna" mot att bli "personer" som i sin egen rätt ska bemötas i enlighet med FN:s Barnrättskonvention.

Om blommor, barn och jordmån

Den amerikanske barnläkaren, psykiatrikern och forskaren Thomas Boyce, tycker sig ha funnit en facett av kunskap som breddar basen för vår förståelse av barn. I boken *Orkidéer och maskrosbarn*. Hur alla barn kan blomstra granskar han en av våra grundläggande föreställningar om hur barns förutsättningar och miljöns beskaffenhet växelverkar i barns utveckling. Utgångspunkten är två normalfördelningar. En handlar om variation i barns motståndskraft mot livets påfrestningar, den andra i variationen i dessa påfrestningar i sig. Ändpunkterna i den första fördelningen är känslighet (orkidébarn) respektive "robusthet" (maskrosbarn). Ändpunkterna i den andra fördelningen är trygg/stabil respektive kaotisk/traumatisk uppväxtmiljö.

Författarens erfarenhet

Författaren beskriver hur han genom egna erfarenheter och systematisk forskning kommit att problematisera denna indelning. Det handlar framför allt om de känsliga barnens, orkidébarnens, reaktioner. Det är väl belagt att dessa får illa och utvecklar psykiska symtom i olika avseenden i proportion till det antal riskfaktorer som de utsatts för. Känslighet har här blivit

sårbarhet. Konsekvensen för de känsliga barn som växer upp under positiva förutsättningar har man föreställt sig framför allt inneburit att dessa förutsättningar i enlighet med stress/sårbarhetsmodellen skyddat barnen från symtom.

Men författaren finner att den positiva miljön leder till att dessa barn inte bara slipper symtom utan att de utifrån sin sensibla mottaglighet inför tillvarons möjligheter tenderar att utvecklas på ett exceptionellt positivt sätt vad gäller kapacitet, uppföringsriktighet och allmän kreativitet. Dessa barns känslighet har tidigare tenderat att vara problematisk därför att den i sig är en riskfaktor, vilket i sig är sant, men att den också, rätt bemött, utgör en belagd framgångsfaktor har tidigare inte tydliggjorts.

En resa med många bottnar

Det är dock inte huvudsakligen detta forskningsfynd som gör denna bok läsvärd. Läsaren får följa författaren i hans yrkesliv beträffande hur forskningen kring orkidé- och maskrosbarn steg för steg växer fram genom komplexa och sinnrika metodologiska upplägg och hur författarens tillhörighet till skilda forskningsmiljöer ter sig över åren. En ordlista och fylliga fotnoter stöder denna mer teoretiska del av boken. Skildringen av dessa är livfull och detaljrik inte minst vad gäller personschildringar av kompetenta kollegor och deras insatser över decennierna. Starkast intryck gör dock författarens beskrivning av hur forskningstemat och dess penetration visar sig vara djupt inflett i författarens egen livshistoria. Han beskriver sig själv som en "maskros". Parentetiskt kan nämnas att hans maskrosbegrepp inte är detsamma som vårt. För oss syftar begreppet på ett barn som växer upp och skapar sig ett meningsfullt liv trots socio-ekonomisk misär och destruktiva familjeförhållanden, medan författaren syftar på barn vars utveckling är allmänt hårdig mot tillvarons påfrestningar, lite "okänsliga" i positiv



mening. Författaren beskriver sig själv som tillhörig denna senare sort.

Åter till familjen

I början av boken skildrar han sin familj som "tämigen vanlig" med välmenande allmänt stödjande föräldrar. Han och hans två år yngre lillasyster var djupt fästade vid varandra. Hon var introvert och blyg, men klipsk, skarpsynt och sällsynt kreativ. Instabilitet och omvälvningar i familjen skulle komma att få dessa barn att utvecklas åt olika håll när familjen bröt upp och flyttade. Allting blev då nytt, fadern blev deprimerad och modern var upptagen av familjens tredje nyfödda barn. Förtroligheten i äktenskapet tycktes försvinna. Lillasyster var infektionskänslig som så många andra orkidébarn, fick ledbesvär, blev hemma från skolan. Hon utvecklade alltmer svåra psykiska symtom, ätstörningar och psykotiska föreställningar vilka ledde till psykiatriska och psykoterapeutiska insatser. Trots svårigheterna lyckades hon med stora ansträngningar göra en akademisk karriär och hennes briljans kunde under stundom komma till sin rätt. Till slut orkade hon inte längre utan tog sitt liv. Hennes bror författaren var i princip utsatt för samma påfrestningar men dessa tycktes inte på samma sätt "krypa under skinnet" på honom.

Fördjupade studier

Författaren låter läsaren ta del av uppföljande djupintervjuer med vuxna inom forskningsramen, såväl "orkidéer" som "maskrosor" som vuxit upp under "vanliga" respektive svåra förhållanden. Dessa intervjuer visar hur deras aktuella livssituation har formats av deras uppväxtmiljö och individuella förutsättningar på ett sätt som stöder och exemplifierar författarens forskningsfynd.

Orkidébarnets behov

I slutet av boken återvänder författaren till familjen och ser den mer ur systemens perspektiv. Hennes relation till sin mor var smärtsam då modern inte tycktes förstå sig på sin dotter och hennes behov. När fadern gick in i sin depression blev dottern allt mer "föräldralös" och den känslighet som var grunden för hennes vitalitet och kreativitet kom att utgöra en sårbarhet som gjorde att hennes förmågor inte kom till sin rätt. Detta ledde till onda cirklar beträffande självbild och självkänsla. Författaren vänder sig slutligen i denna gripande och lärorika bok till alla vuxna – föräldrar, lärare, läkare, terapeuter – med en vädjan om tålmodighet och kärlek i umgänget med dessa orkidébarn för att ge dem möjlighet att "blomma" i nivå med sina förutsättningar, inte bara för deras skull utan för allas.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



När det hälsosamma blir ohälsosamt Hjälp när tankar om kropp, mat och ätande tagit över ditt liv

Evelina Linder och
Erika Nyman Carlsson

Natur & Kultur 2019

Att bryta en vana

Vårt vardagsliv bygger i hög grad på våra vanor – mer än vi är medvetna om eftersom en av poängerna med vanan är att slippa tänka utan kunna handla automatiskt. Vanor är vanligen funktionella och en frukt av positiv erfarenhet vilket gör att de bibehålls. Men utvecklingen går vidare, förhållanden ändras och även vanor måste modifieras vilket ibland också sker automatiskt. Ibland blir vi dock medvetna om att vi har vanor som inte tycks funktionella och som behöver ändras. Ibland går det lätt, ibland inte. Nyårsloftet, där förändring av vanor ofta ställs på prov, har ofta en koppling till hälsan. "I år ska jag sluta röka, sluta dricka, röra mera på mig, sluta vara uppe på nätterna, sluta äta skräpmat, banta några kilo". Graden av framgång förtydligas efter hand! Vanor kan ha djupa rötter i fysiologiskt och psykologiskt beroende. Det senare hänger ofta ihop med glappet mellan hur man faktiskt ser på sig själv respektive den ideala självbilden och på glappet mellan dessa föreställningar och hur andra tycks se på en och hur man önskar att de skulle se på en.

Kapad av en försåtlig problematik

I sin självhjälpsbok *När det hälsosamma blir ohälsosamt. Hjälp när tankar om kropp, mat och ätande tagit över ditt liv* tar Evelina Linder och Erika Nyman Carlsson utifrån sina psykologiska, psykoterapeutiska och psykosociala erfarenheter upp denna problematik ur ett KBT-perspektiv. Boken vänder sig framför allt till personer med ett självdestruktivt beteende kring vissa "mekanismer", självvärdering, diet, kroppsmisnöje, träning, svält, hetsätning, självrensning och "tjockkänsla". Dessa beteenden kan invadera skola, arbete, fritid och vän- och familjerelationer, men symtombelastningen är inte tillräcklig för en psykiatrisk ätstörningsdiagnos – typ bulimi, anorexi. Dock krävs villighet att lägga ner avsevärd tid och arbete på att själv eller tillsammans med en stödperson arbeta med ett seriöst självhjälpsprogram. Författarna vänder sig också till anhöriga. Även om ät/vikt/kroppssymptomatologin inte har den klassiska beroendeproblematikens initialt tydliga belönings- och "kick"-karaktär tycks anhöriga av och till kunna bli indragna i dynamiken som medberoende. Därför kan deras förtrogenhet med de skilda mekanismerna och dessas samspel i problematiken vara betydelsefull.

Bakomliggande mekanismer

Problemfältet i sin helhet innebär att vara fångad i en vardagsstruktur med "vanor" som upprätthålls med rigorös kontroll kopplade till ett starkt affekt/ångestpåslag om de utmanas eller bryts. Problematiken upprätthålls av ett antal mekanismer, dynamiska processer, som griper in i varandra och som måste konfronteras. Grundbulten tycks vara Självvärderingen. Hur ser jag på mig själv och hur beroende är jag av hur andra ser på mig? Styr jag av rimliga ideal? Är mina beteenden förenliga med mina mål och hur jag vill leva mitt liv? Andra mekanismer handlar om problematisk hantering av diet, träning, vikt, hetsätning, självrensning (kräkning, laxering), reglering av "tjockkänsla" och andra svåruthärdliga ångestväckande känslor. En av nyckelmekanismerna att ta itu med är undervikt baserad på svält, då längre svält påverkar prefrontallobens kognitiva funktioner. Kognitiv svikt underminerar förmågan att kunna tillgodogöra sig ett omfattande självhjälpsmaterial.

Utvecklingsprocesser

Kardinalinterventionen i självhjälpsinsatsen är exponering i meningen att utsätta sig för de känslor som väcks då man vågar låta bli att göra just det som man själv faktiskt upplever, eller blivit övertygad om. är uppenbart skadligt – bryta vanor baserade på destruktiv kontroll rörande kropp, mat, vikt och träning. De plågsamma känslor som aktiveras är ofta kopplade till farhågor relaterade till Självvärderingen. Det kan vara mycket svårt och ångestväckande både att jämföra sig och sin kropp med andras och att äta bli! Förföriska inre röster urholkar beslutsamheten. En ledstjärna för självhjälpsarbetet är de grundläggande mål och värden med livet som man får formulera (ska finnas skrivna på en lapp helst i plånboken/mobilen). Har man vunnit första slaget – att stå över ett träningspass, eller äta lite mer till lunch – eller mindre – så lurar fienden i bakhåll! Frestelsen att hålla stånd mot suget att kompensera genom att köra ett dubbelt träningspass eller äta lite mer – eller lite mindre – till middagen. Ångesten att utmana vanan kan vara stark så det är ofta klokt att på förhand ha bestämt vad man ska göra istället för att avleda ångesten, att ersätta en dysfunktionell vana med ett beteende med en positivt värderad inriktning. Det kan handla om att sätta på en viss musik istället för att väga sig, ta en promenad, kanske ringa någon man vill värna om eller stödja. Hur länge ska man exponera sig – i princip tills utmaningen



Overklighetskänslor Om depersonalisationssyndrom

Anna Strid
Gothia Fortbildning AB, 2020

inte längre väcker de känslor och tankar som man värjer sig emot.

Genomförandet

Självhjälpsarbetet är indelat i sex steg som i detalj leds av författarna med fast hand från moment till moment. Varje mekanism definieras, kartläggs och skattas. En stödjande psykoedukation utformas och en plan för hur mekanismen ska hanteras utarbetas och skrivs ner. Dessutom preciseras hur, när och var planen ska sättas i verket. Svårigheterna att genomföra den granskas. Varje försök, lyckat eller mindre lyckat, undersöks. Utebliven framgång är till för att lära sig av och fokus ligger på det som lyckats. Genom detaljerade anvisningar bygger författarna upp en finmaskig hållandestruktur som blir ett stöd och en plattform för reflektion och omprövning för den som tar sig an programmet. Hur ser katastrofscenariot, den värsta farhågan ut om vikten ökar några kilo? Vad är omgivningens troligaste reaktioner? I botten finns skräcken att förlora kontrollen som hela tiden måste stärkas och tenderar att bli allt mer rigid. I behandlingsprocessen vänds kontrollen mot det destruktiva kontrollerandet. Kontrollera att åttandet är minimalt vänds till kontroll att planen fullföljs: hur mycket, på vilka tider, vilken sammansättning. Kontroll att man håller sig till den enligt manualen uppgjorda planen blir riktlinjen istället för kontroll av känslor genom avvärjande och flykt.

Att utmana

Författarna tycks väl förtrogna med problemområdets omfång och komplexitet. Processförloppet är grundligt genomtänkt, tydligt presenterat och konkretiserat, dels genom skattningsformulär och arbetsblad, dels genom beskrivning av hur fiktiva användare skulle kunnat fylla i dem. De hänvisar också till professionell hjälp när vissa problem tycks svåröverstigligen trots flera försök eller när motivationen tycks svikta trots grava problem till exempel vid grav undervikt. Det kan nog kräva ett starkt hjälpbehov och mycket stöd för att orka fullfölja detta omfattande och detaljrika program. Författarna anger att många blivit hjälpta men någon form av systematisk utvärdering vore ändå önskvärd.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

En mardröm

Förlorad tidsuppfattning, att känna sig helt automatiserad och överklig, avskuren i en bubbla, bortkopplad från sina tankar, en kropp som känns som om den inte är ens egen, som att vara i sin dröm, eller någon annans, sakna känslan av att äga sina egna handlingar och ha förnimmelsen av att ens eget själv är borta – dessutom upplevelser som inte går över. Var och en skulle få ångest eller panik inför att vara fångad i sådana mentala tillstånd.

För lite känt syndrom

Ovanstående upplevelser och föreställningar fångar psykologen Anna Strid in i sin bok *Overklighetskänslor, om depersonalisationssyndrom* bland annat baserad på ett antal fallbeskrivningar samt på egna intervjuer. Förutom fylliga beskrivningar av upplevelser vilka till sin karaktär är svåra att sätta ord på utan ofta fångas i bilder och metaforer, präglas intervjuerna av hur svårt det har varit för dessa patienter att få gehör i vården för lidandet. De kan också finnas en rädsla för att bedömas som galen. Svårigheten tycks bland annat ha varit att de personer författaren beskriver inte betett sig i övrigt avvikande. Deras komplexa symtombilder har insorterats under andra huvuddiagnoser vilka för övrigt inte alltid har kunnat verifieras. Ofta tycks det diagnostiska arbetet ha tagit slut när man konstaterat vad patienten inte lider av.

Svårångat syndrom

Depersonalisationssyndromet, DDD, består dels av olika former av dissociation, dels av derealisation, det vill säga en upplevelse av att känna sig avskuren i förhållande till omgivningen, dels av depersonalisation som innebär en känsla av meningslöshet och främlingskap inför sig själv. Enstaka sådana upplevelser är inte ovanliga till exempel i tonåren men då är de snabbt övergående i motsats till DDD som syndrom vid vilket patienten aldrig riktigt kommer ur tillståndet. Man skiljer på Depersonalisationssymtom, till exempel overklighetskänslor som inte är ovanligt i samband med andra psykiska störningar och Depersonalisationssyndrom som egen kategori (DDD) vilket tyckt drabba en till tre procent av befolkningen. Det rör sig i grunden vare sig om en autismspektrumstörning eller psykos då patientens verklighetsuppfattning i sig är intakt. Kvinnor tycks något mer drabbade än män.



Orsak och samsjuklighet

Depersonalisation ses som en mekanism för att avvärja överväldigande smärtsamma känslor där andra mer adaptiva försvar saknas. Riskfaktorer tycks vara emotionellt våld eller grav försummelse – lågintensiv fara – diskvalifikation av känsloupplevelser under barndomen. Utlösande faktorer kan dels vara cannabisrökning och stark stress, dels panikångest och depression som både kan vara utlösande och en del av symtombilden vid DDD. Panikångest och depression kan i sin egen rätt också vara en separat del av en samsjuklighet som debuterar efter primär DDD. Suicidrisken är förhöjd. Överklighetskänslor är vanliga vid panikångest men avklingar vanligen parallellt med panikångesten. Om så inte är fallet tyder det på DDD. Upplevelsen av ökad ångest behöver inte betyda att DDD-symtomen ökar. För att diagnosen DDD ska kunna ställas måste symtomen i DDD-syndromet ha ett kontinuerligt "självständigt" liv vid sidan av ångest och depression.

Neurologi

DDD förefaller vara väl kartlagt vad gäller neuroanatomi och fysiologi. Ett antal cerebrala centra är involverade. Prefrontala cortex är överaktivt. Insula i hjärnbarken visar låg aktivitet vilket avspeglar låg agens det vill säga upplevelsen av att vara sina upplevelsers och handlingars "herre", vilket försvagar förnimmelserna av ett själv. Aktivering av amygdala kan utlösa "freeze"-reaktioner med parasympatisk aktivering med bortkopplad upplevelse av kropp och känslor. DDD-patienten kan också uppleva stark ångest utan sympatikusaktivering.

Behandling

Behandlingsaspekterna är i motsats till de diagnostiska sparsamt utvecklade. Inga effektiva farmaka tycks finnas. Terapeutiska fallbeskrivningar eller vinjetter saknas. Författaren tecknar en bild av tänkbar behandling genom att lägga ett konventionellt psykoedukativt och behandlingsstrukturellt KBT-raster över den komplexa symtomatologin och beskriver skilda interventionstekniker som skulle kunna visa sig hjälpsamma: psykoedukation, föra dagbok, fokusera undvikande beteenden, reducera fokuserad uppmärksamhet på det egna självet, utmana kata-

strofkänslor. Hon åstadkommer därmed en tämligen fyllig bild av hur KBT-behandling av DDD skulle kunna te sig.

Existentiell filosofi

Författaren påpekar att det finns uppenbara kopplingar mellan depersonalisationsupplevelser och tankegångar inom existentialismen där dessa upplevelser var bekanta innan de började beaktas inom psykologin och det var sålunda inom filosofi man kunde söka förståelse. Såväl Sartre som Camus ställer frågor om den totala mänskliga friheten som oundvikligen leder till ångest över livets inneboende meningslöshet med främlingskap inför såväl självet som omgivningen.

Satt på kartan

De noggranna, kliniska fenomenologiskt inriktade djupintervjuerna ger en inträngande och skakande bild av dessa patienters tillvaro och lidande. Inte minst av deras "golgatavandring" genom sjukvården. Texten ger en tydlig bild av DDD i olika avseenden. Framställningen är väl genomarbetad och bär fram författarens ambition att göra diagnosen etablerad. Detta bör ske inte bara inom psykiatri utan också inom psykoterapeutisk och allmän medicinsk verksamhet då lidandet kan vara så svårt att artikulera och tolka.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

**A Practical Guide to Happiness in Adults on the Autism Spectrum
A Positive Psychology Approach
Victoria Honeybourne
Jessica Kingsley Publishers, 2019**

**Pretending to be Normal Living with Asperger's Syndrome, Expanded Edition
Liane Holliday Willey
Jessica Kingsley Publishers, 2015**

Optimistkonsulterna för vuxna som befinner sig i det autistiska "spektrat" – två böcker om autism

"Är det inte Asperger jag har och inte personlighetsstörning?" sade den bistre nyblivne pensionären direkt och korthugget i telefon. Jag hade ringt några minuter försent, istället för öppenvårdens utsatta telefontid kl. 15.00 och det knöt sig lite i magen innan jag fuktade läpparna, och efter ett reflekterande andetag gav mig till känna. Faktum är att han förekom mig i tanken. Jag visste ju precis hur irriterad han skulle bli av att hans psykiater inte ringde *exakt* 15 och hade rustat mig för att hitta någon bärande brygga av gemensamt intresse, för att hitta ett fokus i samtalet bortom hans frustration. Jag hade ju faktiskt själv tänkt tanken efter att nu granskat de omfattande arbetsmiljöanpassningarna som hans tidigare journal vittnade om, och trepartssamtalen med arbetsgivaren, anpassade och konfliktfyllda tjänster som fruktlöst genomförts genom åren, där han nu slutligen efter försök till lönebidragsanställning kunde lägga arbetshatten på hyllan och på sitt precisa pensionsdatum, dra sig tillbaka för att slippa bli störd av alla som rubbade hans trygga cirklar. Lika tröstlös kände jag mig som mannen jag såg på Youtube, som intervjuar optimistkonsulten Tore Lundgren (Robert Gustafsson). Lika förvånad blev jag också av hans troligen korrekta slutsats som han utan presentation öppnade samtalet med.

Samtalet låg nära minnet när jag hittade två böcker i ämnet på den brittiska bokkedjan Waterstones, som årligen bidrar till bokhyllans uppdatering hemmavid. Rekommendationen är förstås bokhandeln i London på 82 Gower Street, som med sina imposanta fem våningar besitter allt en bibliofil kan ästunda, för att försvinna bort en hel dag bland 130 000 (!) titlar.

Härmed kommer framöver återkommande boktips som möjligen kan stimulera till att bredda psykiatrisk handläggning. I detta nummer vill jag lyfta fram två böcker: *A Practical Guide to Happiness in Adults on the Autism Spectrum A Positive Psychology Approach*, av Victoria Honeybourne (2019) och *Pretending to be Normal Living with Asperger's Syndrome, Expanded Edition*, av

Liane Holliday Willey (2015). Båda böckerna vill påvisa hur funktionsnedsättningen kan vara funktionsvarianter och i flertalet fall påvisa fördelarna med att se världen från ett annorlunda perspektiv än "the neurotypicals".

Victoria Honeybournes bok gör skäl för sitt namn. Den är välfylld av praktiska övningar, tydliga exempel kring sensoriska skillnader såsom ljus(o)känslighet, ljudfiltreringssvårigheter, lukt, smak och proprioceptorisk känslighet. Steg-för-stegvägledning till att hitta styrkorna i funktionskillnaderna med ledordet "the neurodiversity paradigm", dvs. skillnaderna i denna grupp individer kan anses utgöra en normal och förväntad variation av neurokognitivt fungerande. Boken genomsyras av positiva psykologiska vinklingar, där hon tidigt tydliggör att positiv psykologi, är inte samma sak som positivt tänkande, utan handlar om att *utveckla* de positiva sidorna i livet såsom mänsklig styrka, välgörande känslor, tillfredsställelse, motståndskraft och att kunna blomstra.

Den utvecklingen, dvs. att befästa bokens färdighetsträning i patienternas vardag, tarvar förstås systematisk och ihållande träning. Det är väl det som faktiskt skulle stärka den kliniska behandlingsrepertoaren, tänker jag och funderar på varför jag själv inte mer aktivt drivit gruppbehandling för autism. Så är det ju ofta med klokheter. De blir ju verksamma bara de praktiseras och den tiden är det ibland bristvara på. Det är ju självklart, tycker jag, när författaren metodiskt går igenom vardagshändelser som kan omformuleras ("reframing") eller hur utvecklandet av en hoppfull och optimistisk attityd bidrar till: reduktion av självkritiska tankar, ökar fokus på det positiva, möjliggör skapandet av mental planering, ökar fokus och motivation, hjälper individen att mer metodiskt nå sina mål och generellt ökar glädjefyllda tankar. Det varvas med praktisk vägledning till gruppbehandling av autism, t.ex. ett mål är "identifiera dina sociala energinivåer och arbeta med dessa". Hur? Jo här presenteras det för många välkända veckoschemat, för att planera in energidränerande sociala tillfällen mer



omsorgsfullt, säkerställa lugnare dagar efter högintensiva, att utveckla sunt självhållande och inte vara rädd för att lämna sällskap när stressnivåerna är mättade, identifiera särskilda energiläckor och hitta "energy boosters". Således ska personen med systematisk träning, över tid, hitta rutiner som matchar sin förmåga.

Bokens styrka är den tydliga strukturen, dess korta kapitel och de många punktlistorna som ger överblick, samt utsökt stoff som underlag till psykoedukation för grupper. Dessutom nio appendix med färdiga övningar att kopiera upp för både individ- eller gruppträningsstillfällen. Tyvärr finns boken inte på svenska.

Pretending to be normal utgavs första gången 1999, och utgör en mer personlig berättelse om hur en begåvad kvinna genomgår ett liv av självtvivel och utanförskap för att slutligen känna igen så mycket hos sig själv när en av tvillingdöttrarna diagnostice-ras med autism. På ett underhållande och självutlämnande sätt, beskriver hon allt ifrån hur hon drev sina tjejkompisar "beyond distraction", när hon helt enkelt tog på sig första bästa plaggen handen nådde i hyllan på morgonen. Och var helt obekymrad med sina totalt omatchade kläder som var de skönaste mot huden hon kunde tänka sig för stunden, till att hon gradvis under högstadiet inser att andra faktiskt inte beter sig som hon själv. Till de invecklade och alltför frekventa diskussionerna med maken där hon upplever makens tilltal som olösbare korsord; slumpmässiga ord som plockats ur en ordbok och kastats in i en gåtfull mening. För henne var det ju fullkomligt självklart att alla andra kvinnor också upplever sina mäns ord så, som ett baklängesspelande kassettband. Boken har ju blivit något av en klassiker då hon beskrivs att som forskare, autismkonsult,

fru, moder och som hästölskande stallägare, med sådan skärpa och understundom kanske omedveten humor, lyckas förmedla "livet från autisms insida".

Boken har varit så populär att den kom i nyutgåva 2015, denna gång med flera appendix med livsinstruktioner: metoder för att beskriva och guida sin sociala sfär om sin autism, överlevnadsstrategier för collegestudenter (allt från att be lärare ge tydlig framförhållning och förvarna ifall klassrum eller lokaler/tider ska ändras, till tips att ta sig runt på campus utan att bli överstimulerad), strategier för arbetslivet, organisation av sitt hem och utveckla coping för sensoriska perceptionsproblem.

Ja, det hade kanske hjälpt min patient med diagnosen personlighetssyndrom, dock troligare med autism, att ha fått ta del av dessa böcker tidigare, och framförallt fått träna in färdigheter och avkoda omgivningens gåtfulla beteenden, tidigare i sitt liv. Ja, det går ju alltid att vara efterklok. Men en annan visdom jag brukar bära med mig är att "man får döma en dåtid utifrån dess samtid", vilket ter sig ha glömts bort av en viss fraktion av vår samtid, som välter statyer som symboliserar något felaktigt utifrån vårt senaste samhällsparadigm.

Cave Sinai
Psykiater



Lilla boken om psykisk ohälsa
En guide till ett bättre mående
Idé och initiativtagare:
Richard Lagerqvist

Mindler AB/Psykolog online, 2020

Mindler/Psykolog online har publicerat en liten bok om psykisk ohälsa. Förordet har leg läkare Richard Lagerqvist skrivit. Han är också VD och grundare av Mindler.

I bokens dryga 130 sidor uppmärksammas läsaren på att psykisk ohälsa är ett av vår tids största hot mot folkhälsan. I förordet ställs frågan om mycket av det vi nuförtiden klassificerar som psykisk ohälsa utgör helt normala reaktioner på en betungande livssituation.

Att inombords må dåligt ibland är med andra ord inte alltid ett tecken på psykiskt lidande. Det vi alltså lite oreflektat kallar psykisk ohälsa. Värt att tänka på. "Man mår dåligt under en skilsmässa, om man sover dåligt själv får man svårt att fokusera, en konflikt på arbetet eller i relationen skapar ångest. Helt normalt och i de flesta fall självläkande."

Enligt bokens 11 bidragsgivare behöver psykisk ohälsa som däremot inte går över av sig självt behandling. Och deras behandlingsapproach är huvudsakligen KBT (kognitiv beteendeterapi) som jag förstår. Men författarna är generösa med att kombinationen med andra behandlingsalternativ oftast ger bäst resultat.

De psykiska ohälsoområden boken redogör för är: missbruk, generaliserat ångestsyndrom, hälsoångest, depression, panikångest, tvångssyndrom, sexuella problem, självmordstankar, stress och utmattning, social ångest och sömnsvårigheter. Pre-

sensationen är överskådlig och begriplig för vårdpersonal, anhöriga och den som har ont i själen. Som vi alla kan ha. Efter varje enskilt kapitel följer en kort fallbeskrivning som exemplifierar det lidande kapitlet skildrar. Och du! Bidragsgivarna i boken anser att vi också själva bär visst ansvar för att vi mår som vi gör. Alltså inte alltid så bra. Ett ofrånkomligt livsvillkor (insikt) som hjälper oss att ändra på oss och bryta vanor och dysfunktionella tankemönster som leder oss (och andra) vilse. Om inte annat så för att klara vardagen bättre. SNYGGT!

Thomas Silfving

*Psykolog, psykoterapeut, författare
Lidingö*



En Pudel!

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

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



DEADLINE

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

Tema: Så sade man förr



Kalendarium

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

61st Annual Congress, Scandinavian College of Neuropsychopharmacology, Stockholm
Skulle ha ägt rum 28-29 maj 2020. Har skjutits upp till 3-4 juni 2021.
<https://scnp.org/annual-meeting/2020.html>

CINP (International College of Neuropsychopharmacology) World Congress 2020, Taipei, Taiwan
Skulle ha ägt rum 25-28 juni 2020. Har skjutits upp till 25-28 februari 2021.
<https://www.cinp2020.org/>

24th World Congress of IACAPAP
Skulle ha ägt rum 20-23 juli 2020 i Singapore. Kommer att genomföras som virtuell kongress 2-4 december 2020.
<https://www.iacapap2020.org/>

20th WPA World Congress of Psychiatry
Bangkok, Thailand.
Skulle ha ägt rum 14-17 oktober 2020. Har skjutits upp till 10-13 mars 2021.
<https://wcp-congress.com/>

2nd CCITP Congress: Prevention of crisis and coercion, Rotterdam, Nederländerna
Skulle ha ägt rum 5-6 november 2020. Har skjutits upp till 4-5 mars 2021.
<https://ccitp.net/>

Svenska Psykiatrikongressen kommer inte att hållas på traditionellt vis 2021. Istället kommer SPF att erbjuda ett antal digitala seminarier, se information på sidan 10.

BUP-kongressen kommer ej att hållas på sedvanligt sätt våren 2021. Alternativa möjligheter diskuteras f.n., se SFBUP-ledaren på sidan 6.

ST-konferensen januari 2021 är inställd. Alternativa utbildningsaktiviteter diskuteras, se information på sidan 11.

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



Foto: Alones/Shutterstock

Tillsammans kan vi bromsa smittan!

Det är allas ansvar att hindra spridningen av sjukdomen covid-19.

Här kommer några viktiga saker som alla kan göra:

- Stanna hemma även om du bara känner dig lite förkyld.
- Tvätta händerna ofta med tvål och vatten i minst 20 sekunder.
- Håll avstånd till andra både inomhus och utomhus.
- Håll avstånd till andra på bussen, tåget, tunnelbanan, spårvagnen och andra allmänna färdmedel.
- Undvik större sociala sammanhang som fester, begravningar, dop, kalas eller bröllop.
- Håll avstånd till andra på idrottsplatser, badhus och gym och undvik att byta om i allmänna omklädningsrum.
- Res inte i rusningstid om du kan undvika det.
- Avstå från onödiga resor.
- Är du 70 år eller äldre är det extra viktigt att du begränsar dina sociala kontakter och undviker platser där människor samlas.
- Folkhälsomyndigheten ansvarar för allmänna råd inom verksamhetsområdet smittskydd. Råden gäller fram till 31 december 2020.

Folkhälsomyndigheten



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

Cullbergstipendiet

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

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

Det kan handla om att delta i kliniskt arbete eller metodutveckling, men inte att forska eller delta i en kurs eller konferens. Att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt eller studera förebyggande arbete och/eller

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

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2021. Stipendiernas namn tillkännages under Svenska Psykiatrikongressen i mars.

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

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

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskspsykiatri.se

Stipendiekommitté

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

nok.se/cullbergstipendiet