

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - December 2010

TEMA: Det omedvetna



TEMA

Drömmar, placebo, korttrick och mikroemotioner.

Polyfemos, M.I.N.I. och biofeedback.

Kropp och själ.

Och Freud förstås.

Det är en del av allt vi fann då vi gav oss ut i jakten på Det Omedvetna.

NU ÄR DET SNART DAGS IGEN!

Den fjärde Svenska Psykiatrikongressen äger rum den 16-18 mars i Göteborg där vi har en hel biograf till vårt förfogande. Missa inte detta - kom och ta del av det varierade och intressanta programmet - vi har t.o.m. en egen filmfestival!

ÖVRIGT

I flera inlägg framförs synpunkter på innehållet i tidigare artiklar.

De ständigt aktuella IT-frågorna bli åter belysta och en resa genom den svenska psykiatrins historia påbörjas.

Vidare har en skribent bekymmer med ett par tofflor och i ett annat bidrag figurerar Goethe.

Läs om detta och mycket mer!



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson





Är du läkare och vill leda den medicinska utvecklingen för patienter med neuropsykiatriska symtom på Södra Älvsborgs Sjukhus?



Är du erfaren specialistläkare? Då erbjuder vi dig möjligheten att leda och driva den medicinska utvecklingen för patienter med neuropsykiatriska symtom på SÄS. Detta gör du som specialistläkare/överläkare med tilläggsuppdrag som processägare.

SÄS värdegrund bygger på patientperspektiv, professionalitet och helhetssyn. För att ligga i framkant när vi möter vårdens framtida krav satsar vi på att kombinera linjeorganisationen med en processorganisation. Processägarna är kärnan i den utvecklingen. Vi garanterar dig förutsättningar för både personlig och professionell utveckling. I gengäld vill vi att du bidrar till att förbättra patientflöden och vårdkvalitet.

Dina förutsättningar

- Du tillträder en tjänst som specialistläkare/överläkare på klinik (beroende på specialistkompetens) och får avsatt tid, 25% av din tjänst, för arbetet som processägare.
- Du får befogenheter att upprätta styrande medicinska dokument för diagnosgruppen, oavsett organisationsgränser inom SÄS.
- Du leder ett tvärprofessionellt processteam i utvecklingsarbetet.
- Du får administrativt stöd av en processekreterare, samt stöd i processbaserad verksamhetsutveckling.
- Du erbjuds relevant kompetensutveckling.
- Du ingår i processledningsgruppen, under ledning av sjukhusledningens processchef.

Dina kvalifikationer

- Du är läkare med lämplig specialistkompetens, exempelvis inom psykiatri, barn- och ungdomsmedicin, neurologi, rehabiliteringsmedicin eller annan specialist med särskild kunskap och erfarenhet inom området.
- Du har ett starkt engagemang för utvecklingsfrågor och god samarbetsförmåga.



Upplysningar

Lise-Lotte Risö Bergerlind, processchef,
tfn 033-616 40 55, 0708 54 02 95.

Facklig företrädare nås via växel, tfn 033-616 10 00

Ansökan sänds till:
Södra Älvsborgs Sjukhus, HR-service, Adm 1, plan
2, 501 82 Borås
Märk ansökan med ref. nr. VGR-59556

Sista ansökningsdag är 2011-01-03

Ansökan via e-post: jobb.sas@vgregion.se

Välkommen med din ansökan!



Svensk Psykiatri

Tidskrift för

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

Ansvarig utgivare

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg

(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman

(ps-frydman@bahnhof.se)

Gloria Osorio

(oskvika@hotmail.com)

Kristina Sygel

(kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö

(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg

stina.djurberg@bornet.net

Foto/grafisk design

Carol Schultheis

carol.schultheis@bornet.net

(där inget annat anges)

Omslagsbild

Shutterstock

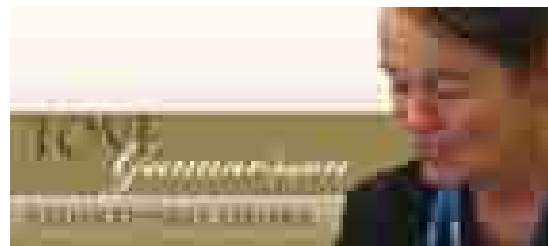
Carol Schultheis

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Trattkantareller

... har det något med det omedvetna att göra?

Det får ni veta om ni läser vidare i detta nummer. Temat blir belyst i en rad artiklar och ur många olika infallsvinklar. Vi hoppas som alltid att ämnet ska inspirera och ge bidrag till framtida nummer.

Kulturkrock - eller både och?

I vårt juninummer var temat Kultur, psykiatri och psykisk hälsa. Vi belyste konstens, litteraturens och musikens relation till psykiskt lidande och psykisk hälsa.

Flera goda idéer finns dock kvar varför vi bestämt oss för att det ska bli en Del 2.

I nästa nummer kommer vi alltså att fortsätta på samma spår men samtidigt vidga kulturbegreppet. Nationer, religioner, samhällsgrupper, generationer, medicinska specialiteter, kliniker, vårdavdelningar och mottagningar – alla har de sina egna kulturer. När kulturerna möts uppstår ibland krockar som kan leda till avståndstagande eller rentav fientlighet. Men det ger även möjlighet till nya insikter. Som sagt, krock - eller både och.

Har du haft en tankeväckande kulturkrock i ditt arbete?

Fr.o.m. nästa nummer kommer vi att introducera en nymodighet - en innehållsförteckning! Flera läsare har hört av sig och uttryckt behov av detta och det låter som en bra idé speciellt nu när tidskriften innehåller allt fler sidor.

Vi i redaktionen hoppas att de förestående helgerna ger er alla möjlighet till återhämtning så att ni får tid och kraft till författande.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson

Redaktör

Svensk Psykiatri

Våra synpunkter gör skillnad!

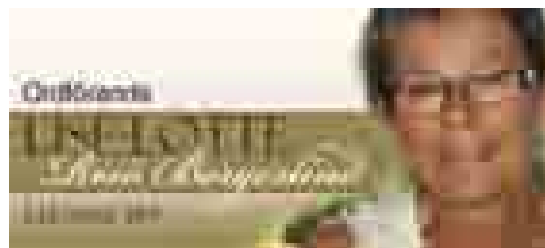
Planeringen för Svenska Psykiatrikongressen, SPK, 16–18 mars 2011 pågår för fullt på alla plan; det vetenskapliga och kulturella programmet, sociala aktiviteter, utställare osv. Vi kommer att slipa på det vid styrelsemötet i samband med Riksstämman. Även om det är svårt att tro så verkar vi få en minst lika innehållsrik och varierad kongress som tidigare. Dessutom har vi årsmöte och med det har min tvåårsperiod som ordförande nått sitt slut. Det har gått väldigt fort! Jag ser fram emot att möta er alla där och med samma positiva och förväntansfulla inställning som sist. Boka in SPK i era kalendrar och förvarna era chefer om att ni vill vara lediga. Varför inte be honom/henne att också gå? Och bjud med er de arbetskamrater ni tror kan ha nytta av att fylla på kunskap.

När ni läser detta har Riksstämman redan gått av stapeln. Vi kommer att rapportera från den på hemsidan och i kommande nummer av SP. Jag hoppas att vår kvällsaktivitet kring retorik blivit välbesökt och uppskattad av er medlemmar. Eftersom vi numera inte har vår-, vinter- och höstmöten utan "bara" SPK, lägger vi stor vikt vid att få ett bra vetenskapligt program på Riksstämman, och prövar greppet med att ordna en "kringaktivitet" också. Vi får utvärdera hur detta faller ut och se om vi skall gå vidare med detta kommande år. Som vanligt har vi en monter ihop med flera andra. Läs mer i nästa nummer av SP! Jag vill rikta ett varmt tack till vår riksstämmosekreterare, Anders Wallin, för jobbet kring Riksstämman.

Många personer ur styrelsen deltar i olika möten. Vi får allt fler inbjudningar. För att orka och hinna med får vi dela upp det och ibland även be medlemmar utanför styrelsen att representera. Vi har numera som vana att "alla" som är iväg på detta sätt skall skriva om det i SP. Vi vill hålla er informerade och även ge möjlighet att ge oss synpunkter. I detta nummer kommer ni att hitta minst en, ev. flera, sådana rapporter.

Detta att ha bra kontakter med olika organisationer, vara "on speaking terms", har vi stor nytta av. Ett sådant exempel är den debatt vi haft i Läkartidningen med SoS om tvångsåtgärder och avvikelserregistrering. Där kunde vi till vår glädje konstatera, efter flera artiklar, att SoS backar och tar en ny infallsvinkel. Man vill i dialog med oss hitta vägar att arbeta för att tvångsåtgärderna blir få och utförda på ett så skonsamt sätt som möjligt. Den diskussionen och det gemensamma arbetet ser vi fram emot. Vi delar den målbilden!

Vi har regelbundet och på olika sätt träffat SoS, brukarföreningar, SKL, och har just fått en inbjudan från Psykologförbundet till ett inledande möte. Detta tror vi är ett av SPF:s många och viktiga områden att arbeta med; att påverka och finnas med. Med fortlöpande kontakter kan vi förebygga att problem uppstår och när det ibland ändå gör så (som tvångsåtgärderna) faktiskt få gehör för våra synpunkter.



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind (ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Maria Starrsjö (vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors (sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand (skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Diana Radu Djurfelt

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Kerstin Lindell

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Francisco Barca (barca@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors (gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Tove Gunnarsson (redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Marcus Persson (st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen

851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida:

www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@svenskpsykiatri.se)

Låt oss gemensamt jobba för detta på olika fronter och på olika sätt.

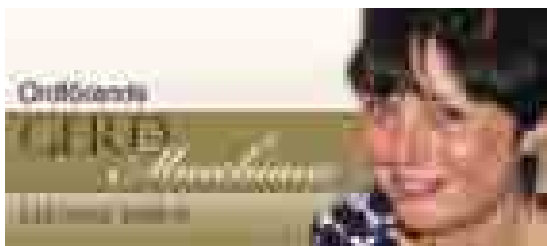
Psykiatrin skall synas och höras med positiva förtecken. Hoppas retorikkvällen gett oss mer verktyg till det!

Efter Riksstämman och när ni läser detta är det snart jul och nytt år.

Till er alla vill jag framföra mina varmaste hälsningar och hoppas ni får vilsamma och fina helgdagar. Njut av samvaro med familj och vänner, god mat, goda böcker och musik, långa promenader, ja allt livets goda. Ta vara på och njut av nuet!

God Jul och Gott Nytt År! Vi hörs och ses 2011. ◀

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



sfbup

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Gerd Mucchiano (gerd.mucchiano@skane.se)
Vice ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Mia Thörnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)
Vetenskaplig sekreterare: Ulf Wallin (ulf.wallin@skane.se)
Ledamot: Åsa Borg (asa.borg@sl.se)
Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)
Ledamot: Marie O'Neill (marie.oneill@ltkronoberg.se)
Ledamot: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
ST-representant: Peggy Törn (peggy.torn@sl.se)

SFBUP:s hemsida: <http://www.svenskabupforeningen.se>
Webmaster: Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)

November är en kravlös månad. Många njuter av att varken behöva griljera julskinkor, bygga pepparkakshus eller hänga upp gardiner med tomtar. Du kan plaska runt i det gråa regndiset med fötterna i vattenpussarna, medan du lyfter på huvudet och öppnar munnen som blir full av friska små regndroppar.

Skönt, men ganska tråkigt och kanske heller inte så utvecklande i längden.

Utveckling är viktig, inte minst den inom barnpsykiatri. Genom att satsa på barnen, satsar vi på framtiden. Barnpsykiatrisk forskning har fått bättre status på senare år, men många inom specialiteten upplever fortfarande att det är svårt att få anslag. Kliniskt utvärderingsarbete har tagit fart. BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview) är ett instrument för prioritering och uppföljning av behandlingseffekt. Det används på allt fler BUP-kliniker i landet. Barnpsykiatri i Stockholm gör ett imponerande, ambitiöst utvecklingsarbete genom att skriva "Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling". De har tillsatt 8 arbetsgrupper kring olika områden, ställt samman aktuell forskning och kontaktat relevanta referenspersoner. Riktlinjerna beräknas vara tillgängliga på deras hemsida i vår www.bup.se.

Barnpsykiatrisk forskning gör framsteg. Forskningscentra, där kompetens inom olika specialiteter (t.ex. barn- och vuxenpsykiatri, pediatrik) och yrken samlas under samma tak, växer fram i några av våra universitetsstäder. Klinisk forskning med RCT – studier som är viktiga för effektivisering av behandling, kräver stora patientunderlag.

Länderna i Europa är små och nätverken få. Har Europa en framtid som arena för forskningsamarbete mellan olika professioner och länder? Kan ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) få en roll för ett sådant samarbete? ESCAP:s stadgar håller på att förändras. I det nya förslaget kommer sannolikt ESCAP att öppnas för andra yrkeskategorier inom BUP än läkare.

Detta bl.a. för att underlätta internationell forskning. SFBUP kommer att få möjlighet att lämna synpunkter på förändringsförslaget. Hittills har USA dominerat barnpsykiatrisk forskning, är det snart Europas tur?

Snart är november slut och spännande utmaningar väntar. Vid Riksstämman i Göteborg med temat "En jämlik vård" diskuteras bl.a. ojämlikhet och barns psykiska hälsa. Forskning visar starka samband mellan låg social status, ohälsa i barndomen och psykiska sjukdomar. Tidiga insatser för att förbättra barns livsvillkor kan förebygga mångårigt lidande och ett kostsamt vårdbehov i vuxen ålder.

När Riksstämman klarats av återstår blötläggning av lutfisk, slagsmål om helgjourer och byten av julklappar i rea-trängseln. Kontrasterna gör livet spännande och vissa långtar till december.



Gerd Mucchiano
Ordförande SFBUP

Om pudlar och tvångsåtgärder

Har med glädje följt de adekvata protestreaktionerna på Socialstyrelsens sanslösa förslag om att alla tvångsåtgärder skulle betraktas som avvikelser och underkastas händelseanalyser. Hoppas inte den påföljande pudeln reser sig och börjar gläfsa igen. Sin vana trogen tror Socialstyrelsen att ju mer man binder läkare vid skrivborden för att skatta, förklara, dokumentera och motivera desto säkrare blir vården. Anser Socialstyrelsen kanske att det är just detta som befrämjar säkerheten – att hålla läkarna borta från patienterna?

Tvångsvård är inte lätt

Jag har tidigare skrivit om etiska problem vid tvångsvård och vikten av att vi för en ständig och levande debatt. Jag undrar om alla kollegor inom psykiatri och rättspsykiatri är medvetna om att i slutet på nästa år får vi ett förslag till ny tvångsvårdslagstiftning. Nu ska vi inte ha LPT och LRV längre utan en (minns LSPV-lagen)! Vi ska få bedöma tillräknelighet och få "samhällsskydd" i stället för SUP. En del kollegor menar att "det blir bara nya namn på saker och ting men ändå samma patienter som vi jobbar med". Det må kanske bli så men jag tror ändå att det är viktigt att vi sätter oss in i utredningens arbete och tids nog skriver bra remissvar. Eller ska vi bara gnälla när vi står inför fullbordat faktum som jag minns många av de äldre kollegorna gjorde 1992.

Förhandling i förvaltningsrätten - en högtidsstund?

Apropå 1992 så var det många kollegor som inte alls tyckte om att bli granskade i Länsrätterna men efter hand har nog de flesta accepterat detta som ett viktigt inslag i arbetet och en adekvat insyn från samhället i vår tvångsvårdsverksamhet. Jag tycker att det är lite högtidligt med Förvaltningsrättsförhandlingar. Både jag och många av mina patienter tar på kavaj och försöker uppträda med vederbörlig värdighet. Personligen försöker jag alltid ha mycket positivt att säga om patienternas utveckling och negativa saker sparar jag ibland "i rockärmen" för att inte kränka patienten mer än nödvändigt och bara ta till om förhandlingen inte går min väg. Jag blir upprörd när det kommer nonchalanta offentliga biträden som inte tar patienterna på allvar utan bara tycks vara ute efter lättförtjänta pengar. Tack och lov är detta sällsynt. När sakkunniga tar uppdraget på stort allvar, vilket de flesta gör, är det ett utmärkt tillfälle till "second opinion". Så jag gillar förhandlingar i Förvaltningsrätten och det försöker jag förmedla till kollegor under utbildning.



Till föreningens medlemmar...

... vill jag tillönska en GOD JUL och ETT GOTT NYTT ÅR och påminna om att vi gärna vill få in fler aktiva i styrelsen. Vi behöver jobba med tvångspsykiatriutredningen, utbildningsfrågor, forskningsfrågor med mera. Ta kontakt med oss! ◀

Lasse Eriksson
Ordförande SRPF

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Lars Eriksson (ordforanden@srpf.se)
Vice ordförande: Kristina Sygel
Internationell sekreterare: Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)
Facklig sekreterare: Lars-Håkan Nilsson (facklige.sekreteraren@srpf.se)
Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)
Sekreterare: Margareta Lagerkvist (sekreteraren@srpf.se)
Vetenskaplig sekreterare: Henrik Anckarsäter (vetenskapligsekreterare@srpf.se)
ST-frågor: Katarina Wahlund
Övrig medlem: Malin Hamrén
Hemsida: www.srpf.se
Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)



Välkommen till SFBUP:s vårmöte 6–7 april 2011 i Örebro

Foto: Örebrokompaniet

”BUP - En specialiserad verksamhet” är temat för mötet och kan ses som ett inlägg i diskussionen om specialistnivå i förhållande till första linjen.

Plenum och valbara seminarier

Föreläsare: Professor Ingemar Engström, chefsöverläkare, med. dr. Håkan Jarbin, överläkare, enhetschef Camilla Hallek, leg. psykolog, med. dr. Ulf Jonsson, fil. dr. socionom Kerstin Neander, professor i folkhälsovetenskap Charli Eriksson, verksamhetschef Helena Björkman, fil. dr. socionom Sanna Aila Gustafsson, överläkare Per Gustafsson och läkare, terapeut, författare Kerstin Hennerdal.

Årsmötet för SFBUP:s läkarförening onsdagen den 6 april kl 18:00.

Middag på kvällen med underhållning: Jasmine Kara



Plats: Conventum, Örebro

Datum och tid: onsdagen den 6 april 9:30 – torsdagen den 7 april 15:00

Värd: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Örebro

www.svenskabupforeningen.se • www.orebroll.se/bup

sfbup



Psykiatri

Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken



Att röra sig i den inre världen Några reflektioner

”Det omedvetna är den egentliga psykiska verkligheten som enligt sin inre natur är lika obekant för oss som det reella i den yttre världen och som genom medvetandets data framstår lika ofullständigt för oss som de uppgifter om yttrevärlden som våra sinnesorgan förser oss med”. Detta hävdar Freud i Drömtydning från 1900. Detta uttalande får tjäna som ram för mina sonderingar i den inre världen.

Yttrevärld och innervärld

Yttrevärlden, universum, ter sig oändlig, eller åtminstone omöjlig att nå gränsen för, i och med att rum/tiden kröks. Hur är det med den inre världen då, den som vi vanligen är omedvetna om, men som bland annat öppnar sig i drömmar, fantasier och inre visualisering? Var tar den slut och i vilken utsträckning är den tillgänglig för medvetenhet?

Utvecklingen av en inre värld kan vi till en del förstå utifrån Winnicotts begrepp ”mellanområde”: en inre scen, ett virtuellt rum som utvecklas mellan upplevelsen av yttrevärlden och kroppen. Denna process förefaller vara kopplad till förfogandet av a theory of mind (TOM) vilken i sig tycks vara en förutsättning för mentaliseringsprocesser.

Detta utesluter dock inte att personer med autism också kan uppleva en inre värld, även om denna kanske inte i samma utsträckning har symbolisk karaktär.

Visualisering och imagination

Det som försiggår i den inre världen kan vara såväl medvetet som omedvetet. Vi kan viljemässigt initiera inte bara tankar utan också föreställningar, inre bilder. Vi kan skapa dagdrömmar och föreställa oss själva i olika situationer. Denna förmåga till visualisering utnyttjas alltmer såväl i psykoterapi som i andra självutvecklingsmetoder, inte minst vad gäller självförtroende- och prestationsträning. Processen att viljemässigt utveckla tankar och bilder övergår utan skarpa gränser i möjligheten att följa ett spontant inre flöde av tankar, känslor och bilder utan att aktivt försöka påverka eller förändra dem. I psykoterapeutiska metoder som Symboldrama och GIM (Guided Imagery and Music) kombineras dessa båda inre processer. Det är oklart om till exempel bilder och tankar i detta spontana flöde kan sägas försiggå på en omedveten nivå för att sedan avtäckas, om de skapas i själva processen av medvetandegörande eller om frågan är fel ställd.

Det omedvetna

Vi tycks vara överens om att vi har en begränsad kapacitet för vad vi kan vara medvetna om, att det mesta av våra sinnesintryck inte passerar medvetandet utan lagras på implicit nivå och att det finns plågsamma erfarenheter som vi håller ifrån oss, det Freudiska bortträngda vilket sålunda består av tidigare medvetet material.

Men processer, affekter och tankeinhåll, till vardags omedvetna, men tillgängliga för upplevande i ett ändrat medvetandetillstånd är en sak, och förekomsten av ett omedvetet system endast tillgängligt via sina derivat analogt med vår kunskap om yttrevärlden är en annan fråga som jag lämnar därhän.

Olika typer av logik

Hur fungerar då processerna i denna inre värld jämfört med processer i den yttre? Inom psykoanalysen myntades tidigt begreppen primär- respektive sekundärprocess. I yttrevärldens sekundärprocesslogik härskar perspektiven tid och rum, orsak och verkan enligt naturlagarna, renodlat i den formella logiken. Beskrivningen av yttrevärlden med hjälp av de vanliga naturlagarna gäller dock bara inom den Newtonska fysikens domäner. Inom kvantfysik och relativitetsteori gäller som bekant inte tids/rumsperspektiv och orsak/verkan på samma sätt.

Den inre världens logik är svårare att komma åt. Den är inte baserad på ord och försöken att beskriva den i ord innebär att den då lätt kommer att uppfattas på sekundärprocessens villkor. Man brukar beskriva den i negativa termer. Den saknar såväl tids/rumsperspektiv som betoning av motsatser och negationer. Psykoanalytikern Matte Blanco är nog den som nått längst i att formulera lagbundenheter för såväl den inre som den yttre världen. Mot den formella logiken med fokus på upplevelse av skillnader, asymmetri, i vid mening, ställer han likhet, symmetri som bland annat karakteriserar affekten/känslan och dess tids/rumslöshet.

Nu är det inte så enkelt att det gäller en logik i den inre världen och en annan i den yttre. I praktiken är det svårt att bringa reda i en inre visuell upplevelse, till exempel i drömmar, utan att vissa aspekter av sekundärprocessen kommer till användning även om tids-rumslagar inte alls används konsekvent. Drömbilder kan som bekant genomgå de mest häpnadsväckande transformationer, scenerna kan växla blixtnabbt, flyger gör vi obehindrat. I symboldrama kan liknande upplevelser av omvandlingar upplevas. I vår inre värld kan vi åstadkomma och bevittna allt vad den animerade IT-teknologin kan åstadkomma i underhållningssyfte – och möjligen lite till. Den absoluta symmetriska upplevelsen, totalt utan varseblivning av skillnader är förmodligen likvärdig med den mystiska upplevelsen av uppgående i Alltet, som i Nirvana.

Exceptionella upplevelser

Varför alls spekulera i frågan ”var slutar vår inre värld”, den inre värld som vi upplever så knuten till oss som enskilda individer? Ett skäl är att många människor har upplevelser som tycks upphäva gränsen mellan inre och yttre värld. Det kan handla om ljud, röster, syner som tillskrivs yttrevärlden eller åtminstone inte upplevs tillhöra den egna privata inre världen. Samma sak gäller såväl ”Nära döden”-upplevelser och upplevelser av att vara utanför sin egen kropp. Det är erfarenheter som inte sällan upplevs som problematiska av den som har eller har haft dem. Sådana upplevelser karakteriseras delvis som hallucinationer eller som uttryck för dissociation, begrepp som har viss deskriptiv men ganska lite förklarande potential. De för tanken till psykopatologi, trots att sådana upplevelser inte alls behöver vara tecken på mental störning.

En inre resa

Vad händer med oss i en inre resa? Om vi skärmar av yttrevärlden kan vi röra oss genom ett successivt allt mer ändrat medvetandetillstånd, liktydigt med fördjupad trance. (Lyckas vi skärma av yttrevärlden tillräckligt effektivt och länge visar flyttank-experiment att vi tenderar att börja hallucinera. Stimulus från yttrevärlden behövs för att vi ska kunna upprätthålla gränsen mellan det yttre och det inre). Upplevd på sina egna villkor saknar visserligen den inre världen rumslighet, men låt oss ändå laborera med ett rumsperspektiv. Vad gäller yttrevärlden laborerar vi ju med ett Newtonskt perspektiv.

Att medvetet ändra fokus från vad sinnesorganen säger oss om yttrevärlden mot känslor, tankar och bilder i den inre världen kan då metaforiskt beskrivas som att i en dykarklocka låta sig sjunka allt djupare in i sig själv och iaktta vad som kommer i medvetandets fokus när dykarklockan rör sig djupare och djupare inåt/nedåt.

Vore vi uppkopplade på EEG under denna resa inåt borde vi kunna iaktta hur förändringar i medvetandetillståndet successivt avspeglas, från betaaktivitetens 14-30 hertz, via alfarytmens 8-13 och thetarytmens 5-7 ner mot deltarytmens och sömnens 4-1 hertz. Kan vi säga att vi kommit till ”botten” av oss själva när vi somnar och fortsätter i ett medvetandetillstånd, drömmen, i vilket vi vanligen saknar medvetenhet om yttrevärldens existens? Nja, botten av det medvetet utforskbara kanske – vi klarar ju vanligen inte reflektera över våra drömmar medan de pågår. Det tillhör ”lucid dreaming” och är inte vanligt i vår kultur. När vi befinner oss i thetaområdet kan vi dock välja att röra oss ”horisontellt” och fortsätta ett utforskande av den inre världen.

Ingen skillnad mellan yttre och inre

Vi tycks då röra oss i ett medvetandetillstånd där hjärnan inte längre kan avgöra om en upplevelse härstammar från pågående intryck från yttrevärlden eller är genererade från inre associationscentra. På denna nivå rör sig estradernas häpnadsväckande hypnosexperiment, så väl som fakirerna med förmåga till kroppskontroll och delar av biofeedbackforskningen.

Vi kan erinra oss fenomenet med försökspersonen som samtidigt kunde uppvisa en rödflammig svettig vänsterhand och en iskall blåmarmorad höger dito. Förklaringen var till synes enkel. Vederbörande ändrade sitt medvetandetillstånd till djup avslappning, föreställde sig en brasa över vilken vänsterhanden hölls och en hink med isvatten i vilken den högra stoppades. Kanske inte så märkligt om man betänker att såväl utifrån som inifrån genererade upplevelser ju delvis processas i samma hjärncentra, i detta fall dock utan att frontallobens förmåga till verklighetsprövning aktiveras. Konsten var att försätta sig i "rätt" medvetandetillstånd.

Bilder som vandrar

Åter till frågan om psykets avgränsning, nu ur ett mer spekulativt perspektiv. Inom det esoteriska fältet uppträder ett par fenomen att fundera över som är kopplade till frågan om psykets avgränsning.

Det finns en andel personer i normalbefolkningen som upplever sig ha speciella mentala förmågor vad gäller informationsinhämtande. Relevansen av dessa speciella förmågor är ytterst svårbedömd för utomstående då fältet är helt öppet för oseriös verksamhet. Erfarenheten pekar dock mot möjligheten av ett informationsflöde som ligger under medvetandeytan dock utan att vara subliminal perception av icke-verbala stimuli. Det tycks till exempel kunna handla om "transport" eller förmedlandet av inre bilder mellan personer som har direkt kontakt med varandra. Fenomenet är inte okänt i psykoanalytiska kretsar där det kallas resonans. Freud uttryckte det så att analytikerns och patientens omedvetna står i direkt kontakt med varandra. Personer som upplever sig ha denna förmåga kan notera att de under samtal med en annan person kan få tillgång till inre bilder som de upplever som ego-dystona, det vill säga inte tillhöriga det egna jaget. En hypotes är då att dessa bilder härrör från samtalspartnern genom sådan resonansprocess. Det är viktigt att skilja detta från den process då man själv kan få inre bilder som en egen reaktion på en annan persons berättelse, bilder som då känns igen som tillhöriga en själv även om de initierats av en annan persons utsagor.

Långt ute eller djupt inne

Andra fenomen som reser frågor om psykets avgränsning är vissa personers upplevelse av att ge röst åt gestalter som i brist på bättre brukar kallas "andar" eller på engelska "non-corporate entities". Ofta men inte alltid framträder dessa röster med humanistiska budskap och eventuellt profetiska budskap som förbryllar åhörare då de förefaller vara uttryck för en personlighet som inte stämmer med hur den som ger röst är känd av sin omgivning. Det finns minst tre teorier om ursprunget till dessa röster. Att de är medvetna falskari avsedda att lura omgivningen för att eventuellt tjäna pengar, att de härstammar från en vanligen osynlig parallell andevärld som är organiserad enligt den inre världens principer vad gäller tid/rum och relationer mellan skilda fenomen, eller slutligen att de i grunden kommer från individen själv, men från en så djup inre nivå att de, precis som den psykotiskens röster, är jagdystona och därför tillskrivs omgivningen.

För att konceptualisera sådana fenomen kan man ta hjälp av C-G Jungs begrepp som berör personliga former av ett kollektivt omedvetet med dess arketyper och den transpersonella psykologins antagande om inre vägledare som besitter en klokhet som överskrider vår medvetna kognitiva/emotionella bedömningsförmåga, då denna klokhet dessutom baseras på individens totala intuitiva oformulerbara erfarenhet. Den skulle då motsvara vår individuella "maxkapacitet" i spännvidden mellan Matte Blancos symmetriska och asymmetriska positioner.

Kanske är det så att eventuella gränser för vår inre värld sätts av vår förmåga att med medveten fokusering och registrering röra oss i denna värld. Då öppnar sig möjligheten att den individuella inre världen, möjligen i vissa avseenden gemensam med andras, har samma karaktär av oändlighet som yttervärlden. Det förfaller mig troligt att man i andra kulturer i större utsträckning än i vår har varit och är förtrogna med denna inre värld och dess potentialer. Kanske dags att vi börjar försöka komma i fatt! ◀

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**

Ta del av våra remissvar!

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

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

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri

Deadline för bidrag till nästa nummer: 20 februari

Ny redaktionsmedlem!



Svensk Psykiatri har fått en ny redaktionsmedlem. Det är Hanna Edberg som presenterar sig så här:

Hanna Edberg, ST-läkare vid Psykiatri Nordväst, Stockholm. Ursprungligen från Göteborg men flyttade över till östkusten i späd vuxenålder. Älskar det skrivna ordet och blir fnittrig av lycka över Den Perfekt Komponerade Mening. Och ja, är en klassisk "stryka-under:are". Njuter av sitt yrkesval eftersom språket har en given plats, och tänker – vid läsning av specialistkollegans optimala epikris "In. App ut. Hem." - att "Den stackarn, man borde ge honom eller henne en kram. Kan ju inte vara roligt, det där." Fördelar tiden jämnt mellan arbete, facklig verksamhet, forskning och, inte att förglömma, glitter och dekadens. Där har ni Edbergskan. ◀

Hanna Edberg
SP Redaktion
Foto: Privat

Nytt på hemsidan: Rekommendationer inför anställning av ST-läkare med utländsk utbildning

Med Europas ökade rörlighet av arbetskraft och ett stort tillflöde av läkare med utländsk utbildning vill SPF försöka ge stöd i beslutsprocessen för verksamhetschefer och studierektorer inför anställning av ST-läkare i psykiatri med utländsk bakgrund. På hemsidan finns nu ett dokument som beskriver de olika ansvarsområdena inför anställning av ST-läkare med utländsk utbildning. Vi hoppas att detta dokument ska underlätta att göra adekvata bedömningar av ST-läkarens kompetens och att planera det stöd som ev. behövs under anställningen. ◀

Kerstin Lindell
Facklig sekreterare SPF

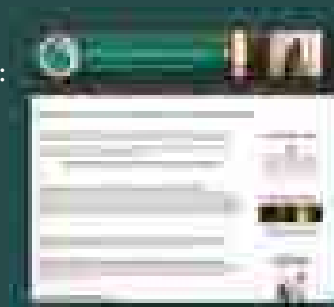
Glöm inte våra hemsidor:

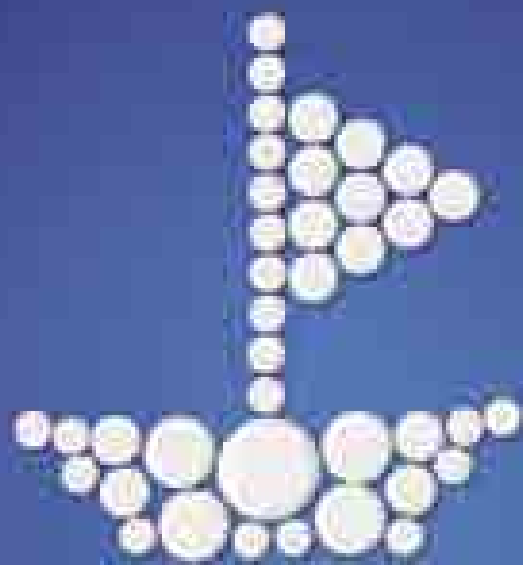
På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srp.se





*Låt inte kostnaderna
segla iväg*



Lamotrigin Actavis

– brett sortiment till lägre pris

Under 2009 förskrevs Lamictal i Sverige för cirka 122 miljoner kronor. Samma period var kostnaden för en behandling med Lamotrigin Actavis bara 50 % av den för Lamictal¹. Detta ger en besparingspotential på 61 miljoner kronor för hela landet under ett år.

Actavis är marknadsledande på generiskt lamotrigin. Vi erbjuder ett brett förpackningssortiment, både vanliga och dispergerbara tabletter och anpassade förpackningsstorlekar. Lamotrigin Actavis finns även i praktiska endosförpackningar för kliniker och vårdavdelningar.

*Låt inte kostnaderna segla iväg – skriv **Lamotrigin Actavis** på receptet nästa gång!*

Indikationerna är: Epilepsi. Vuxna och ungdomar från 13 år: Tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella och generaliserade anfall inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Barn och ungdomar från 2–12 år: Tilläggsbehandling vid partiella och generaliserade anfall inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Monoterapi av typiska absenser. Bipolär sjukdom. Vuxna från 18 år: Prevention av depressiva episoder hos patient med bipolär sjukdom, typ I, vilka upplever övervägande depressiva episoder.

Suicudtankar och självmordsbeteende har rapporterats hos patienter som behandlas med antiepileptika för flera indikationer. Lamotrigin Actavis är receptbelagt och omfattas av högkostnadsskyddet. Informationen är baserad på produktresumé daterad 2009-02-20. För fullständig indikationstext och aktuellt pris se www.fass.se eller www.actavis.se 1. IMS Health, kostnad per expedierad DDD 2009.

Jag är professor, och jag kan ha rätt – ibland



Det har gått ett år sedan jag i Gadeliusrummet på psykiatriska kliniken på Karolinska Universitetssjukhuset Solna accepterade det hedersamma uppdraget att stå för ”Professorsrutan” i Svensk Psykiatri – kul och utmanande.

Tidskriften ska stå för hela den svenska psykiatrin i samverkan med barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri, med siktet inställt på att också beroendeläran ska representeras. Men som bekant går utvecklingen med stormsteg fram och tillbaka – det finns såväl centrifugala som centripetala krafter. Allt är ännu inte cyberrymd.

Mitt eget synsätt är alltsedan 60-talet tvärvetenskapligt – psykiatri i sina olika former bör vara bio-psyko-social. Det är viktigt att å ena sidan ha högt i tak när man formulerar hypoteser och teorier, å den andra måste man ha mycket på fötterna när man försöker slå fast när något är evig sanning. Göran Sedvall och jag fick förmånen att 1960 genomgå forskarutbildningskurs i biokemisk forskningsmetodik med högkvalificerade lärare (varav tre Nobelpristagare). Men även Nobelpristagare kan ha fel när de ytrar sig utanför sitt kunskapsområde. Och dagens fina och allsidiga forskarskolor i psykiatri bör i hög grad bidra till ett balanserat och kvalificerat synsätt utan sektbildning.

Förutom glädjestunderna har jag under det senaste året haft anledning att kritiskt granska en del av vad som händer med psykiatrin. Jag blir ibland bekymrad och noterar avsevärda problem, inte minst med kommunikation. Det förekommer att man på hög nivå tror att saker handläggs – men på svaga grunder. Man talar alltför ofta förbi varandra. Fina initiativ tas, men man samordnar alltför litet. Svensk forskning har tappat mark – det duger inte att bara vila på gamla lagrar. Ett möte på Vetenskapsakademien (KVA) i maj 2010 ordnat för politiker, visade att det i stort sett saknas underlag för att bedöma kostnadseffektiviteten i program som syftar till att försöka motverka psykisk ohälsa hos barn. Det finns då risk för att barn och deras familjer utsätts för ineffektiva program trots skyhöga kostnader (se också SBU-rapport juni 2010).

En redovisning på KVA under ledning av professor Anita Aperia om aktuell psykiatrforskning blev som jag ser det en flopp, därför att man inte hade lyssnat på varandra och inte tagit rimliga kontakter. Mycket ord och för litet verkstad.

Vissa revirstrider förefaller vara eviga – landstingsrepresentanter och vissa politiker drar åt ett håll, de som värnar om kvalificerad utveckling och forskning åt ett annat. Beroendepatienternas situation inom allmänpsykiatrin och primärvården är ofta problematisk – de behandlas ibland som paria.

En önskan från min sida har varit att för hårt arbetande kliniska psykiatrer hjälpa till att berätta vad som händer i de akademiska psykiatriska miljöerna. Ett flertal företrädare har förtjänstfullt bidragit, men vi väntar otåligt på de andra. Att skriva i Svensk Psykiatri måste väl vara bra PR för forskare, ”universitetens tredje uppgift”? Ska vi behöva göra som Tom Sawyer – ta betalt för att man ska få förmånen att måla plank?

Vännen Lars Gunne (som initierade Jakob Adolf Häggsällskapet) har lärt mig att man inte får ägna sig åt ”emeritus-tarvlighet”. Ska försöka lyssna på hans kloka ord och inte ingå i de efterklokas förbund (Jerker Hettas term).

Jag ser också med förväntan fram mot Psykiatrikongressen 2011. ◀

Ulf Rydberg
Fältbiolog och specialist i psykiatri

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2011

NUMMER 1 2011

Tema: Kultur, psykiatri och psykisk hälsa del 2

Deadline 20 februari 2011

Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2011

Tema: Psykiatrins idéhistoria

Deadline 20 maj 2011

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2011

Tema: Det psykiatriska forskandet och den forskande psykiatrin

Deadline 1 september

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2011

Tema: Ej bestämt

Deadline 20 november

Utkommer vecka 49

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.

Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.

Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel

Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.

Skicka gärna med en bild!

Den ska vara i format som kan bearbetas i ex. Photoshop (jpg, tif, gif, eps).

Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskpsykiatri.se



Foto: Shutterstock

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

INGÅR NU I
HÖGKOSTNADS-
SKYDDET
med begränsning*

andrahandsmedel för
som på grund av biverkningar inte tolererat och
därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller
annat läkemedel mot depression.

Återfallsprevention!

Vecka 24

Behandlingsvar!

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid!

Valdoxan® (agomelatin) R_x N06AX22 (övrigt antidepressivum). **Indikation:** Behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna. **Egenskaper:** Melatonerg MT₁ och MT₂ agonist och 5-HT_{2C} antagonist. Ingen påverkan på extracellulära nivåer av serotonin. Inga utsättningssymptom eller effekt på sexuella funktionen, kroppsvikt, puls eller blodtryck. **Dosering:** Rekommenderad dos är en 25 mg-tablett dagligen peroralt före sänggåendet. Om ingen förbättring av symptomen skett efter två veckors behandling kan dosen ökas till 50 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Nedsatt leverfunktion (d.v.s. cirros eller aktiv leversjukdom) Samtidig användning av en potent CYP1A2-hämmare (t.ex. fluvoxamin, ciprofloxacin) **Varningar och försiktighet:** Användning till barn och ungdomar, äldre patienter med demens, Mani/Hypomani, Suicid/suicidtänkar, kombination med CYP1A2-hämmare och laktosintolerans. Förhöjning av serumtransaminaser (>3 gånger den övre gränsen av normalvärdet) har i kliniska studier observerats hos patienter som fått Valdoxan, särskilt i 50 mg dos (d.v.s. 1,1 % för agomelatin 25/50 mg mot 0,7 % för placebo). Serumtransaminaserna återvände vanligtvis till normal nivå vid utsättande av Valdoxan. Leverfunktionstester skall utföras hos alla patienter: i början av behandlingen och sedan periodvis efter cirka sex veckor (slutet på akutfasen), tolv och tjugofyra veckor (slutet på underhållsfasen) och därefter när det är kliniskt indicerat. **Priser:** 25 mg tabletter x 28 st = 441,00 SEK (AUP), 25 mg tabletter x 84 st = 1144,00 SEK (AUP). Valdoxan ingår i läkemedelsförmånerna endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

Senaste översyn av produktresumén 08/2010. För fullständig information se www.fass.se

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, augusti 2010, www.fass.se

* Responsfrekvensen var statistiskt signifikant högre för Valdoxan jämfört med placebo.

** Upprätthållande av den antidepressiva effekten visades i en återfallspreventionsstudie. Patienter som svarat på en 8/10-veckors akut öppen behandling med 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen randomiserades till antingen Valdoxan 25-50 mg en gång dagligen eller placebo i ytterligare 6 månader. En statistiskt signifikant (p=0,0001) fördel för 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen jämfört med placebo visades i det primära effektmåttet, prevention av återfall i depression, mätt som tid till återfall. Incidensen för återfall under den 6 månader långa dubbelblinda uppföljningsperioden var 22 % för Valdoxan och 47 % för placebo.



Servier Sverige AB
Box 725
169 27 Solna
Tel. 08-522 508 00

www.valdoxan.com

Karolinska Institutet Uppdragsutbildning i samarbete med Centrum för psykiatri Fortbildning erbjuder följande kurser

Beroendetillstånd, 12 hp vt- 11

Kursen vänder sig till personal som arbetar med personer med missbruk/beroendeproblematik. Kursinnehåll består bland annat av begrepp kring droger och beroendets mekanismer, grundläggande neurobiologiska, psykologiska och sociala mekanismer vid beroende/missbruk, översiktlig kunskap om effektiva farmakologiska/psykosociala behandlingsmetoder vid beroende/missbruk samt vid samsjuklighet såsom psykisk sjukdom och somatiska komplikationer.

Plats och datum:

Kursträffar sker på Karolinska sjukhuset, Solna under följande dagar: **30-31/3, 13-14/4, 11-12/5, 25-26/5, 8-9/6**

Evidensbaserad psykiatri, 7,5 hp vt-11

Kursen riktar sig till personal som kommer i kontakt med psykiskt funktionshindrade. Kursens mål är att ge ökad kunskap om psykisk ohälsa och evidensbaserad behandling. Det ska leda till effektivare samverkan mellan olika aktörer som arbetar med personer som har psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder och deras närstående.

Plats och datum

Kursen ges på kvartsfart på distans våren 2011. Kursträffarna äger rum på Karolinska Universitetssjukhuset Solna under följande dagar: **21/2, 21/3, 11/4, 16/5, 13/6**

Motiverande samtal, 3 hp vt-11

Kursen vänder sig till personer som har erfarenhet av arbete med missbruk och beroendevård. Motiverande samtal är en evidensbaserad samtalsmetod för att locka fram och stärka motivation till förändring vid bl.a. missbruk och beroende av alkohol och droger. Motiverande Samtal (MI) – Grundutbildning i MI. "Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor."

Plats och datum: Kursträffarna äger rum på Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Datum uppdateras inom kort.

Återfallsprevention, 3 hp vt-11

Kursen vänder sig till personer som har erfarenhet av arbete med missbruk, beroendevård och psykiatri i hela landet. Återfallsprevention är en manualbaserad behandlingsmetod som utgår från bl.a. kognitiv beteendeterapi. Återfallsprevention är evidensbaserad som en effektiv behandlingsmetod vid missbruk och beroende av alkohol och droger.

Plats och datum: Kursträffarna äger rum på Karolinska sjukhuset Solna. Datum uppdateras inom kort.

Familj och nätverksarbete, 3 hp vt-11

Kursen vänder sig till dig som vill få en inblick och introduktion i hur man kan arbeta med familjer i krissituationer. Kursinnehåll består bland annat av familjeterapins olika skolor, kontextteorins grunder samt nätverkssamtal.

Plats och datum: Kursträffarna äger rum på Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Planerad kursstart beräknas till maj månad.

För mer information och anmälan se www.ki.se/uppdagsutbildning eller kontakta projektkoordinator nadja.saltell@ki.se



Nu skall ni bli sås, era rackare

Sitter och leker lite med videobandet. Ni vet de där videobanden där man spelar in sina klienter på Steg 1-utbildningen.

Klienter, förresten. Kan inte riktigt vänja mig vid det ordet. Det är den där kopplingen till Kriminalvården... jag vet inte. Men nu var det inte det som var poängen. Jag sitter och spelar bandet lite fram och tillbaka under tiden jag försöker förstå vad det här är för en person jag ser på bandet, vad det handlar om. Vad jag skall göra.

Man har ju nästan glömt det roliga med spolningsfunktionen, ni minns från den gamla VHS-tiden? Nu för tiden på dvd så väljer man ju bara scener. Nymodigheter. Bah. Men att spola i tiden, framåt och bakåt, det är ju helfestligt egentligen. Kroppsspråket blir 20-talsinspirerat, rösterna gälla och stridiska, pauserna blir avklippta och hårda i kanterna, som nödstopp i kollektivtrafiken.

Jag jazzar runt lite där i tid som redan passerat. Och så plötsligt får jag den där känslan i magen. Något är fel. Det var inte många dagar sedan vi hade det där samtalet, jag och klienten, jag minns vad vi pratade om, hur orden landade, vad jag kände, tyckte och tänkte då. Vad jag trodde att jag hörde och såg. Men det stämmer ju inte! Jag tittar på klienten igen. Ansiktsuttrycken. Stannar bandet, stänger av ljudet. Spolar försiktigt framåt.

Och så ser jag dem.
Mikroemotionerna.

Känslan påminner lite om när man är ute i skogen, det är blött och halt, man är hungrig och börjar frysa lite om tårna i gummistövlarna men vill inte ge upp än, inte än! Med en ynka Karl Johan i korgen, fy så patetiskt. Och så där. I slänten, väl dolda under det fuktiga gräset, hukar de sig i ett desperat försök att inte synas, att inte sluta sina dagar som smörgåspålägg eller sås. Trattkantareller. Underbart! Suget i magen när man ser deras mörka hattar och smörgula fötter.

Så känner jag när jag ser mikroemotionerna.
Nu skall ni bli sås, era rackare.

Paul Ekman har beskrivit de här små pikanta inslagen i vår annars så välkontrollerade ansiktsflora. Ekman erhöll sin doktorstitel i klinisk psykologi 1958, och har forskat kring ansiktsuttryck och kroppsrörelser sedan 1954. Han närmar sig nu så smått de årtio, men är fortfarande aktiv och verksam inom samma fält, på senare tid med viss inriktning mot personlighetsdrag som falskhet och lögnaktighet. Vilken livsgärning, hörni!

Ekman beskriver mikroemotioner som oerhört snabbt övergående ansiktsuttryck – 1/15 till 1/25 av en sekund – som uppstår när en människa avsiktligt eller oavsiktligt försöker dölja en känsla. Mikroemotionerna är i det närmaste omöjliga att upptäcka i den pågående situationen. Men vet man att de finns, och vad de kan representera, så har man möjlighet att eftersöka dem mer aktivt och därigenom skaffa sig ytterligare ett verktyg till att förstå en annan människa.

Nu satt jag framför videobandet med korgen full av smörgula mikroemotioner. Det blev inte sås, men väl terapi. Så mycket mer gripbart när sanningen ligger där framför dig. Alas, kära vänner. Låt oss göra gemensam sak i jakten på det omedvetna. Syns på fältet. ◀

Hanna Edberg

ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm





Behöver psykiatrin närhet till somatiken?

Regionhuset på Baravägen i Lund.

1931 stod Sveriges första psykiatriska universitetsklinik färdig i Lund på initiativ av professor Viktor Wigert. Hans tanke var att föra somatik och psykiatri närmare varandra och byggnaden hamnade därför uppe på lasarettsområdet istället för på mentalsjukhuset S:t Lars i södra Lund. De senaste decennierna har det funnits åtskilliga planer på att flytta hela den psykiatriska kliniken från S:t Lars till lasarettsområdet, men det enda som fått plats där är en del av öppenvården och en del av forskningsverksamheten, samtidigt som Wigerthuset numera huserar annan verksamhet.

Sedan Regionen sålt S:t Lars-området för tioalet år sedan har brådskan att flytta av ekonomiska skäl (hög hyra) börjat göra sig gällande. Långt framskridna planer fanns åter på ett nytt psykiatrihus på lasarettsområdet, när man från regionledningen i somras plötsligt utan beredning bestämde att hela psykiatrin ska flytta in i regionhuset på Baravägen istället. Detta då politiker och administratörer ska flytta till nya lokaler i Västra Hamnen i Malmö.

Geografiskt kommer då psykiatrin visserligen närmare universitetssjukhuset, men med en stor kyrkogård i mellan och så långt bort att biltransport fortfarande krävs för alla sorters undersökningar och akuta tillbud. Det gamla mentalsjukhuset flyttar alltså ifrån en läkande parkmiljö till en kyrkogård. Forskningen mister närhet till forskningsnätverk, laboratorier och neuroimagingmaskiner. Man signalerar härigenom kraftfullt till patienter, allmänhet, forskare och vårdpersonal att psykiatrin fortfarande inte är en del av den "vanliga" sjukvården.

Nyligen uppmärksammades det i lokalpressen att en stor del av läkarna inom psykiatrin protesterar mot flyttplanerna (1), liksom företrädare för akademien (2) och patientorganisationerna (3) gjort tidigare. Detta har inte lett till någon reaktion. Istället presenterar regionledningen ett par dagar senare (4) planer på att riva Wigerthuset för att göra plats för ett gigantiskt laboratoriekomplex och bygga ut det gamla blocket med en ny flygel så att all slutenvård inom somatiken kan få plats *i samma hus(!)*. Resten av lasarettsområdet där psykiatrin aldrig kunnat få plats föreslås exempelvis kunna bli studentbostäder.

Vad hade Viktor Wigert tyckt om att psykiatrin nu skuffas ut ifrån lasarettsområdet en gång för alla? Vad hände med den prioritering av psykiatrin som alla menade var nödvändig? Att psykiatri är en medicinsk specialitet bland andra dit man kan vända sig utan stigmatisering med tillgång till samma somatiska vårdmöjligheter som på andra avdelningar? Redan nu har psykiatrin i Lund blivit en del av en regionövergripande psykiatriförvaltning utan koppling till Universitetssjukhuset och hamnar dessutom snart åter på behörigt avstånd.

Precis som 1930. ◀

Marcus Persson
ST-läkare i psykiatri
Lund

Referenser finns på
www.svenskpsykiatri.se



FOTO: Marcus Persson



Enögd är psykiatern blind även med ögat kvar

Cyklopen Polyfemos blir blind när Odysseus sticker den glödgade pålen i hans öga, inte för att hans öga förstörs utan för att han bara har ett öga. Redan som seende hade han svårt att se i djupled och fick lita till den erfarenhet han skaffat sig på sitt ensidiga sätt. Enögdhet är alltid något som förstör möjligheten att växla perspektiv. Skillnaden mellan Polyfemos' enögdhet och den enögdhet som kan finnas i den akademiska, eller i specialfallet den psykiatriska världen, är att Polyfemos var född med ett enda öga och inte kunde bättre. De flesta av oss människor förblindar oss frivilligt och avsiktligt, eller så föredrar vi att bara titta utifrån det perspektiv som vi gillar. De allra flesta människor söker efter det som bekräftar våra egna föreställningar men här och där finns någon som öppnar fler kanaler, tittar med fler ögon. I bästa fall kommer det leda till att man lär sig något nytt, alternativt att det perspektiv man själv gillar kommer att bekräftas utifrån en annan synvinkel än den som är ens egen.

Detta nummer tema, *det omedvetna*, är brett. På annan plats i numret finns texter om hur begreppet har definierats. Psykoanalysen och Freuds sätt att närma sig själslivet är central för själva diskussionen, även om begreppet myntades innan psykoanalysen. Kognitionsforskningen har bidragit med beskrivningar av hur tänkandet och det psykiska livet hanterar olika svårigheter och påfrestningar. Beteendepsykologin med sina observationsramar har gjort sina beskrivningar av inlärningens betingande kraft. Alla olika teorier och teoretiska företrädare behandlar samma fråga, nämligen frågan om hur och vad människor gör i olika situationer och vilka motivationssystem som är inblandade. Alla iakttagelser pekar enögt på isolerade aspekter som i de olika diskussionerna får företräda/föreställa helheten eller verkligheten. Polyfemos har många ättlingar i vår verksamhet.

En uppsats med siktdjup

Jag har läst en examensuppsats från psykologiska institutionen i Stockholm, skriven 2008 av Jennica Ehn med titeln "Dröm och neurofunktioner".

(<http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:200326>).

Det är en intressant uppsats som kliver bortom cyklopernas värld och tittar på frågan från flera håll. Författaren till uppsatsen har läst Freuds "Drömtydning" och jämfört bokens postulat med iakttagelser från neurovetenskapliga studier av olika slag. Hon beskriver i sin uppsats dels den psykoanalytiska drömteorins huvuddrag och beskriver sedan på samma sätt vad för neurovetenskaplig forskning som finns om drömmar. Jag tror att Jennica Ehn gillar Freud och att hon gärna hade velat hitta gott om belägg för drömteorin från andra forskningsfält.



Foto: Odysseus bjuder cyklopen vin, Nordisk familjebok

Det har hon inte gjort, de forskare hon läst och de artiklar och böcker som skrivits kan inte bekräfta teorin om det omedvetna eller om drömteorin utom i vissa delar.

Däremot har hon visat att varken den psykoanalytiska teorin om drömmandet och dess orsaker eller teorin om det omedvetna alls vederläggs av biologisk forskning om hjärnan. Tvärtom går det att förena vissa data från Freuds och psykoanalysens erfarenhetsbank med data som man får från andra forskningsfält. Ett exempel är att Freud antar att en av drömmens funktioner är att "vakta sömnen", denna iakttagelse får stöd från sömnforskning där det förefaller som att personer som inte drömmer om natten i större utsträckning sover sämre.

Trianguleringens värde

Det är tyvärr inte så vanligt med studier som griper över flera discipliner. Den sorts triangulering som det innebär att studera ett material utifrån flera olika perspektiv är meningsfullt och gör ofta resultaten trovärdiga utanför den egna verksamheten för att man också med andra språk kan göra begripligt det man funnit. Om fynden dessutom reproduceras stärks hypoteserna så att bärande teorier kan bildas.

När det gäller frågan om det omedvetna och möjligheten att förstå något om en persons tillstånd genom att också studera hans drömmar finns i psykoterapisammanhang gott om kliniskt stöd för att arbetet med patienters drömmar är meningsfullt för utfallet av både förståelse och terapiers förlopp. Jennica Ehn kommenterar i sin uppsats frågan såhär: "Det som hittills presenterats till förmån för Freuds drömteori medför att användandet av drömmar i terapeutisk verksamhet kan förordas.

Det tycks som om drömmarna ger oss tillgång till nivåer av vårt inre omedvetna liv och därmed skulle kunna öka självkännedom och bidra till ökad insikt om sådant som styr våra handlingar och beteenden."

Detta nummer av Svensk Psykiatri är spännande med sitt tema och som vanligt hoppas vi att ämnet finns kvar för vidare diskussioner över längre tid. Det vore också spännande om det visade sig finnas fler studier som griper över gränsen kropp/själ så att även de omedvetna psykiska processer som bevisligen finns, oavsett vad det kallas, kunde beskrivas på flera sätt. ◀

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Deadline för bidrag till nästa nummer: 20 februari

"2nd Young Psychiatrists Network Meeting"

Riga, Latvia: April 6-8 2011

Föreläsningar

Are the current paradigms of psychiatry still valid?

Norman Sartorius/Schweiz

Coercive measures in psychiatric systems

Andres Lehmetz/Estland

International project collaboration

Olle Hollertz/Sverige

Dealing with bad leaders

Bengt Lagerqvist/Sverige

Personality Disorders: about DSM-V, international differences in conceptualisation and treatment

Peder Björling/Sverige

Dimitry Romanov/Ryssland

Robert Klotins/UK Lettland

Yakov Kotchetkov/Ryssland

Workshops

Organization of outpatient services

Teaching the teachers

International organisation involvement

Legal issues in psychiatry

Use of diagnostic tools in psychiatry

How to write a grant proposal

Future YP education and research projects

Establishing YP organisations

Poster Sessions och Bar Camp

PhD session

Poster session:

"Mental Health legislation/compulsory measures in theory and practice"

Bar Camp

Study Visit Psychiatric Hospital Riga

Intresserad?

Kostnad: 70€

Kontakt: jerker.hanson@telia.com

marie.bendix@me.com

Cullbergstipendiet 2011



Resestipendier för ST-läkare och nyblivna specialister i psykiatri, barnpsykiatri eller rättspsykiatri
Årets stipendier på sammanlagt 150 000 kr utdelas
med stöd av Natur & Kultur



**STIFTELSEN
NATUR & KULTUR**

Syftet med Cullbergstipendiet är, liksom tidigare, att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på vuxenpsykiatri, rättspsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri. Resestipendiet ska användas till resa och uppehålle vid en psykiatrisk klinik eller institution under en begränsad tid någonstans i världen. Medlen gäller inte egen forskning.

Stipendiet består av tio "poster" om vardera högst 15 000 kronor där man kan söka en, två eller tre sådana poster. Stipendierna ska täcka rese- och levnadskostnader under en kortare period om två–fyra veckor i valfritt land. Om resan endast kan genomföras om partner och barn följer med, är det inget principiellt hinder att använda medlen också till dem – så länge de räcker. Här kommer dock en konkurrens att råda där en kombination av klinisk relevans och genomtänkt ekonomi premieras.

Krav för ansökan

- En redogörelse för målet och avsikten med den önskade resan.
- Kort CV.
- Kontakt med en ämnesföreträdare i utlandet, som man tror har något att ge, och en förfrågan om man kan få auskultera eller om ett studieprogram kan ordnas.
- Uppgift om vilken/vilka personer som man kontaktat och som är villiga att ta emot. Det ska framgå att den mottagande kliniken/institutionen är införstådd att ta emot studiebesöket.
- Ett rekommendationsbrev av en erfaren kollega, såsom överläkare, handledare eller studierektor samt ett intyg att tjänstledighet med lön beviljas.
- En ekonomisk plan inkluderande rimliga rese- och uppehållskostnader. Det ska framgå om en, två eller tre poster à 15 000 kronor söks och motivet därtill.
- Om resan utökas med turistande utanför studierna måste detta bekostas privat.
- Resan ska genomföras under år 2011.

Redovisning

- Efter resans genomförande förväntas en kort (1–3 sidor) redovisning till stipendienämnden för vad resan innehållit och givit, i artikelform så att den kan publiceras i Svensk Psykiatri.
- Kort ekonomisk redovisning.
- Muntlig presentation av resan på max 15 minuter på nästkommande SLUP-konferens.

Ansökan

ska vara stipendienämnden tillhanda senast den 15 februari 2011.

Stipendiernas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg den 16 mars.

Ansökningar sändes till

Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet, 851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna handläggs och bedöms av en stipendiekommitté bestående av Maria Larsson, Peggy Törn, Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Lena Forssén (Natur och Kultur) och Johan Cullberg.

Cullbergstipendiet - kompletterande information

Det kan handla om att delta i klinisk forskning, undervisning eller metodutveckling. Vi ser gärna att du som söker är ST-läkare eller nybliven specialist - gärna odisputerad.

Billigare, men genomtänkta, resmål prioriteras, men avlägsna mål är alltså inte något hinder.

Det råder dock i dag inom svensk psykiatri en stark slagsida mot engelsk-amerikansk klinik och forskning, medan psykiatri i exempelvis Tyskland och Frankrike är ganska okänd. Det finns också många spännande psykiatriska projekt i Norden som är väl värda en studieresa!

Så sätt igång med att diskutera med kollegor och läs de färskaste tidskrifterna för att se var det sker spännande saker! Det går mycket bra att maila även till framstående personer och fråga om man kan få komma! För de flesta ställen är det en fjäder i hatten att få studiebesök även om det kräver en viss ansträngning av dem!



För stipendiekommittén
Tove Gunnarsson

God Jul och Gott Nytt År!





STYRKA SOM SKAPAR STABILITET I LIVET



AstraZeneca Nordic, 151 85, Södertälje, Sverige, tel: +46 (0) 8 553 260 00.



Referenser: Kahn et al J clin psychiatry 2007;68(6):832-42, Peuskens et al psychiatry 2007;november:34-50, Cutler et al. Poster presented at the 8th Annual International Review of Bipolar Disorders Conference, April 14-16, 2008, Vieta et al. Curr Med Res Opin. 2005;21:923-934, Suppes et al. J Affect Disord. 2010;121:106-115, Paulsson et al. Poster presented at the World Psychiatric Association International Congress 1-4 April, 2009, www.fass.se

Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2010-06-22. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Behandling av måttliga till svåra maniska episoder och egentlig depressionsepisod vid bipolär sjukdom. Underhållsbehandling för att förhindra återfall i skov vid bipolär sjukdom hos patienter som tidigare svarat på behandling med quetiapin under maniska eller depressiva episoder. Schizofreni. Underhållsbehandling för patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dosering, en gång per dag, till natten: Vid bipolär depression 300 mg (insättning på fyra dagar; 50 mg dag 1, 100 mg dag 2, 200 mg dag 3, 300 mg dag 4). Vid bipolär mani och schizofreni 600 mg (insättning på två dagar; 300 mg dag 1, 600 mg dag 2). För fullständig information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.

AstraZeneca AB AstraZeneca Sverige 151 85 Södertälje Tel 08-553 260 00 www.astrazeneca.se www.compaz.se

För en tid sedan blev jag kontaktad av Karin Enzell som undrade om hennes minnen kunde vara av intresse för Svensk Psykiatri. Karin som är pensionerad psykiater berättade att hon upplevt 50-talet med lobotomier, insulincoma och elchocker utan narkos. Det bråkiga 70-talet när läkarna detroniserades. Alla terapiformer som utvecklades, kom och gick. 80-talet med sektoriseringen, utvecklingen av gruppboenden och träfflokaler, nedläggning av mentalsjukhusen. Ätstörningsvårdens utveckling. Och mycket annat.

För en historieintresserad redaktör lät detta nästan för bra för att vara sant.

Här publicerar vi nu den första delen av Karin Enzells minnen från ett långt yrkesverksamt liv inom psykiatrin. Ambitionen är att denna inledning ska följas av fler bidrag i kommande nummer.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

En resa genom den svenska psykiatrins historia - Del 1

Känner mig ibland som psykiatrins historia.

Jag föddes i en liten landsortsförsamling 1931 och gick sex år i B3-skola.

Under senare delen av 30-talet fick jag min första kontakt med psykiatrin. Pappa fick skjutsa en grannpojke till Sancta Gertrud i Västervik, efter att han tillbringat senaste dygnet i en kalvkätte i ladugården. Han tillbringade resten av sitt liv i den tidens familjevård. Jag blev påmind om honom sista gången vid en av mina bröders begravning 1987. Min bror var politiker och höll tydligen kontakt med honom. På en av blombuketterna fann jag hans namn och "Du var så snäll".

Det krävdes mycket övertalning av Mamma och lärarinnan för att Pappa skulle gå med på att jag fick bli inackorderad i Valdemarsvik, så att jag kunde ta realen i samrealskolan där 1948. Till fortsatta studier fanns inte pengar, så efter lantshushållsskola blev det Röda Korsets sjuksköterskeskola i Stockholm 1951-1954. Där var det gratis kost och logi och så småningom en liten fickpeng. Eftersom mitt mål då var att bli distriktssköterska så ingick en placering på Beckomberga 1952. Detta var alltså innan moderna psykofarmaka fanns att tillgå. Området var omgärdat av höga stängsel, in och ut kom man via bevakad port. Nyckelknippan var tung. Aldrig glömmar jag introduktionen jag fick av en översköterska: "tänk på, att de intagna här skyr inga medel för att komma härifrån". Så blev man utskickad att gå genom de långa kulvertarna, där patienter kurade i avbalkningar! En dag fick jag besked att jag skulle vikariera som sköterska på "manliga stormen".



Foto: Wikipedia/public domain
Flygfoto över Beckomberga sjukhus

Jag blev insläppt av en vårdare, han eskorterade mig till en expedition, där jag blev inläst. Jag förväntades dela ut de fåtaliga mediciner som fanns att tillgå, mestadels sömnmedicin och vitaminer. Han följde mig sedan runt på avdelningen. Jag var glad över mina långa kjolar, man fick se upp, annars fick man gärna ett tjuvnyp i rumpan! Spottloskor fick man också undvika. Där fanns salar för ett tiotal patienter och låsta celler för de allra mest våldsamma. Där var sängarna golvfasta och enda sängkläder var ett grovt täcke som kunde spännas fast runt patienten. I badrummet, stort och ljus, fanns tre stora badkar för långbaden, de täcktes av lädertäcken, för att behålla värmen. Runt långväggen fanns väggfast bänk, där patienter kunde spännas fast. Över ett av badkaren låg en bred bräda, där man kunde placera patienter som skulle spolav efter att de måst uträtta sina behov fastspända i sängen.

En manisk pat. följde med på rundan, han kommenterade de flesta av sina medpatienter. I badrummet pekade han på en man på bänken och sa: "den där, syster, den ska syster akta sig för, han älskar nystekta människooöron, men han vill skörda dem själv!" (se f.ö. Bejeröth "Vardagsbilder"). Undra på att man inte glömmar en sådan upplevelse!

Inte heller har jag glömt när vi var åtta personer som fick hålla fast en kvinna i sängen medan hon fick el-behandling utan narkos och muskelavslappande medel . ◀

Karin Enzell
Pensionerad allmänpsykiater, med dr, geropsykiater,
ätstörningspsykiater...
Stockholm

Från Bergman till Hollywood II – psykiatrisk filmfestival åter på SPK i mars

Svenska Psykiatrikongressen den 16-18 mars 2011 kommer åter att äga rum i filmstaden "Bergakungen" i Göteborg och liksom under SPK 2009 kommer det parallellt till övrigt program att finnas ett filmspår. Vi som arrangerar den "psykiatriska filmfestivalen" hoppas att man bara ska kunna gå på den under SPK 2011, och åka från Göteborg med en stor och breddad kunskap på flera plan utan att ha gått in i någon annan föreläsningssal än den där filmerna visas!

Om anknytning, suicidologi och svåra livsval

Programmet är fortfarande inte helt klart men bland de föreläsare som är det ses bland andra Göran Rydén som utifrån en något oväntad filmtrilogi kommer att diskutera moderskap och anknytning. Vidare kommer Bo Runeson tillsammans med undertecknad utifrån filmklipp diskutera aktuell forskning om suicidologi och vad vi kan lära från film för att bättre förstå, och förhoppningsvis kunna förebygga suicid. Ett annorlunda sätt att lära om den suicidala processen som vi hoppas ska ge nya vinklar på det nog allra svåraste i vårt arbete.

Dessutom kommer Mikael Landén utifrån en dokumentär om människor som genomfört könsbyte och ångrat sig hålla en föreläsning med diskussion kring detta.

Så varmt välkommen in i biomörkret under SPK i mars, några dagars tillfälle att lära om psykiatri på ett lite annorlunda sätt.



Maria Larsson

Psykiater och psykiatrisk filmfestivalsarrangör SPK 2011

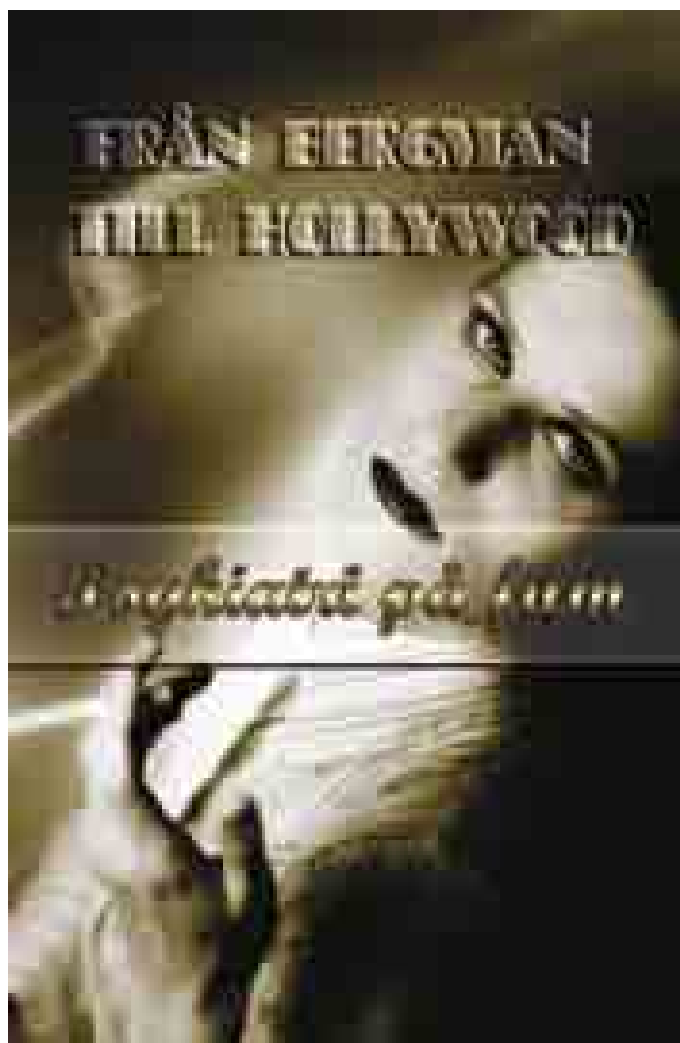
Nytt och återkommande

Liksom vid 2009 års psykiatriska filmfestival kommer Peder Björling att visa ett avsnitt ur den nu relativt välkända serien "In treatment" och diskutera terapeutrollen som psykiater. Denna gång blir det ett avsnitt från säsong två som kommer användas som underlag för diskussion.

En gång cineast, alltid cineast, och även Svante Bäck återkommer med olika filmklipp i ett nytt "Filmtajm" under denna andra psykiatriska filmfestival, med en bred blandning från filmens underbara värld med olika intressanta aspekter på psykiatri.

Varför film och psykiatri?

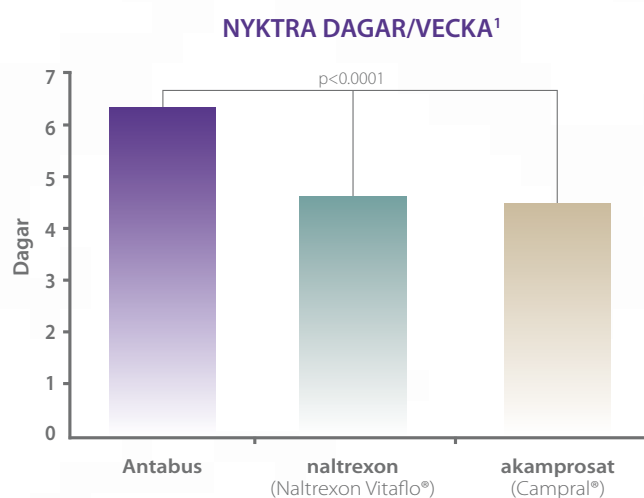
Axel Haglund, en av filmfestivalsarrangörerna, om varför film är ett så bra medium för att lära om psykiatri; "Filmkonstens audiovisuella representationer av mänskliga uttryck och erfarenheter kan vara oöverträffat som utgångspunkt för diskussioner om människan som biopsykosocial varelse". Självtänksomhet kan jag inte annat än att hålla med, och att nu åter få möjlighet att med film som grund föra diskussioner och vidga sin psykiatriska kompetens med hela Sveriges psykiaterkår känns därför som en självklarhet när kongressen äger rum i en filmstad. En chans som inte går att missa!





Tror du att Antabus® blivit omodernt? Då är det dags att tänka om!

Antabus är effektivare än både naltrexon och akamprosats på att uppnå nykterhet.



Föreslå att din nästa patient som är beroende av alkohol påbörjar behandling med Antabus. Då kan du ge honom eller henne en möjlighet till ett nyktert liv.

Antabus® (disulfiram); Rx; F; Brustabletter 200 mg, 100 st och 400mg, 50 st. Indikation: Alkoholism och alkoholmissbruk. Varning: Antabus® får aldrig ges utan patientens vetskap. Antabus® kan i sällsynta fall ge upphov till allvarliga leverskador. Kontraindikationer är inkompenenserad hjärtsjukdom, manifesterade psykosor, allvarlig organisk leverskada, tidigare leverpåverkan vid behandling med Antabus® och aktuell leversjukdom. Informationen baseras på produktresumé daterad 2008-11-06. För dosering och aktuellt pris se FASS.se

¹ Laaksonen et al, Alcohol and Alcoholism, oktober 2007

Slutspurt i arbetet med att utveckla en ny teknisk lösning för de psykiatriska kvalitetsregistren

Med spänning ser vi fram emot 2011 då den nya gemensamma plattformen för de psykiatriska kvalitetsregistren ska tas i bruk. Vad kan vi förvänta oss? Vad blir nytt?

Jag har fått förtroendet att vara SPF:s representant i styrgruppen för Nationellt

kvalitetsregister för psykiatri. Under två år har jag följt utveckla en lösning som motsvara behov av enkel, användarvänlig inmatning, utvecklad återrapporteringsfunktion och ökad patientdelaktighet i form av funktion för patientinmatning.

Bakgrund

Den låga täckningsgraden i befintliga psykiatriska kvalitetsregister samt verksamhetens upplevelser av att registreringsarbetet är för tungt och att man inte ser någon direkt nytta i det dagliga arbetet är några viktiga orsaker till att SKL under 2008, på uppdrag av Socialdepartementet, startade NKP-projektet för att utveckla kvalitetsregistren och dess tekniska lösning.

(NKP). Under två år har jag följt utveckla en lösning som motsvara behov av enkel, användarvänlig inmatning, utvecklad återrapporteringsfunktion och ökad patientdelaktighet i form av funktion för patientinmatning.

Övergripande mål för projektet är att kvalitetsregistrering framöver ska bli en självklar del i det dagliga vårdarbetet och ett användbart redskap i det fortlöpande förbättringsarbetet. För att uppnå målen sker under projektiden ett nära samarbete mellan styrgruppen för NKP, det nya kompetenscentret KCP (Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro/Uppsala) och registerhållare för de olika psykiatriska kvalitetsregistren. SKL:s uppdrag att leda och koordinera arbetet planeras vara färdigt senast 2010-12-31 men för att inom projektet hinna med arbetet med konvertering och migrering av data från befintliga

IT-system har projektiden, efter ansökan hos Socialdepartementet, förlängts till 2011-03-31.

Då ska det finnas en portal för kvalitetsregister inom psykiatrin med kapacitet att hantera en stor mängd gemensam information samt områdes- och diagnosspecifika variabler för såväl befintliga som nytillkomna register. Minst nio psykiatriska kvalitetsregister ska vara kopplade till portalen vid avtalstidens slut.

Därefter övertar KCP förvaltarrollen och ansvaret för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Aktuellt

Nya infallsvinklar är patientens ökade delaktighet i registreringsarbetet och möjligheten att kunna koppla på extramoduler med mer specifika frågeställningar till befintliga variabeluppsättningar. När det gäller patientens ökade deltagande är det tänkt att patienten, inför uppföljning eller i samband med sjukvårdsbesök, via internet ska ha möjlighet att göra en livskvalitetsskattning samt svara på frågor om sjukdomens/symptomens svårighetsgrad och det faktiska aktuella läkemedelsintaget.

I det pågående arbetet att skapa en gemensam frågebank deltar företrädare för VUP, BUP, de olika psykiatriska kvalitetsregistren och Kvalitetsstjärnan. De ingår i en expertgrupp (den s.k. Lilla gruppen) vars uppgift varit att göra en omfattande genomgång av alla frågor som idag används i de olika registren. För att svara mot kvalitetsindikatorer och nationella riktlinjer har många frågor reviderats och nya frågor har skapats. Snarlika frågor har "ensats" för att passa i flera register. Könsspecifika perspektiv, variabler för att bättre fånga komplikationer och tecken på utveckling av metabola tillstånd, mm. har varit i fokus. Synpunkter och råd har inhämtats från verksamhetsrepresentanter och styrgrupper för respektive register. Efter kvalitetsgranskning har frågorna samlats i ett frågebibliotek som framöver också är tänkt att ligga som grund för skapandet av nya frågeuppsättningar för nya register.

Inför 2011

I skrivande stund kan jag meddela att den nya plattformen finns! Ett intensivt testarbete pågår för närvarande. Prestandatester har gjorts och bedömningen är att den tekniska lösningen vid leverans ska vara robust och driftsäker. Vid införandet kommer den att innehålla fungerande kommunikation med HSA-katalogen och den uppfyller säkerhetskraven med inloggning via SITHS. Inmatningsmiljön har genomgått två användbarhetstester med representanter för de olika registren och resultatet är i huvudsak positivt. Testerna har visat att det finns några inmatningsfunktioner som behöver förbättras men väl inne i applikationen är miljön densamma oavsett vilket register du registrerar i och patienten kan vid samma tillfälle registreras i ett eller flera register utan dubbelinmatning av registergemensam information.

Det finns annan önskvärd funktionalitet som fortfarande är under utveckling, såsom speciell modul för patientens övriga diagnoser och för aktuella läkemedel. Standardrapporter finns från början och arbete pågår med att skapa en rapportgenerator för att verksamheten ska kunna skapa egna rapporter. Då den gemensamma tekniska lösningen för de psykiatriska kvalitetsregistren under 2011 tas i bruk är det nio behandlings- eller diagnosspecifika register som finns med från starten.

Det ser ut att finnas kapacitet för fortsatt utveckling av funktionalitet och användbarhet och förutom fortsatt anslutning av nya psykiatriska kvalitetsregister är tanken att också somatiska register ska kunna ansluta sig till den gemensamma plattformen.



Kristina Lindwall Sundel
Leg läkare, specialist i psykiatri
Svenska Psykiatriska Föreningens representant i NKP:s styrgrupp

Förkortningar:

HSA-katalogen = Hälso- och sjukvårdens adressregister
SITHS = en typ av elektronisk identitet, e-tjänstekort för vård och omsorg

Deadline för bidrag till nästa nummer: 20 februari



Antidepressiv behandling utan serotonerg biverkningsprofil.¹

Idag är SSRI-läkemedel etablerat förstahandsval vid behandling av egentlig depression. Men vissa patienter får biverkningar, såsom sexuell dysfunktion, viktuppgång och somnolens, av dessa serotonerga läkemedel. Voxra, för behandling av egentlig depression, är ett andrahandsval för patienter som fått biverkningar och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

- Voxra har antidepressiv effekt jämförbar med SSRI (paroxetin, sertralin).²⁻⁷
- Voxra har inga serotonerga biverkningar såsom sexuell dysfunktion, viktuppgång eller somnolens.^{1,2,6,7}



GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 Solna. Tel 08-638 93 00. www.glaxosmithkline.se, info.produkt@gsk.com



Den enda selektiva noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmaren.

Voxra® (bupropionhydroklorid) Rx, F*. ATC-kod N06AX12. **Indikation:** Behandling av egentlig depression hos vuxna. **Styrkor och förpackningar:** Tablett med modifierad frisättning 150 och 300 mg, förpackning om 30 respektive 90 st av båda styrkor. **Dosering:** 1 gång dagligen. Tabletterna ska sväljas hela. Rekommenderad startdos 150 mg, kan ökas till max 300 mg. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot bupropion. Samtidig användning av annat läkemedel innehållande bupropion (Zyban®). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2010-07-14.

*Voxra ingår i läkemedelsförmånen endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

Referenser: 1. Voxra Produktresumé. GlaxoSmithKline, www.fass.se. 2. Papakostas et al. European Psychiatry 2008; 23: S205, abstract P0046. 3. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005 Aug;66(8):974-81. 4. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000; 61: 196-202. 5. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997 Dec;58(12):532-7. 6. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006 Mar;51(4):234-42. 7. Croft et al. Clin Ther 2002 Apr;24(4):662-72.

Det omedvetna i nya perspektiv Ett psykiskt system mellan handens och känslans beröring

Alf Nilsson, Symposium 2009

Alf Nilsson, professor emeritus i klinisk psykologi i Lund, organiserar sina professionella erfarenheter i skrifter om uppkomsten av den psykiska människan. Efter att bland annat ha satt affekter, kognition, språk i ett evolutionärt och psykologiskt/biologiskt utvecklingssammanhang, har han i boken *Det omedvetna i nya perspektiv*, tagit sig an en uppgift som Freud påbörjat, men som varken Freud själv eller någon annan psykoanalytiker fullföljt; att kombinera ett evolutionärt och utvecklingspsykologiskt perspektiv på systemet det omedvetna. Denna inre realitet är enligt Freud lika omöjlig att uppleva direkt som den yttre. Alf Nilsson går till verket med vetenskapliga och teoretiska anspråk vilket tydligt präglar hans framställning. En av hans utgångspunkter är beröringen, såväl den sensoriska som den emotionella, som redan tidigt i barnets utveckling förenas i kroppskontakten i amningssituationen. Han anser att förekomsten av det omedvetna som system kan härledas såväl genom psykoanalytiska som allmänpsykologiska ansatser.

Fyra hypoteser om systemet det omedvetna

Författaren formulerar och prövar fyra hypoteser baserade på Freuds formuleringar.

- Det omedvetna är den orubbliga mentala fond ur vilken alla utvecklade mentala förmågor springer.
- Det finns ingen medvetet tänkande, upplevande eller kännande utan en ständigt "motiverande" verksamhet som pådrivande i det omedvetna.
- När omedvetna föreställningar väl är på plats utgör de oförstörbara fakta
- Människan är i grunden oförmögen att nå den absoluta sanningen om det omedvetnas natur inom sig.

Arbetet inleds med en genomgång av Freuds tankegångar kring det omedvetna som innehållande såväl bortträngt som icke bortträngt, det vill säga icke medvetet upplevt, mentalt material. Beskrivningen av Freuds formuleringar från Drömydning och framtåt kopplas både till Freuds samhälleliga och personliga omständigheter.



Logik i den yttre och den inre världen

Stor vikt läggs vid psykoanalytikern och den matematiske logikern Ignatio Matte Blancos insatser. Han är den som mer än någon annan efter Freud fördjupat tänkandet kring systemet det omedvetna genom sina formuleringar kring bi-logiken och symmetriskt och asymmetriskt tänkande. Vi pendlar ständigt i vårt upplevande mellan klassifikation och igenkänning baserad på likhet respektive olikhet. Denna pendling äger rum också inom drömlivet men där med tonvikt på likhetsaspekterna. Matte Blanco menar, liksom Freud själv, att dennes viktigaste upptäckt gällde egenskaper hos den symmetriska logiken som bland annat återfinns i drömmen. Denna logik karaktäriseras av att vara oförenlig med begrepp som rum, tid, kausalitet och rörelse samt av avsaknad av motsägelsefullhet och negation.

Neurobiologi och perceptgenes

Alf Nilsson anser kanske överraskande, att varken teoretiker som Lacan eller Bion utvecklar sitt tänkande på ett sätt som ger stöd åt det omedvetna som ett system. Utgående från Piaget och Matte Blanco prövar författaren tanken att det omedvetna som system börjar utvecklas hos barnet när inre föreställningar börjar formas. Han undersöker vidare hur forskning inom psykologi och neurobiologi kan ge stöd vad gäller det omedvetna som system. Han har en speciell källa till kunskap genom sin förtrogenhet med den perceptgenetiska forskningen och dess metod att belysa subliminal perception, varseblivningen av ett stimulus under tröskeln för medvetet upplevande. Sådan varseblivning hanterar affektivt laddade ord och bilder annorlunda än neutrala. Alf Nilsson redogör för tre vinjetter från psykoterapier i vilka också perceptgenetiskt grundade bedömningar gjorts. Dessa vinjetter fungerar som pilotstudier som indirekt kan stödja hans hypoteser.

Affekter, motivation och varseblivning

Han undersöker även om utvecklingspsykologisk kunskap och teori kan stödja antagandet om ett elementärt omedvetet mentalt system. Affekterna och deras förmåga att beröra samt fysiologiska mänskliga behov ställs i centrum som motivationsfaktorer. Författaren gör en bred genomgång av Tomkins affektteori med neurobiologiska kopplingar. Med utgångspunkt från ansiktsuttryck och upplevelse av dessa kopplas Tomkins tankar om igenkänning till Matte Blancos teorier och vidare till sensorisk beröring som källa till igenkänning. Affekterna fogar samman nuet och det förflutna i den varseblivning som möjliggör igenkänning och beröring.

Teorier om varseblivning, kognition, affekter och språk relateras till möjligheten av ett omedvetet mentalt system, vilket skulle kunna vara basen för rekognitiva föreställningar vilka överlagras av förmågan till evokativa föreställningar då hjärnan mognar. Författaren konstaterar utifrån sin litteraturgenomgång att försök att närma sig frågan om ett omedvetet system med filosofiska och enbart kognitiva redskap utan att räkna med affekter och intentioner har visat sig ofruktbara. Han menar att det finns ett visst neurobiologiskt och affektkognitivt stöd för att ett omedvetet system finns, ett system vars funktion så väl fylogenetiskt som ontogenetiskt föregår det medvetna.

Rekognitiva föreställningar och script

En av hörnstenarna i det omedvetna som system är sålunda de rekognitiva föreställningar som barnet utvecklar före åtta månaders ålder, vilka aldrig kan bli tillgängliga för medvetandet. De fungerar som "igenkänningsraster". En annan hörnsten är affekterna som når vårt medvetande via känslökvaliteter. Det förtjänar att påpekas att även om man tänker sig att omedvetna processer i stor utsträckning är kopplade till evolutionärt tidiga strukturer i mellanhjärnan som det limbiska systemet, kan man också tänka sig att cortikala centra till exempel orbitofrontala är involverade.

Om man tänker sig att affekterna är centrala, ger detta också hypotesen att det omedvetna som system fungerar som källa till nödvändig motivation. Här formas konturerna av vad som senare manifesterar som grundläggande script eller mönster. På denna nivå saknas språk, tecken som kan peka mot bakomliggande företeelser – i den meningen är kunskapen om det omedvetna lika ouppnåelig som den direkta kunskapen om yttvärlden. Författaren tycker sig sålunda ha stöd för sina inledningsvis formulerade hypoteser.

Givande och krävande läsning

Alf Nilsson överblickar stora centrala kunskapsfält, bland annat evolutionsteori, utvecklingspsykologi, affekternas neurobiologi, kognition och psykoanalys, evolutionsbiologi, med en blandning av tydlig logisk och mer associativ koppling till bokens huvudtema. Dessa överblickar är i sig värdefulla, klargörande och sammanfattande. De gör framställningen varierad och rik, den är tätt vävd och ställer i vissa avsnitt stora krav på läsaren som dock genom sammanfattningar får hjälp att hitta tillbaka till kärnfrågeställningarna i bokens tema. Boken har en självklar plats i psykologi- och psykoterapiutbildningar, men lämpar sig också för studiecirkel för erfarna professionella då den kan vara utgångspunkt för ett givande, avancerat tankeutbyte. ◀

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

ERICASTIFTELSEN

PSYKOTERAPI • UTBILDNING • FORSKNING

**Psykoterapeutprogram med inriktning på
barn- och ungdomspsykiatri 90 hp**
Kursstart 6 september 2011, 6 terminer

Handledar- och lärarutbildning 45 hp
Kursstart 1 september 2011, 4 terminer

**Mentalisering i psykiatriskt arbete med barn,
ungdomar och föräldrar 15 hp**
Kursstart 7 februari 2011, 2 terminer

www.ericastiftelsen.se

Deadline för bidrag till nästa nummer: 20 februari

Tips och råd när Du skall gå en SK-kurs enligt METIS-formatet

Undrar du hur du ska ro i land kurserna du förväntas gå som ST-läkare? Har du hört talas om METIS? Läs denna artikel så kommer du att få det lättare.

För en tid sen anmälde jag mig till några SK-kurser enligt METIS-formatet. Antagning sker två gånger per år. På www.ipuls.se kan du se alla dessa kurser som går att söka, skriv METIS som sökord. SK-kursen enligt METIS-formatet är en vecka lång sammanlagt, men begär inte en sammanhängande vecka ledigt. Fortsätt läs så förstår du varför.

Kursen består av flera delar: en webbaserad distansdel med tre halvdagar utspridda över sex veckor och kallas för Fas 1: *Bygga*. Därefter följer tre dagar med ett fysiskt kursmöte på plats med lärare och kollegor som är deltagare på kursen, detta är Fas 2: *Överbrygga*.

Slutligen kommer Fas 3: *Tillämpa* som är examinationen och består av en avslutande halvdag på distans som du har åtta veckor på dig att göra.

När kursen startar får du ett lösenord till den webbaserade lärplattformen Ping Pong och en ny värld öppnar sig. Nu börjar Fas 1: Bygga på distans på webben i Ping Pong. Där finns kursbeskrivningen med syften och kompetensmål. Du hittar litteraturlistor i Ping Pong, du får utmanas av ett självtest på litteraturen och i flera kurser får du en chans att lämna in ett hjärnskrynklande inlämningsfall. Det är bra att vara ute i god tid så du hinner beställa fram artiklar och låna/köpa enstaka böcker och om du behöver skicka in ett fall under Fas 1. Under den här sexveckorsperioden med distansstudier är det tänkt att Du skall använda de rekommenderade fyra timmarna studietid per vecka för ST-läkare till att förbereda dig på kursmötet.

När jag senast gick kursen i Psykofarmakologi blev det under denna första distansdel läsning, diskussioner med min handledare, mer litteraturläsning och samtal med kollegor om artiklar jag läst på fikarasten. Under de sex distansveckorna dök det upp ett användbart fall på den mottagning jag var placerad på. I psykofarmakologikursen behöver man inte skicka in ett fall i Fas 1, men jag tänkte redan då på att jag skulle kunna använda mitt fall senare i Fas 3, Tillämpa.

Några av mina kollegor var extra nyfikna på självtestet och förhoppningsvis lockas även du av att få testa dina kunskaper.

Du har obegränsat antal försök under de sex distansveckorna. Veckorna rullade på, jag tog mig över de 80 % rätt man behöver för att bli godkänd på självtestet på Fas 1 och därmed fick jag tillgång till informationen för Fas 2, kursmötet.

Bitvis förvirrad på en högre nivå men inspirerad och laddad kommer jag till kursmötet. Jag är nu inläst på litteraturen och bekant med begreppen men en hel del frågor och funderingar har dykt upp längs vägen. Nu följer tre dagar av diskussioner, fall, seminarium, gruppövningar, frågestunder och studentaktiverande föreläsningar. De kunskaper jag erövrat under den första distansdelen får jag nu öva på att tillämpa med hjälp av lärare och de andra kursdeltagarna.

Hemkommen efter kursmötet har jag examinationen i sikte. Jag har redan upptäckt ett fall jag gärna vill fördjupa mig i psykofarmakologiskt och får tillämpa mina kunskaper i skarpt läge. I Ping Pong hittar jag instruktioner och bedömningsmall. Ännu en gång går jag igenom litteraturen för att kunna skriva mitt fall. Deadline närmar sig, åtta veckor kan gå snabbare än man tror. Jag skickar in fallet med förväntansfullhet. En tid går och sedan kommer feedback från kursledningen. Jag får respons och det känns som en högtidsstund, något som jag kommer minnas. Ytterligare en tid senare ligger kursintyget i brevlådan. Min handledare och jag bockar av ännu en kurs på listan och det känns skönt. ◀

Tove Janarv

ST-läkare i psykiatri i Västerås och på METIS-projektet



Hör vi barn och unga med autism?

Den besynnerliga händelsen med hunden om natten

Författare: Mark Haddon

Översättning: Ulrika Jannert Kallenberg

Än en gång uppmuntrar våra kära kollegor på SP-redaktionen till nya utmaningar.

Under ett av våra förberedande redaktionsmöten i Stockholm i höstas nämnde rättspsykiatrikern Kristina Sygel boken som hon redan hade läst.

Huvudredaktören Tove Gunnarsson föreslog lite frågande om det inte var något för en barnpsykiatriker att recensera?

Jag blev väldigt nyfiken på att själv läsa boken. Och en bokrecension kom som en stimulerande faktor.

Om författaren

Mark Haddon, son till en arkitekt, föddes 1962 i Northampton i England. Staden har ca 200 000 invånare och ligger ca 13 mil norr om London. Mark är vegetarian. Han är gift, frun är engelsklärare på universitet. De har två söner.

Barnboksförfattare och illustratör. Haddon har viss personlig erfarenhet av att arbeta med människor med autism.

Om boken

Översättning av Ulrika Jannert Kallenberg, etablerad översättare och frilansjournalist.

Denna bok vann 2003 års Whitbread Book Awards, för att "Den hade använt funktionshinder att kasta ett ljus över världen".

Juli 2009 förklarade Haddon på sin blogg att boken inte specifikt är om Aspergers syndrom och att han inte är en expert på ämnet. Haddon använder faktiskt aldrig ordet "autism" i boken. I stället lämnas stort utrymme för läsarens egna tolkningar och slutsatser. Haddon snarast experimenterar med litterära perspektiv i processen att "skriva sig själv" och skapar en intressant berättelse som får mig att tänka på många som kan ha glädje av den annorlunda romanen.

Boken är skriven i förstaperson-perspektiv av Christopher, en 15-årig pojke som växt upp i Swindon, en stad med ca 150 000 invånare, 13 mil väster om London, i sydvästra delen av Storbritannien.

Haddon påstår att han gjorde mycket lite formell forskning när han skapade karaktären Christopher.

Recensenten Nicholas Barrow i Spectator anser skildringen vara oförenlig med patienter med Aspergers syndrom och att vara "nedlåtande, felaktig och inte underhållande".



Romanen består av 229 sidor indelade i 233 delar och ett appendix. Alltså numrering av kapitlen i *primal* snarare än sekventiellt, i överensstämmelse med Christophers fascination för primal (beskrivning av primal finns i boken sidan 19).

Givande sidor: Beröring och humor!

Rolig, till skratt, när man uppträcker hur man kan se, uppleva, beskriva verkligheten från så olika synvinklar.

Ofta sorglig, till gråt, vid konstaterande om hur begränsad kunskap/förståelse om människans kognitiva förutsättningar, psykets variationer, kan leda till så mycket lidande.

Flera enastående komplicerade och logiska uppfattningar och förklaringar av händelser och handlingar som upplevs tråkiga och meningslösa, så ibland hoppade jag över text med fördjupat avancerat resonemang.

Kärnan i boken

Berättelsen börjar när Christopher, en 15-årig pojke som kan alla världens länder och deras huvudstäder och alla primal up till 7507, hittar grannens hund Wellington dödad av en högafler 7 minuter efter midnatt!!

Christoffer gillar hundar och detektivromaner, klarar lysande matematik och har fenomenalt fotografiskt minne.

Hans lärarinna uppmuntrar honom att skriva.

Och Christopher, inspirerad av Sherlock Holmes deckare, bestämmer sig för att lista ut vem som är mördaren och ta fast denne.

Christopher gör framsteg i utredningen som avslöjar mycket annat hemskt om hans föräldrar och deras grannar.

Han behöver använda matematiska pussel, diagram, kartor, spelbrickor, mosaikmönster, andragradsekvationer och andra beräkningar för att bearbeta information och känslor från omgivningen, som har minst lika svårt att förstå och göra sig förstådda av honom.

Fortsättning sidan 44

Katastrof och psykisk hälsa

Sverige har varit jämförelsevis förskonat från katastrofer och därför har inte heller psykiatri i vårt land behövt ägna sig särskilt åt detta ämne. Det stora landet i väster är däremot mera utsatt och katastrofpsykiatri tar allt större utrymme. För en översikt rekommenderas den nyligen publicerade *Mental Health and Disasters* (Cambridge 2009) som visar på forskningsfältets begynnande mognad.

Tsunamin 2004 var ett bevis på att Sveriges undantagsstatus i världen inte längre består. En frukt av tsunamin blev min avhandling *Disaster and Recovery* som jag lade fram vid KI i september. Här är ett referat av densamma.

Avhandlingen bygger på enkätsvar från 1505 personer från Stockholm vilka samtliga hade varit i drabbade områden; svaren insamlades 14 månader efter katastrofen. Studieggruppen var unik. Till skillnad från nästan alla tidigare studier drabbades denna grupp knappast alls av de sekundära effekterna av katastrofen. Dessutom bestod den av människor med relativt lite av tidigare riskfaktorer i bagaget. Det gjorde det möjligt att särskilt undersöka betydelsen av upplevelser i direkt anslutning till katastrofen för den senare psykiska hälsan. Resultaten visade som förväntat att de värst utsatta mådde sämst 14 månader senare. Viktigaste fyndet var dock att upplevelsen av enbart livshot under katastrofen medförde ökad rapportering av både allmän psykisk ohälsa och typiska posttraumatiska besvär. Det här är fynd som borde ha betydelse även för vardagssjukvården. Exempelvis kan det få konsekvenser för omhändertagandet på akutmottagningarna av oskadade personer som överlevt bilolyckor.

I avhandlingen jämfördes studieggruppen också med ett urval av Stockholms befolkning. När man tog hänsyn till exponeringens betydelse visade det sig intressant nog att den minst utsatta gruppen tsunamiöverlevare under året efter katastrofen hade varit *mindre* sjukskriven än jämförelsegruppen, trots en långtgående matchning av grupperna. Det här pekar mot ett fenomen som tilldragit sig ökat intresse under senare år, nämligen att det inte bara är svåra händers patogena innebörd som är intressant; vad gör att de flesta människor trots allt klarar sig bra eller t.o.m. som i det här fallet har en förbättrad "funktion"?

Helt klart är det av stor betydelse vad som inträffar efter händelsen. I avhandlingen kunde man konstatera ett samband mellan missnöje med det stöd man fått, privat eller formellt, och lägre psykisk hälsa 14 månader efter tsunamin. En slutsats är att det kanske är viktigare att syna stöd som inte fungerar än att bara fylla på med mera stöd. En annan att man bör gå vidare med kvalitativa studier av *bemötandets* betydelse för återhämtningen. Intressant nog saknar detta ord en entydig engelsk översättning.



Avhandlingen finns att ladda ned som pdf från www.cefam.se.

Lars Wahlström
Konsultenheten Psykiatri Sydväst och CeFAM Kris &
katastrofpsykologi



FOTO: Daphne Macris



Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdag den 17 mars 2010 klockan 17:00

Plats: Biograf Bergakungen, Göteborg

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av två justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - i. styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. skattmästarens redogörelse
 - iii. revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
 - a. Motion från Föreningen för Konsultationspsykiatri om stadgeändring beträffande inträde i föreningen
 - i. Nuvarande lydelse § 3: *För medlemskap krävs att man: är medlem i SPF; är verksam inom konsultationspsykiatri; vill verka för främjande av föreningens målsättning enligt § 2. Om medlemskap beslutar styrelsen.*
 - ii. Föreslagen ny lydelse § 3: *Medlemmar i Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) kan antas som medlem i Föreningen för Konsultationspsykiatri (FKP). Styrelsen i FKP fattar beslut om medlemskap i FKP.*
10. Val av ledamöter till styrelsen enligt § 10
11. Val av revisorer och revisorssuppleanter
12. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
13. Val av valberedning
14. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
15. Övriga frågor
16. Mötet avslutas

Hans-Peter Mofors
Sekreterare i SPF

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande i SPF



Allt i livet är biokemi – *tänk* på det!

Det var i maj 1994 i Gyllene salen i Stockholms stadshus. Promotion av nyblivna medicine doktorer hade just ägt rum. En av de nypromoverade skulle hålla tal på sina kollegers vägnar – han hette Elias Arnér – då helt okänd för mig. Han höll ett av de bästa tal jag någonsin hört. Ett tema var hur ens handledare ska vara funtad, i form av en djurfabel värdig Aisopos och La Rochefoucauld.

Jag kunde inte låta bli att sedan kontakta Elias, så vi åt lunch tillsammans. Fick då veta att hans far var författaren Sivar Arnér och hans mor var konstnärinnan Lenke Rothman, ledamot av Kungliga Akademien för de Fria Konsterna – inte undra på hans bildningsnivå. Han har varit medverkande i en utställning, "Begrepp – en samling", 1992 på Galleri Mejan, Konstakademien, i samverkan med Lennart Wetterberg, Rolf Luft m.fl. Vi har sedan hållit viss kontakt genom åren och vi har många fina beröringspunkter med gemensamma vänner. Elias är gift med en barnpsykiater, har varit Dekanus för forskarutbildning och har nu blivit professor vid KI, men trots sin djupa bildning inte formellt i psykiatri utan i biokemi, särskilt selenbiokemi! Nu slog det mig att Svensk Psykiatri skulle må väl av ett inlägg av honom om det vi inte är medvetna om, om gränsöverskridanden, om ett slags limesövergång. Jag har självsvåldigt inbjudit honom som gästskribent – få kan uttrycka sig med sådan elegans som Elias. Läs och njut. ◀

Ulf Rydberg

I den här kolumnen, "Professorsrutan", skrev Ulf Rydberg i juni numret i år några reflektioner kring dagens psykiatri i Sverige. Han avslutade sin betraktelse med ett citat av Goethe, som fanns att läsa i föreläsningssalen på institutionen för medicinsk kemi vid Karolinska Institutet. I den salen disputerade jag i september 1993 och jag valde också detta citat som motto i min avhandling. Vi var dock knappast de första att tilltalas av orden som citerats. Erik Jorpes, professor i medicinsk kemi vid Karolinska Institutet 1947-1963, som gjorde banbrytande upptäckter kring bl.a. heparin och dess användning som antikoagulantia, använde citatet som ingress i introduktionen av hans betraktelse över Berzelius – den svenska kemins fader (se Bidrag till Kungl. Vetenskapsakademiens historia; Nr 7, av Erik Jorpes [1966], "Jac. Berzelius. His Life and Work"). Det lär också vara Jorpes som lät måla orden på väggen i föreläsningssalen. Idag är salen personalmatsal för universitetsadministrationen på Karolinska Institutet och de målade orden försvann tyvärr vid iordningsställandet av denna matsal. Citatet vi talar om hämtades från Goethes *Faust*:

**"Wenn sie nicht konnte
Die Elemente,
Ihre Kraft und Eigenschaf
Wäre kein Meister
Über die Geister"**

Fritt översatt:

**"Den som inte känner
Elementen
Deras kraft och egenskaper
Kan inte vara mästare
Över Anden"**

Varför denna koppling mellan kemi och ande, mellan *Elementen* och *die Geister*? Varför vill Jorpes, Rydberg och jag så gärna citera dessa rader? Är det en önskan hos oss forskare att finna ”mening”? Var det kanske en tanke hos Goethe att kemin – som Berzelius säkert så väl talade om när de träffades – kunde ge en ytterligare dimension till det tänkta, det skrivna och det kända? Nej, det är mer än så. Livet *är* biokemi. *Alla* aspekter av livet. *Är* biokemi. Elementen och Anden.

Tänk så upprymda vi alla kan bli av en film, en god bok, en utställning, en pjäs, en trevlig samvaro med vänner, nära och kära! *Tänk*. Så spännande det är att se fram emot en utlandsresa, en konferens, en helgdag, en födelsedag! *Känn*. Dofta på hösten, på vinet, på chokladen, på blommorna, på tvålen. *Upplev*. Så arga vi kan bli på orättvisor, på svartsjuka, avundsjuka och svek! *Smärta*. Så uppfyllda vi kan bli av religion. Jesus, Gud, Mohammed, Allah, Buddha, Osiris, Isis. *Tro*. Hur många gudar, förebilder, idoler, andar, inspiratörer, finns det egentligen? *Ateism*. Psykos, depression, mani, tvångssyndrom, rädsla, ilska, fobi. *Psykiatri*. *Biokemi*. Är det livet? Javisst!

**Vad är biokemi? Vad är liv? Vad är ”den fria tanken”?
Vad är Anden?**

Jag ser på livet, på människan, på konst, på psykiatri och på biokemi, som olika aspekter av samma Existens. Livet. Anden. Jag borrar mig genom forskning in i mer och mer kunskap kring selenproteiner, redoxbiologi och cancer. Det är biokemi. Jag tänker och lär, jag känner och agerar. Det är också biokemi. Jag har svårt att se hur någon enda aspekt av vårt liv, våra känslor och våra tankar kan vara något annat än biokemi.

Biokemi – livets kemi – innefattar de processer som ger upphov till liv och som propagerar liv. Biokemi är de kemiska reaktioner mellan molekyler som bygger den levande organismen. Genom att organismen – vare sig den är en bakterie, archaea eller människa – oavbrutet interagerar med den omgivning som den lever i, så måste interaktionen med omgivningen också ingå i den kompletta ekvationen. Därmed blir också allt som existerar, del av livets kemi. Gaia. Allt är Ett. Gud. Konceptet är inte nytt. Men, varför därmed den starka rädsla, nästan avsky, som flera (långt ifrån alla) psykiatriker med kognitiv inriktning visar psykofarmakologisk behandling? Och, varför den starka rädsla, nästan avsky, som flera (långt ifrån alla) psykiatriker med psykofarmakologisk inriktning visar kognitiv beteendeterapi? Utgör de olika angreppssätten till psykiatrisk (o)hälsa inte bara olika aspekter utav biokemi? Genom farmaka kan vi förändra våra tankar, psykiatriska processer, signalvägar, känslor och symptom. Det kan vi också genom kognitiv beteendeterapi, psykoterapi, en bok, en film, en middag, en utlandsresa. Vi gör det bara på olika sätt och med olika effekter. Men det vi påverkar är hur vårt eget och våra patienters liv och tankar gestaltas. Biokemi.

Vad är våra tankar och våra känslor om de inte är resultatet av kemiska processer? Hur kan Anden vara separat från Materian, om den påverkar densamma? Hur kan Elementen vara separata från Anden? Det kan de inte. ◀

Wer Sie Nicht Kennte Die Elemente, Wäre kein Meister Über die Geister.

Elias Arnér
Professor i biokemi
Karolinska Institutet



Johann Wolfgang von Goethe

Foto: Wikipedia/public domain

SLUP har fått en logotyp!

Ingen har väl missat att ST-läkarna för lite mer än ett halvår sedan bildade en ny subsektion till SPF, SFBUP och SRPF? Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri blev namnet, förkortat SLUP.

Jag tog på mig att designa en ny logotyp och tog inspiration ifrån förkortningen "SLUP" till att rita en slup (fig. 1) som strävar mot framtiden som specialist mot en tvåfärgad bakgrund precis som i SPF:s logotyp. I båten som symboliserar vår sektion satt två ST-läkare och bakom båten bogserades en jolle som symboliserade våra AT- och underläkare som vi öppnat upp för som medlemmar, även om de ännu inte har någon ST-tjänst. På seglet fanns Asklepios orm slingrad runt den grekiska bokstaven Psi, som ofta får symbolisera psykologin.



Fig.1

När detta var klart bad styrelsen mig att gå vidare med att digitalisera skissen. Jag kontaktade Carol Schultheis som omgående ordnade detta (fig. 2)



Fig.2

Efter diskussioner i och utanför styrelsen bland engagerade medlemmar beslöts att jollen gjorde loggan för plottrig och den försvann samtidigt som båten vände riktning mot framtiden (fig. 3) som tydligen ligger åt samma håll som man läser



Fig.3

Efter en beslutsrunda till, har detaljerna under hösten slipats till perfektion och såhär ser den fastställda versionen ut (fig. 4).



Fig.4

Tack Carol för ett fantastiskt arbete - det här är en logotyp som kommer att synas många år framöver! ◀

Marcus Persson
ST-läkare i psykiatri, Lund
Styrelseledamot i SLUP
ST-representant i SPF:s styrelse



NCP 2012

20th Nordic Congress of Psychiatry
5 – 8 June 2012

Welcome to NCP 2012 in Tromsø

Understanding minds and crossing borders
Centennial Nordic Congress of Psychiatry

Preannouncement

The 20th Nordic Congress of Psychiatry will be held in Tromsø, Norway 5 – 8 June 2012. It is organized by the Norwegian Psychiatric Association and the Norwegian Association for Child and Adolescent Psychiatry on behalf of the Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations and in cooperation with all the Psychiatric Associations in Northern Europe. There will be a separate program for candidates in psychiatric specialisation (GIS).

The scientific program will have a broad scope. Particular attention will be given to the influence of living conditions, social support and cultural diversities upon the prevalence of psychiatric disorders; stigma and anti-stigma; genetic and epigenetic research; mental health services in primary care; clinical communication and self care. Emphasis will also be placed upon the newest developments within the central psychiatric treatment modalities including psychopharmacology and psychotherapy.

We will use the opportunity to celebrate the centennial collaboration between the Nordic countries and to include new members of the family.

The conference venue will be in the centre of the town with short distances to all congress and cultural activities. The program will be announced spring 2011.

www.ncp2012.org

Det goda diagnostiska omdömet

I nummer 3, 2010, av Tidskriften för Svensk Psykiatri kunde vi läsa en artikel med rubriken "Att uppfinna sjukdomar".

I glada tonarter skojade där psykologen Anders Almingefeldt om psykiatrins särskilda diagnostiska hjälpmedel DSM-systemet som är på väg mot sin femte utgåva år 2013. En särskild ny sjukdom, satir förstås, på förslag kallad *hortolism*, skildrades ingående. Kort sagt, artikeln tog avstamp i sjukdomen trädgårdsmissbruk, och den svingade sig sen upp i de högre sfärerna där den kulminerade i fantasier om en pillerdistribution utan gräns och människan berövad sin individualitet med stöd av DSM-V.

Det är lite tröttsamt med en förnyad repetition av den gamla klagolåten som hördes när DSM-III en gång i tiden kom med det första heltäckande kriteriesystemet till stöd för psykiatrisk diagnostik. Redan under det tidiga 1980-talet när det här inträffade florerade skräckfantasier om att yrkespersonen skulle underkasta sig ett instrument som på ett groteskt sätt förenklade psykiatrin genom att ge skissartade kriteriebeskrivningar av de mest utmärkande symtomen vid de olika psykiska störningarna. Samma farmakofobiska tonläge som utmärker den aktuella artikeln förekom också för 30 år sen. Dessa diagnoser som beskrivs i DSM utmålas som pillerjackpotmaskiner. När du drar i spaken ramlar de industriella drogerna rätt ner i gapet.

Läs förordet till DSM-manualen!

Där står tydligt i klartext att den informationsmängd som räcker för DSM-diagnosen aldrig räcker till som underlag för en behandlingsplanering, det ska till mycket mer information än så och dessutom ett gediget alliansskapande arbete innan behandlingen får sin mer definitiva form.

Och varför skulle yrkespersoner inom psykiatrin nödvändigtvis vara så enkla i anden att de villigt underkastade sig ett system som aldrig utgivits för att ersätta kliniskt omdöme och gediget kliniskt kunnande inklusive gediget och erfarenhetsbaserat diagnostiskt kunnande? Varför denna raljanta drapa gällande ett av de fåtaliga diagnostiska hjälpmedel som psykiatrin har till sitt förfogande och som naturligtvis ska brukas med allra bästa omdöme?

Det är självklart för den som är det minsta insatt i DSM-systemets funktion som kliniskt hjälpmedel att det ska brukas med bästa omdöme. Klinisk psykiatri är en verksamhet som faktiskt inte kan bedrivas ansvarsfullt och etiskt försvarbart utan ett gott omdöme. Den som använder DSM-systemet på ett sätt som ens kommer i närheten av det som satiriskt skildras i den aktuella artikeln, är inte bara okunnig utan också oprofessionell. Den sillen var salt i överkant kan man säga om artikeln. Varför ge en sådan nidsbild av psykiatrins yrkespersoner i deras egen facktidsskrift?

Men DSM-systemet ska förstås kunna både diskuteras och kritiseras. Dessutom ska sättet det brukas på också belysas och kritiseras. Där har artikelförfattaren tyvärr flera poänger. Det finns ett klart problem i det att systemet är otydligt när det gäller diskussionen patologi-normalitet. Problemet är att det faktiskt inte finns någon skarp gräns, de allra flesta ohälsotillstånden representerar ytterligheter av kontinuiteter. Då kan man inte dra en skarp gräns. Men just därför är det desto mer angeläget att diskutera med sin patient (sic!) vad som bör hanteras eller åtgärdas och vad som bör lämnas ifred. DSM säger inte ett smack om vad som ska åtgärdas eller hur. Det är yrkespersonens sak i samverkan med patienten.

Tyvärr förekommer ett missbruk av systemet i den bemärkelsen att det händer att man tar en genväg via DSM och tonar ned den kliniska diagnostiken på ett oansvarigt sätt. Det är beklagligt att det inträffar och det måste tas upp. DSM är ett hjälpmedel som måste brukas med kunskap och också med god vilja och gott omdöme. Det är precis som med bilkörning. Kör du som en galning och lämnar omdömet hemma på hatthyllan går det lätt åt skogen. Men varför ska du göra det, vad ska det vara bra för?

Psykiatrin har behov av diagnostiska hjälpmedel som vägledning till både diagnos och behandling, men sådana hjälpmedel måste också användas på det sätt som de är konstruerade för. Därför behövs diagnostisk utbildning av klass. Eller är det så illa att det tryck som läggs på psykiatrin att lindra plåga snabbt och effektivt förleder yrkespersoner att ta otillbörliga genvägar? Då är detta ett allt överskuggande problem som måste högst upp på agendan.

Jag kan nog påstå att det inte blir bättre utan DSM. Jag var med på den tiden när kriteriestödet saknades. Då rådde diagnostisk anarki, och det önskar ingen återvända till. Då var det pondus och prestige som fällde avgörandet, ibland blev det bra, ibland sådär, ibland inte alls bra.

DSM-systemet ska inte övervärderas

Till sist - DSM-systemet ska inte övervärderas, och ingen ska bokstavstroget och fundamentalistiskt underordna sig det man tycker sig förstå av texterna. Det goda omdömet kan aldrig ersättas av skattningsskalor, strukturerade intervjumanualer eller interaktiva internetprogram som alla bär tidsprägel och alla har sina svagheter och ofullständigheter. Men det goda omdömet kan och ska förstås nyttjas till ett klokt bruk av dessa olika former av hjälpmedel till diagnostik och behandling som psykiatrin av idag förfogar över. Kasta inte ut barnet med badvattnet med andra ord!



Jörgen Herlofson
Specialistläkare i psykiatri, leg psykoterapeut
Danderyd



Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en svensk, ideell insamlingsstiftelse med målsättningen att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet. Medel delas ut årligen, senast 1 miljon kronor.

För att fortsätta att aktivt kunna stödja svensk forskning inom området, behöver vi dig som medlem!

Du betalar in till Plusgirokonto 90 07 501 eller Bankgirokonto 900-7501.

Årsavgift: 100:- för enskild medlem

Ständig medlem: 2000:-

Stödjande medlem/företag: 10 000:-/år.

Gåvor från enskilda och organisationer är varmt välkomna.

Om Du önskar ytterligare information tag kontakt med Psykiatrifondens ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se, tfn 033 616 40 55.

Genom att bli medlem eller skänka en gåva bidrar Du till att möjliggöra psykiatrisk forskning och är med och motverkar fördomar.

Jag stödjer Psykiatrifonden:
Arvid Lagercrantz



Foto: Ulla Montan



PSYKIATRIFONDEN

WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE

Att styra det "automatiska"-biofeedback



Temat för detta nummer är det omedvetna. I vår kropp pågår hela tiden en mängd inre fysiologiska processer som vi knappt är medvetna om. Genom biofeedback kan man lära sig att uppmärksamma och känna igen kroppsliga, automatiska, "omedvetna" funktioner och styra dem i önskad riktning. Biofeedback visar att det är fullt möjligt att viljemässigt förändra funktioner som i grunden regleras automatiskt.

Biofeedback och psykofysiologi - vad är det?

"Learning by doing while doing" var namnet på den internationella konferens om psykofysiologi som hölls för ett par år sedan i Söderhamn, under ledning och på initiativ av PBM:s grundare professor Bo von Scheele. Namnet på konferensen sammanfattar kort och gott kärnan i psykofysiologi och biofeedback. Psykofysiologi är vetenskapen om hur mentala processer påverkar och styr kroppsliga processer och tvärtom. Det handlar om samspelet mellan tankar, känslor, beteenden och fysiologi. Det vi gör, tänker och känner påverkar vår kropp (fysiologi), men fallet är också det omvända. T.ex. kan en spänd kropp signalera till hjärnan att "det är bäst att vara igång" och hjärnan skickar då signaler att stress-systemet ska vara aktiverat. Omvänt signalerar en avspänd kropp att faran är över och hjärnan kan slå av stress-systemet. Förenklat kan man säga att du genom att t.ex. magandas långsamt och regelbundet lurar hjärnan till att sända ut "lugna hormoner" i kroppen, varpå du blir mer och mer avslappnad.

Psykofysiologi integrerar vetenskapsområdena psykologi och fysiologi/medicin.

En gren av psykofysiologin kallas för biofeedback. Bio betyder liv och feedback återkoppling. Biofeedback innebär att man får en direkt återkoppling från sina biologiska system. Återkopplingen sker med hjälp av moderna mätinstrument där man t.ex. på en datorskärm kan följa vad som händer i kroppen samtidigt som träningen/mätningen pågår. Biofeedback är med andra ord den praktiska behandlingstillämpningen av psykofysiologi. En person sitter med sensorer på kroppen, uppkopplad vid en dator och kan där följa och träna viktiga stress- och återhämtningssystem när t.ex. hudkonduktansen, syremättnaden, koldioxiden, hjärtfrekvensen, muskelspänningen och fingertemperaturen ändras beroende på vad personen gör, tänker eller känner.

Biofeedbackträning bygger på grunder i basal inlärningspsykologi: respondent- och operant betingning samt kunskaper om hur vår hjärna fungerar vid t.ex. stress. I mångt och mycket är det vår gamla reptilhjärna och däggdjurshjärna som styr stresspåslag.

Om man exempelvis andas snabbt och spänner axlarna kommer reptilhjärnan att mobilisera ett stresspåslag för att vara i beredskap. Om vi däremot sänker axlarna och andas lugna reslår reptilhjärnan av på stresspåslaget. Genom systematisk träning hjälper vi parasympatikus att slå på och en ny hälsosam vana betingas in.

Biofeedbackträning har goda dokumenterade behandlingsresultat bl.a. vad gäller: stress, oro, hypertension, huvudvärk, smärta, hjärtbesvär, panikångest, inkontinens samt ADHD.

Hur kan man arbeta med tillämpad psykofysiologi?

Ett analys- och utvärderingsverktyg

När PBM gör psykofysiologiska bedömningar sker detta med hjälp av psykofysiologiska standardiserade mätningar. Här kan man se reaktioner på olika former av stress, hur återhämtningsförmågan ser ut, om personen har en förmåga att slappna av och om det föreligger hyperventilation, vilken kan vara maskerad och svår att upptäcka utan psykofysiologisk mätteknik. En viktig markör för hälsa-ohälsa i detta sammanhang är hjärtfrekvensvariabiliteten som därför undersöks extra noggrant. Under mätningen växlar personen mellan olika stressbetingelser, aktiv avslappning, och en "neutral" baslinje. Under tiden mäts EKG, blodtryck, fingertemperatur, syremättnad i blodet, koldioxidhalt i utandningsluften, hudens elektriska ledningsförmåga, andningsrörelser och EMG, dvs muskelspänningar.

Ett pedagogiskt redskap

De flesta som arbetar professionellt med biofeedback är överens om att ett stort värde ligger i pedagogiken. Det blir tydligt att vad du som person gör, har hög relevans för hur du mår, och att du har förmågan att själv påverka din hälsa. "Poletten trillar ner", säger många klienter. I många fall handlar det om ren kunskapsöverföring på individuell nivå. Själva mätningen i sig blir ett viktigt pedagogiskt verktyg. När man efter mätningen går igenom resultatet tillsammans med klienten får denne ofta en aha-upplevelse. "Är det så här min kropp reagerar när jag slappnar av resp. stressar?" Han/hon får en konkret bild av vad som händer i kroppen vid stress resp. återhämtning vilket kan verka ytterst motiverande i det fortsatta behandlingsarbetet.

Ett träningsredskap

Med hjälp av biofeedback kan man påverka kroppens egna processer och skapa en balans i systemet, vilket på ett effektivt sätt ökar återhämtnings- och prestationsförmågan. För många räcker åtta veckors träning, 10-15 minuter om dagen. Ofta handlar träningen om att träna biologiskt gynnsam andning, avslappning och/eller tankeövningar, där individen ensam eller med behandlaren kan följa resultaten av olika strategier i realtid. För vissa målgrupper kan bärbara biofeedbackinstrument (se länkar nedan) vara utmärkta hjälpmedel. Instrumenten hjälper dem att fokusera, ger dem större kroppskännedom samt gör dem motiverade att förändra sina beteendemönster. Målet är att så småningom kunna reglera sig själv mentalt och kroppsligt utan hjälp av mätinstrumenten; att lära sig hur det känns när man gör "rätt".

Slutreflektion

Biofeedback motiverar många gånger klienterna att komma igång på allvar med att träna t.ex. andning och avslappning. De får direkt feedback och mätbara data, vilket kan vara svårt att få till på ett bra sätt i regelrätt KBT. Min uppfattning är att klienterna ofta tycker att det är mycket spännande och intressant med biofeedback som ett komplement till regelrätt samtalsbehandling. Det är dessutom lätt att träna och utvärdera på egen hand, vilket gör klienterna mer aktiva i sin behandling. Särskilt användbart är det för klienter som saknar motivation och förståelse för sin problematik, som t.ex. tonåringar eller personer med mångårig problematik. Som en bonus ger arbete med biofeedback dessutom variation i arbetet som kliniker. ◀

Text och foto: Daniela Lambert

Leg. psykolog

PBM Sweden AB i Göteborg

Länkar för den intresserade:

www.aapb.org

www.bfe.org

www.pbm.se

Deadline för bidrag till nästa nummer: 20 februari

Fortsättning från sidan 34

Christophers tillvaro ter sig mer komplicerad med *överkänslighet för ljud, beröring, bruna och gula färger* samt *inkontinens*.

Metaforer, otalat språk som t.ex. ansiktsmimik, gör honom *förvirrad*. Och struligt med egenskapen att "*tala alltid sanning*".

Berörande och skickligt berättad ur ett nytt perspektiv i kapitel 157 där Christopher läser moderns brev med bekännelser, och får veta att hon varit vid liv hela tiden och att fadern har ljugit för honom om det! Och i nästa kapitel, 167, får han från fadern höra sanningen om Wellingtons död!

I kommande delar, får man med hjärtat och hjärnan följa med Christopher i hans flykt från Swindon till London, från far till mor, från otrygghet till hopp!

I sista kapitlet 233 gör Christopher en hastig men väldetaljerad beskrivning av sitt självständiga liv i framtiden, som vuxna försöker skapa med hänsyn till varandras förutsättningar.

Rekommenderas

En mordgåta med en autistisk tonåring ur ett nytt perspektiv för föräldrar och ungdomar.

Värdefull för allmänheten och beslutsfattare i skolan och fritiden, i frågor om psykisk hälsa hos barn och unga.

Inte minst aktuell för allmän kännedom hos personal inom vården, i synnerhet psykiatri, pediatrik, primärvård och habilitering.

För att vidare rekommenderas vid frågan *om vi hört om barn- och unga med Aspergers syndrom!* ◀

Gloria Osorio

Specialistläkare Barn- och ungdoms psykiatri

Överläkare - MLL

BUP-Gävleborg

Att bli sig själv igen

– med effektiv behandling

En väg ut ur det svåra

Som specialist på depressionssjukdomar är du naturligtvis intresserad av att kunna erbjuda dina patienter en effektiv behandling. Därför bör du titta närmare på Cipralex® (escitalopram).

Cipralex är ett modernt* antidepressivt läkemedel som med dokumenterat god effekt¹⁻² ökar möjligheterna att behandla patienterna till remission.

Patienter i remission hittar snabbare tillbaka till en fungerande vardag och får en ökad livskvalitet – viktiga mål såväl för dig som specialist som för patienten och dennes anhöriga.



cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) Rx (F) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2010-08-24. DOSERING: 10–20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20 mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flaska. För pris och vidare information, se FASS.se.

* SSRI/SNRI

- 1) Cipriani et al. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2.
- 2) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; Medisinsk metodevurdering, Rapport Nr 17-2007.

H. LUNDBECK AB. BOX 23, 250 53 HELSINGBORG. TEL 042-25 43 00. FAX 042-20 17 19. lundbeck.se

CINP World Congress i Stockholm 2012

Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP) arrangerar vartannat år en världskongress med ca 5000 deltagare.

Nästa kongress kommer att äga rum i Stockholm 3-7 juni 2012.

För mer information se <http://www.cinp2012.com/>

Helt hysteriskt!

Jag hade den stora förmånen att bli tilldelad Johan Cullbergs resestipendium i år, utifrån min önskan att få åka till Storbritannien och studera konversionssyndrom i Leeds och Edinburgh under tre veckors tid.

Jag arbetar i min vardag som ST-läkare i Borås och har med åren alltmer kommit att intressera mig för konversionssyndrom utifrån mitt intresse för psykoterapi, hypnos och dissociation. Under min neurorandning befästes detta intresse.

Första veckan spenderade jag på LGI, Leeds General Infirmary, där jag vistades på Ward 40, som går under konsultpsykiatriern Peter Trigwells flagga. Ward 40 är en psykosomatisk avdelning, belägen mitt i sjukhuset bland de övriga somatiska avdelningarna. Till avdelningen kommer mycket svårt somatiskt sjuka patienter, där den somatiska vården inte lyckats med sina behandlingar, på grund av att det psykologiska inslaget varit alltför stort.

På avdelningen finns åtta platser och väntelistan är lång. De flesta är svårt sjuka och tvingas ibland flytta till intensivvården eller andra somatiska avdelningar. Detta kräver förstås mycket av teamet och de psykiatriker som arbetar på avdelningen. De sköter både den somatiska vården och den psykologiska behandlingen. Utöver Dr Trigwell, som förutom att driva avdelningen också arbetar som områdeschef för de psykiatriska subspecialiteterna på sjukhuset, drivs avdelningen av en specialist i konsultationspsykiatri, och en ST-läkare. Utöver läkarna består teamet av psykiatrisjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Notabene finns inga psykologer, men de läkare som arbetar på avdelningen är alla psykoterapeutiskt/psykoanalytiskt skolade och aktivt intresserade av de terapeutiska processerna. Jag har aldrig tidigare sett ett mer sammansvetsat och kunnigt team. Det var spännande att få ta del av deras kompetens och se vilken synergistisk effekt som kan uppstå när ett team lyckas samarbeta, hur kraftfullt det kan bli. De lägger mycket tid och energi på en rak kommunikation, där parallellprocesser benämns och används diagnostiskt.

I Edinburgh vistades jag två veckor på neurologkliniken, Western General Hospital, auskultandes hos neurologen Dr Jon Stone och neuropsykiatriern Dr Alan Carson. De har specialiserat sig på konversionssyndrom, vilket vill säga neurologiska symtom som svaghet, motoriska symtom och PNES, psykogena icke-epileptiska anfall, som inte förklaras av organisk sjukdom eller skada. Förutom den forskning de bedriver kring fenomenet har de varje vecka mottagningar för patienter som utvecklat problematiken.

Dr Stone började intressera sig för den här patientkategorin tidigt i sin karriär, då det var patienter han regelbundet återfann i kliniken, men som ingen uttryckte intresse för eller hade kunskap om. Forskningsdata (Brain. 2009 Oct;132(Pt 10):2878-88, Clin Neurol Neurosurg. 2010 Nov;112(9):747-51) antyder att cirka en av sex patienter som söker på neurologen har symtom som diagnostiskt kan klassas som konversionssyndrom.

Då heller inte psykiatriern hade ett utarbetat behandlingsprogram för dessa patienter, trots att de tillhör psykiatriern, började han själv intressera sig för dem, ta tillbaka dem på sin mottagning och forska i ämnet.

Dr Stone har utarbetat sitt eget förhållningssätt till dessa patienter. Han menar att det viktigaste i mötet är utbildning. Att ge dessa patienter en diagnos, det vill säga funktionella motoriska symtom eller dissociativa attacker, istället för att bara berätta för dem vad de INTE har – stroke, MS alternativt epilepsi - tar bort den frustrerande upplevelsen av att inte ha fått några svar från sjukvården. Han lägger därför mycket tid på att förklara för patienten vad symtomen rör sig om. Att det är fel på mjukvaran snarare än hårdvaran (att nervsystemet inte är skadat, men att det inte fungerar som det ska), att det är ett verkligt tillstånd de har, inte något de inbillar sig eller simulerar, och att det går att bli bättre men att det tar tid. Därefter ger han dem information om den hemsida han skapat, www.neurosymptoms.org, som innehåller information om syndromet, riktat till patienter.

Denna hemsida har nyligen översatts till svenska av Dr Michael Mazya, ST i neurologi på KS, under adressen www.funktionellasympptom.se. Rekommenderas varmt för intresserade kollegor!

Dr Stone ber patienterna läsa informationen, fundera över den diagnos han satt och om de tycker sig känna igen sig i diagnosen till nästa besök. Utöver detta låter han alltid patienten få en kopia på det remissvar han dikterar till remitterande instans, där han återigen utförligt förklarar sina fynd. Han menar att detta ger tydlighet gentemot patienten och ytterligare ett tillfälle för patienten att utbildas kring sitt tillstånd.

För många patienter blir det här startskottet till att förbättras. I och med att de bemöts med respekt av någon som uppenbarligen är mycket kunnig inom området och får ett namn på, och en förklaring på, sina svårigheter, samtidigt som de informeras om att det inte är en dödlig sjukdom, startar en läkningsprocess. Det går inte längre energi åt att jaga en diagnos, eller att övertyga omgivningen om att de faktiskt är sjuka.

Dr Stone menar att det initialt inte är till hjälp för patienten att lägga fokus på dennes livshistoria och den traumatisering som ofta finns där. Han tror på att tydligt begränsa sig till de neurologiska symtom som uppenbarar sig, och att det är mer produktivt att ägna sig åt en psykologisk behandling först när patienterna har tilltro till sin diagnos. Då denna patientkategori just har svårigheter med gränssättning vill han hålla hårt i tyglarna, och på så sätt hjälpa patienten med att hålla ihop sig och sina gränser.



Dr Stone remitterar till psykoterapi när han finner lämpligt, vilket lokalt rör sig om terapi med framför allt kognitiv beteendearikning, med en del psykodynamiska element. Han remitterar även vissa patienter med funktionella motoriska symtom till en kollega, Professor Warlow, för hypnosbehandling, då hypnos är en av de metoder som ofta fungerar på dissociativ problematik.

Mina två veckor i Edinburgh passerade hastigt, och jag hade gärna förlängt tiden för att kunna få ytterligare kött på mina magra patientstocksben. Jag återvände till Sverige med en stor tacksamhet för den värme och öppenhet som visades mig i Leeds och Edinburgh. Jag fick bli en tillfällig medarbetare på klinikerna och fick mig till livs en hel del belly-laughs och riktiga möten.

Väl hemma i vardagen känner jag en längtan efter att finna kollegor som intresserar sig för problematiken och har glatt mig åt att få skriva denna artikel och på så sätt få formulera ett upprop:

Var finns ni som finner detta lika spännande och intressant som jag? Var finns ni som arbetar med detta, regelbundet eller då och då? Hur ser kunskapsläget ut i Sverige idag?

Om ni arbetar med konversionssyndrom regelbundet, eller har ett fall att berätta om, så skulle jag uppskatta om ni mejlar mig, så kanske det finns möjlighet att på sikt skapa ett nätverk för kunskapsutbyte.



Tack Johan Cullberg för din generositet! ◀

Text och foto: Elisabeth Lundén
ST-läkare Vuxenpsykiatri, SÄS
Elisabeth.Lunden@vgregion.se

Vidare läsning:

Stone J. Functional Symptoms in Neurology – the bare essentials. Practical Neurology 2009;9:179-89

www.funktionellasymptom.se

www.fpk.se (Föreningen för Konsultationspsykiatri) för ytterligare referenser till lämpliga böcker och tidskrifter i ämnet.



Viktiga frågor för Nordiska samarbets- kommittén

Söndagen den 21 november träffades styrelsen för den Nordiska samarbetskommittén (Nordic Joint Committee) för ett av sina regelbundna möten. Som sekreterare i SPF ersatte jag denna gång vår ordförande Lise-Lotte, som hade förhinder. Att på detta vis få representera SPF under en dag var både stimulerande och oerhört lärorikt.

Det nordiska samarbetet kan blicka tillbaka på en mångårig historia, som påbörjades för snart hundra år sedan. Firandet av detta jubileum var en av många frågor som berördes på mötet.

För oss yngre psykiatriker (i den mån jag ännu kan sälla mig till en yngre generation) är innebörden och betydelsen av den nordiska gemenskapen inte lika självklar som för många av våra äldre kollegor. I samtal med kollegor från andra länder blir man snabbt varse om vårt arbete i ett vidare perspektiv, både nuvarande och med rötter som sträcker sig långt tillbaka, då villkoren för både invånare och sjukvård såg väldigt annorlunda ut mellan länderna.

Syftet med det nordiska samarbetet klargörs i stadgarna, som slår fast att kommittén först och främst ansvarar för utgivningen av **Nordic Journal of Psychiatry**. Därutöver alternerar föreningens länder med att organisera den **Nordiska psykiatrikongressen** vart tredje år (nästa gång 2012 i Tromsö). Föreningen ska verka för professionell samverkan mellan ländernas psykiatriska föreningar och man diskuterar också internationellt samarbete, bl.a. med **World Psychiatric Association**.

Som medlem i SPF får vi alla tidskriften *Nordic Journal of Psychiatry* med regelbundna intervall. Tidskriftens vara eller icke vara har vid flera tillfällen diskuterats både i SPF och i våra systerorganisationer. Somliga argumenterar för att tidningen inte läses och därmed är allt för dyr (den finansieras i nuläget via vår medlemsavgift).

Joint Committee of Nordic Psychiatric Associations

Samarbetet startade: 1913

Medlemmar: De psykiatriska föreningarna i Danmark, Finland, Norge, Island, Estland och Sverige.

Styrelsen består av: Ordförande och en sexårsdelegat från varje land, chefredaktören för NJP och WPA-representanten. Sekreterare, kassör och ordförandeposterna roterar.

Ordförande: Jyrki Korkeila (den finska föreningens ordförande)

Hemsida: www.nordiccommittee.org

Andra argumenterar för att tidningen utgör en viktig arena för yngre forskare för att publicera sina första artiklar.

Det är tydligt att det finns många argument både för och emot en fortsatt utgivning av *Nordic Journal*, åtminstone i sitt nuvarande format. Ett ensidigt uppsägande av kontraktet från svensk sida skulle sannolikt innebära slutet för tidskriften. Vid mötet i Köpenhamn framfördes ett nytt alternativ - att göra tidskriften till mer utpräglad medlemstidning (en nordisk variant av *Svensk Psykiatri*) och därtill en vetenskaplig tidskrift. Således en tidning med två olika sorters innehåll - och med två redaktörer.

I den mån ett byte av både format och innehåll skulle leda till att *Nordic Journal of Psychiatry* i högre grad skulle läsas av sina prenumeranter, skulle det sannolikt inte bli svårt att motivera alla nordiska föreningar att bevara utgivningen av tidningen. Därtill måste utgivnings sättet diskuteras. Räcker det med en internetbaserad version eller ska tidningen fortsätta att tryckas? Även här finns både för- och nackdelar, inte minst beaktande möjligheter att få in reklamintäkter.

Nästkommande nordiska kongress i Tromsö äger rum första veckan i juni 2012

Under mötet diskuterades den nordiska föreningens ekonomi, som är god. Detta gör att någon medlemsavgift f.n. inte tas ut från de nationella organisationerna. Till mötet i Tromsö kommer såväl resestipendier och forskningspriser att betalas ut.

Nästkommande nordiska kongress i Tromsö äger rum första veckan i juni 2012, d.v.s. när midnattssolen skiner, vilket nog många av oss aldrig varit med om.

I Norge accepteras inte närvaro av läkemedelsindustri om läkarna ska tillgodogöra sig konferensen för sin utbildning. Därför är kongressen beroende av ett högt antal deltagande för att gå ihop ekonomiskt, vilket kan bli svårt beroende på det höga kostnadsläget i Norge. Återstår att se utvecklingen av detta.

Från svensk sida är Lars von Knorring och Nils Lindefors tillfrågade om att medverka i den vetenskapliga kommittén. Henrik Wahlberg arbetar i organisationskommittén.

Den nordiska samarbetskommittén beslöt att rekommendera Henrik Wahlberg som delegat till WPA (World Psychiatric Association) 2011-2014. Sedan några år har han varit representant för norra Europa. Föreningen kommer att föreslå förnyat förtroende för ytterligare en period. ◀

Hans-Peter Mofors
Sekreterare i SPF

Rättelse

I Svensk Psykiatri nr 3 2010 publicerades i artikeln "Psykiatrins pionjärer i Stockholm" en lista över psykiatriprofessorer vid Karolinska Institutet. Listan var hämtad ur monografin "Medicinen blir till vetenskap. Karolinska Institutet under två århundraden" redigerad av professorerna i idé- och lärdoms historia resp. vetenskapshistoria Karin Johannisson, Ingemar Nilsson och Roger Quarsell (2010).

Det har senare uppmärksammats att i listan saknades Aleksander Mathé, professor vid KI sedan 1996.

Svensk Psykiatri redaktion beklagar detta. Om fler felaktigheter upptäcks av våra läsare får ni gärna höra av er till oss.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Rättelse

I Svensk Psykiatri nr 1, 2010 glömde vi bildtexten. Det var på sidan 30 i artikeln "Professorsmöten i psykiatri" av Lennart Wetterberg och Ulf Rydberg.



Svenska sällskapet för psykiatrins historia som grundades på Bror Gadelius födelsedag den 29 mars (1862-1938) höll sitt första sammanträde den 21 oktober 1982 på Rålambshovs sjukhus, Stockholm. Börje Cronholm stående längst fram till höger höll högtidsföreläsningen. Bror Gadelius döttrar Greta Gadelius och Maja g. Guillet de Mounthoux vilka växte upp på Rålambshovs sjukhus ses på första raden.



Pionjärer inom svensk barn- och ungdomspsykiatri och deras insatser för att kunskapsområdet kunde utvecklas till en klinisk specialitet och ett vetenskapligt ämne

Detta är andra delen av en artikelserie. Första delen publicerades i Svensk Psykiatri nr 3 2010 och kan även läsas på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se.

Mellansjö skolhem

Alice Hellström är nästa pionjär som kom att få betydelse för barn- och ungdomspsykiatrisk behandlingsverksamhet. Hon var både lärare och läkare, utbildad och inspirerad av Isak Jundell och psykiatriprofessorn Bror Gadelius till att arbeta med "psykopatiska barn". För att göra detta öppnade hon 1928 Mellansjö skolhem där hon arbetade fram till sin formella pensionering 1956. Som lärare och läkare var Alice Hellström, i likhet med Isak Jundell, influerad av den tidens barn- och ungdomspsykiatriska paradig som var läkepedagogik med ursprung i Centraleuropa, Österrike, Schweiz och Sydtysskland och med professor Heinrich Hanselmanns professur vid universitetet i Zürich som ett centrum. Precis som Alfhild Tamm hade hon särskilt intresse för kognitionens betydelse för inlärning, psykisk hälsa och pedagogik. Intresset för kognition ledde också till att hon tillsammans med Alfhild Tamm översatte och standardiserade Binets och Terman-Merrills begåvnings-test så att lärare (!) skulle kunna testa barns kognitiva förutsättningar. Hon kan därför räknas till en av den svenska skolpsykiatrins pionjärer.

Alice Hellström startade också den första svenska longitudinella och prospektiva undersökningen av ett barn- och ungdomspsykiatriskt patientmaterial. Hon beskrev alla barn som kom till Mellansjö enligt ett särskilt forskningsprotokoll, som hon upprättat med hjälp av Bror Gadelius och Isak Jundell. Hon följde sedan sina patienter till långt efter sin pensionering och fram till 1968. På grund av sin ålder orkade hon emellertid inte slutföra sin rapport. Hela forskningsmaterialet testamenterades till den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid S:t Görans barnsjukhus, Stockholm, där Ingegärd Fried slutförde arbetet.

I Sverige kan vi med stolthet notera att det finns prospektiva och longitudinella barn- och ungdomspsykiatriska patientmaterial som beskrivits under olika perioder och som täcker tidsperioden från 1928-2008, vilket får anses vara unikt i hela världen.

Alice Hellströms egna ord då hon efter ca 60 år brottades med sitt material och den långa observationstiden är tänkvärda: "Det handlar om ett barnmaterial som visserligen i mycket skiljer sig från dagens men dock till sina väsentliga konstitutionella reaktioner är samma människor som tidens".

Praktiska klassen – ett pedagogiskt försök

På Mellansjö arbetade flera av de mer betydelsefulla svenska specialpedagogerna verksamma under tiden fram till 1970. Ett intressant exempel på försöksverksamheten är *Karin Kocks* pedagogiska arbetssätt med motoriskt oroliga barn, barn som idag säkert skulle ha fått diagnosen ADHD. Hennes arbetssätt beskrevs under början av 1940-talet i "Praktiska klassen" på följande sätt:

"Praktiska klassen: Praktiska klassen består av nio i hög grad motoriskt oroliga barn. Deras IQ varierar mellan 89-134, deras ålder mellan 11-13 år. Praktiska klassen är ett försök, och orsaken till att den över huvud taget kom till stånd var den, att dessa barn tidigare störde arbetet för de lugnare barnen, dessutom önskade vi pröva huruvida icke ett annat arbetssätt skulle stimulera de oroliga och skoltrötta barnen till att prestera något slags arbete, vad de nu än kunde vara, för att sedan möjligen låta dem återgå till ett mera ordnat skolarbete, då de liksom kommit i "arbetstagen".

Praktiska klassen har nu arbetat ungefär en månad, Jag har måst ändra åtskilligt i det program som jag först ställde upp. Jag har inte till fullo tagit med i beräkningen den nervösa fart, som mina oroliga elever vill ha i allting. Vi skall köra fram med en rekordfart, där vi antagligen skulle få VM-titel i alla grenar, om barnen finge bestämma farten hela tiden. Detta är antingen det gäller modellera upp ett landskap i sandlådan och förfärdiga diverse tillbehör till detta – själv flikar jag då med en rasande fart in det allra viktigaste om landskapet – eller det gäller räkning: "Ingen huvudräkning snälla fru K., det går så långsamt". "Får jag hoppa i boken, det går så långsamt" osv.

En annan sak är också, att en del av dem tycker det är så besvärligt att berätta eller beskriva, så de säga, att de ej kunna eller inte veta det jag frågar efter bara för att slippa lättast ifrån. De barnen är det mycket svårt att bedöma hur mycket de lärt sig.

Jag har lagt märke till att den här månaden som praktiska klassen arbetat, att de barn som förut regelbundet varje dag brukade ha leksaker med sig till skolan – antagligen för att få tiden att gå – de har ej känt sig föranlåtna göra det denna termin. De ha sitt praktiska arbete i stället.

Likaså förekommer inte så mycket ritande på bänkar, gungande på stolar, putsning av näsor och öron och dylika mer eller mindre tilltalande försök att motionera muskler som jag varit van vid andra år.

I det praktiska arbetet ha samtliga gripits av samma befängda idé: de gör små källar ungefär 15 cm långa. De tälja dem med stor möda, två små medar, som sedan förenas genom två små ribbor. När källarna äro färdiga tigga de mig om snöre och sen springa de och dra dessa små källar ute i snön. Detta bereder dem ett obeskrivligt nöje, såväl den äldste som den yngste i klassen. Glada och rödkindade komma de in efter rastens slut och ha haft hemskt roligt. – Som de äro mycket slarviga och deras ägodelar alltid ”kommer bort”, så måste de nästan göra nya källar varje dag, då den gamla kommit bort eller blivit tagen. En fridfull ro sänker sig över dem, då de tälja på sina källar och jag berättar om Gustav Vasa.

Teckningen har de ej varit ett dugg intresserade av denna termin. Olusten att rita kan möjligen också bero på att de tycka det praktiska arbetet är så roligt, så de hellre hålla på med det i synnerhet som det ännu haft nyhetens behag denna termin. Varje gång vi ha en teckningslektion bedja de i korus. ”Snälla fru Kock kan vi inte få hålla på med våra arbeten”. Om jag då vidhåller att vi ska ha teckning, då ha de velat kalkera, eller låna någon av de mallar, som vi ha till julen, då vi göra julgransgrannlåt. Det är olika djur. De rita runt en sådan mall, sen färglägga de det djuret med torrkrita, ”det går fortare”. Då detta är klart lägga de ner teckningen i sin låda och förkunna att nu var den saken klar, nu ha de ritat, kunna de nu få läsa i en rolig bok, eller kunna de nu få fortsätta med sitt praktiska arbete.

Den 6 juni 1941. ”Praktiska klassen” försvarar nog sitt existensberättigande. Dels harden avlastat parallellavdelningen – fru Engelhards 3:e och 4:e – de bråkiga elementen. Hon anser sig ha haft en ovanligt lugn och trevlig avdelning denna termin, då hon förra terminen inte tyckte sig få något resultat av arbetet, tack vare dessa störande barn, som sedan flyttades över till ”praktiska klassen”. Dels har barnen funnit sig bättre tillrätta i denna klassen än i en klass tillsammans med lugnare barn, där en mera sträng disciplin måste råda och A-skolans schema i möjligaste mån måste följas. Jag har också noterat att barnen nu är mer kamratligt inställda till varandra. Förändringen är naturligtvis varken stor eller konstant, men den är dock märkbar, och det får man väl nästan vara nöjd med. I mars flyttades en gosse tillbaka till fru E-s avdelning. Han blev så bra, och han visade sådan allvarlig flit, så jag ville inte ha honom längre kvar i min klass. Fru E. har varit nöjd med honom hela våren...”

Torsten Ramer

Stockholms PBU och Torsten Ramer är nästa betydelsefulla del av den svenska barn- och ungdomspsykiatriens framväxt. 1926 trädde 1924 års lag om samhällets barnavård, den ”moderna” barnavårdslagen i kraft.

Samtidigt utvecklades en tidigare liten skrift som hette ”Vårdarebladet” till ”Tidskrift för barnavård och ungdomsskydd”. I dess allra första nummer beskriver en av tillskyndarna till den nya barnavårdslagen, f d landshövdingen Johan Widén ”den nya barnavårdslagens syftemål och medlen för dess ernående”.

Beskrivningen slutar med följande kraftfulla uttalande: ”Lagen syftar, kan man säga, ytterst till en alla krafters samverkan för lösande av den viktiga samhällsuppgift, som ligger i en god barnavård”. Förenklat kan man säga att barnavårdslagen var en tvångslag för kommunerna att inrätta barnavårdsnämnder, som skulle planera kommunen för barnens bästa. Många glömde sedermera att detta var barnavårdsnämndernas viktigaste arbetsuppgift och minns istället barnavårdsnämnder som nämnder som la sig i föräldrars uppfostran av sina barn och som omhändertog barn i oträngt mål. Huvudsyftet med lagen var att utveckla program för ”social barn- och ungdomsvård” med målet att minska den ungdomsbrottslighet som fanns under 1900-talets första decennier. Inom Stockholms barnavårdsnämnd fanns tidigt ambitionen att utöver de sociala programmen också utveckla program för ”psykisk barn- och ungdomsvård” med rådgivningsbyråer för att hjälpa föräldrar med uppfostringsfrågor. Medan den kliniska barn- och ungdomspsykiatri vid Norrtulls barnsjukhus, och skolpsykiatri inom Stockholms folkskolor hade sitt ideologiska ursprung från barnsjukvård, läkepedagogik och den framväxande Wienskolan i barnpsykologi, dvs. från Centraleuropa, hade Stockholms PBU sin inspiration från de child-guidance-enheter som växte fram i vissa av USA:s storstäder.

Torsten Ramer var PBU:s andre överläkare från åren 1934-1945. Hans stora intresse var emellertid skolpsykiatri. Han disputerade 1946 på en avhandling om sambandet mellan långsam inlärningsförmåga, skolomhändertagande och psykisk hälsa, och blev därefter skolpsykiatriker i Stockholms kommun, där han stannade till pensioneringen i slutet på 1960-talet.

Svensk skolpsykiatri, en gren av barn- och ungdomspsykiatri med storhetstid 1920 - 1970

Tillsammans med Alfhild Tamm och Alice Hellström var Torsten Ramer, Sven Ahnsjö och Elis Regnér i Göteborg de skolpsykiatriker som gjorde att svensk skolpsykiatri hade en storhetstid från 1920-1970. Konceptet blev därefter omodernt och bortglömt men den kunskap som samlades är modern än idag. Bland äldre läroböcker finns t ex ”Pedagogisk mätninglära” och andra handböcker för hur elever med inlärningsproblem ska utredas, behandlas och hur skolan borde organiseras för att bäst hjälpa dem ur psykisk hälsosynpunkt.

Rapport från Utbildningsutskottet!

Skolpsykiatrins arbetsområden var följande:

- Barn med specifika svårigheter, läs- och skrivproblem/räknesvårigheter
- Barn med mental retardation
- Barn med långsam inlärningsförmåga
- Barn som mognar långsamt
- Särilingarna och de överbegåvade
- De beteendestörda

Att skolpsykiatri blev omodernt beror på att man förknippade kunskaperna med arvshygen, rasbiologi, hjärnskadeforskning mm, som var parallella paradig under perioden med skolpsykiatrins storhetstid, och arbetssättet ansågs vara stigmatiserande och segregande. ◀

Per-Anders Rydelius
Professor i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Fortsättning följer i nästa nummer!

Referenser:

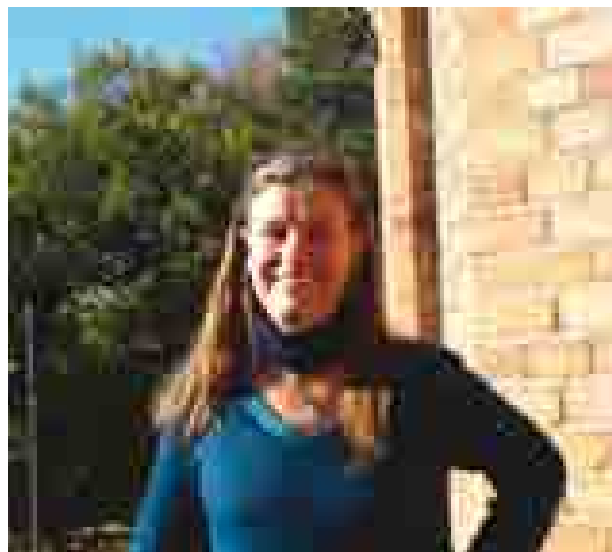
Fried I. (1992) "Mellansjö skolhem – Sammanställning av Alice Hellströms arkivmaterial. En longitudinell prospektiv uppföljning av de elever som skrevs in på skolhemmet 1928-1940". Licentiatavhandling.

Ramer T. The prognosis of mentally retarded children. A follow-up study of 626 special-class cases and 589 control cases born 1905-1917. Doktorsavhandling, Stockholm 1946

Detta är några av de frågor som vi arbetar med i utbildningsutskottet just nu:

- En mall som stöd för att planera SK-kurserna i METIS-format är på gång.
- Vi kommer att revidera SPFs rekommendationer för målbeskrivningen under våren 2011 och önskar era synpunkter inför denna revision så snart som möjligt. Mail till raffaella.valigi-bjorck@sl.se.
- Vi har SPUR-inspektörer som är redo att ge sig ut på uppdrag. Meddela oss att ni vill boka inspektion. Från årsskiftet kommer SPUR att ske i IPULS regi men med vår fortsatta aktiva medverkan. Se separat notis om detta.
- Under kongressen i Göteborg 16-18 mars 2011 tar vi avstamp för en satsning på specialisternas fortbildning. Turid Stenhaugen kommer till SPK och redovisar Läkarförbundets fortbildningsenkät. Enkäten visar bl.a. att specialister i psykiatri ser ut att lägga relativt lite tid på fortbildning.

För utbildningsutskottet
Kerstin Lindell
Kerstin.h.lindell@skane.se



Det måste vara tofflorna

KRÖNIKA
Enligt
Tiger

Hennes första ord är "Nää!" Emedan vår dotter fortfarande gör en full Moro när man skramlar för kraftigt med kastrullerna i köket kan vi dock inte ännu räkna in det i hennes språkutveckling. Hennes skrik blir en påminnelse om kraften i vår biologi. Redan efter några sekunders illvrål känner jag hur det stramar i kärlen mot blodtrycksmanschetten. Desperationen rusar i kroppen, något måste göras! När vi gått igenom Vi Föräldrars checklista för skrikets orsak utan att hitta densamma, står vi där handfallna, med ett ansiktsuttryck som vore vi strömförande. Då kommer vi på det: "Det måste vara tofflorna!" En välmenande familjemedlem har gett tjejen ett par tofflor som hon idag prövar för första gången. Vi tar av vår dotter tofflorna och rätt vad det är, så slutar hon skrika. Lättnaden är palpabel och toffelhypotesen blir en sanning.

Liknande tillskrivande av orsakssamband, attribuering, är en del av vardagen. Attribueringen blir viktigare ju starkare vårt behov är av att förstå och att ha kontroll över det som pågår. Vi möter det också i vården, när folk har svårt att acceptera verkligheten som den är, istället för hur de vill att den ska vara.

När jag tjänstgjorde på en allmänpsykiatrisk mottagning hade en kvinna sökt för att få byta antidepressiv medicin, eftersom hon tyckte att hon blivit tjock av Zoloft. Efter en stunds utfrågning visade det sig att kopplingen mellan medicinen och viktuppgången inte var särskilt tydlig. Däremot framkom ett veritabelt kexchokladmissbruk och en påfallande brist på fysisk aktivitet. Kvinnan anade detta, men ville inte se det. Slutklämmen blev en oförändrad medicinering, som ju hjälpte mot hennes depression, med minskat intag av sötsaker och ökad motion.

Som AT-läkare satte jag in antikoagulantia på en äldre herre med förmaksflimmer. Mannen var mycket tveksam till Waran, men tog till sig konceptet om att vi behövde göra hans blod tunnare för att förebygga proppar. Som naturligt är blev kontakten inledningsvis tät, i och med startskedets upprepade INR-kontroller. När jag med skolmedicinsk tillfredsställelse konstaterade att hans INR blivit terapeutiskt sa han att det var för att han kommit igång med att röra på sig. Min förklaring att man knappast kan cykla sig till ett högre INR-värde slog han ifrån sig. Han trodde inte på Waranbehandlingen. Det slutade med att vi till sist fick byta till Trombyl.

Världen är en skiss där vi själva fyller i konturerna. Utan tolkningar skulle vi inget förstå. Vi kan inte heller tillämpa Hills kriterier för kausalitet på allt i vår vardag. Problemet med våra attribueringar blir dock när vi håller fast vid dem, trots bevis om att de inte stämmer.

Brister i realitetsprövningen blir som tydligast vid psykos, när vanföreställningar råder. En ung, ambitiös, KBT-psykolog mötte tidigt i sin karriär en dyster patient som var övertygad om att han var död.



När psykologen på kognitivt manér ville överbevisa mannen, som bevisligen hade fel på denna avgörande punkt, frågade han om det fanns något som döda människor inte kunde göra. Mannen svarade, efter en stunds latens, att döda människor inte kunde blöda. Psykologen tog då fram en lansett och stack mannen i fingret. En droppe blod sipprade fram och psykologen utbrast triumfatoriskt: "Och vad drar du nu för slutsats?" Patienten tittade ned på sitt finger och svarade lakoniskt: "Döda människor kan blöda."

Ironiskt nog blev det så denna gång att psykologen lärde sig mer än patienten. För att vara kroppens mest plastiska organ kan hjärnan stundtals framstå som tämligen cementerad.

Som tur var har vår dotters sinne inte ännu stelnat, och tidigare skrikepisoder tycks ha lagts till handlingarna. Numera ler hon oftare än hon skriker. Allt är glömt, allt är förlåtet. ◀

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Kalendarium

16-18 mars 2011

Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

6-7 april 2011

BUP-kongress i Örebro
<http://www.svenskabupforeningen.se/>

12-14 april 2011

52nd Annual Meeting of the SCNP (Scandinavian
College of NeuroPsychopharmacology)
Oslo, Norge
<http://www.scnp.dk/>

14-18 maj 2011

164th Annual Meeting of the American
Psychiatric Association
Honolulu, Hawaii, USA
<http://psych.hawaiiiconvention.com/us>

29 maj - 2 juni 2011

10th World Congress of Biological Psychiatry
Prag, Tjeckien
www.wfsbp-congress.org

24-26 augusti 2011

9th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry
<http://eventus.trippus.se/9th-NSFP>

2-4 september 2011

14th International Conference for Philosophy and
Psychiatry
Göteborg
<http://sffp.se/EEE.html>

3-7 september 2011

24th ECNP Congress (European College of
Neuropsychopharmacology)
Paris, Frankrike
<http://www.ecnp.eu/emc.asp?pageId=1686>

17-21 september 2011

8th Congress of International Society for Adolescent
Psychiatry and Psychology, Berlin, Tyskland
www.isapp2011.org

18-22 september 2011

15th World Congress of Psychiatry
Buenos Aires, Argentina
http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=16&content_id=707

30 november-2 december 2011

Medicinska Riksstämman
Stockholm
www.svls.se

Fler kongresser hittar Du på

www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srpf.se



Vad ska vi göra med Freud?

Kommentar till Mikael Tigers krönika

Mikael Tiger skriver att *"psykoanalysen rymmer en hel del intressanta observationer av det normala psyket, men har begränsat förklaringsvärde beträffande psykisk sjukdom"* (Tidskriften för Svensk Psykiatri #3, september 2010). Jag vill tillägga att det finns många intressanta observationer av det normala såväl som det onormala psyket, från till exempel psykoanalys, neurobiologi och beteendepsykologi, men ännu ingen fullödlig förklaring till psykisk sjukdoms uppkomst och behandling. Psykoanalytisk teori har däremot gett oss ovärderlig kunskap om mänsklig psykologi, psykopatologi och behandling, och är som jag ser det fortfarande en levande och viktig del av psykiatrin.

Jag tror inte, för att återknyta till ovanstående citat, att det finns någon klar gräns mellan normalitet och psykisk sjukdom. Också den psykiskt sjuka är en socialt fungerande varelse, uppvuxen i mer eller mindre välfungerande relationer, med ett inre känslö-, upplevelse- och fantasiliv där sjukt och friskt blandas, och där gränsen däremellan stundtals är upplöst. Och även om psykiatrin tydligt skiljer mellan dem och vi, är såväl psykiskt sjuka som friska under påverkan av omedvetna processer. Tanken att alla påverkas av sådana omedvetna processer, undersökte Freud på flera olika sätt. Till exempel genom att fråga sig om det kunde finnas någon symbolisk förklaring till hysteriska symtom, och om drömmar, slump och misstag kunde ha en innebörd eller mening som inte var genast uppenbar. Strävan efter att försöka förstå kan sägas vara en kärna i psykoanalytiskt arbete, vilket följer av idén om ett omedvetet själsliv.

När man främst träffar patienter under den akuta fasen av sjukdom, som under ST eller som sjukhusläkare, kan man få en vrågbild av psykiska sjukdomar som enbart biologiska fenomen, och att man med självklarhet ser psykiska symtom som sjukdom. Mikael Tiger skriver: *".../ när vi sätter in Litium mot den bipolära sjukdomen uppfattas vi stundom som en Alexander, som löser upp den gordiska knuten med ett svärdshugg."* Jag tror att det säger mer om en önskan om att agera hjältemodigt och resolut än om hur det faktiskt är. Hur ofta löser vi gordiska knutar genom Alexanderhugg? Psykiska sjukdomar är ännu så vagt definierade och dåligt avgränsade, och behandlingarna så pass dåliga också under de bästa förutsättningarna, att svärdsparallellen är orimlig. Visst finns det bipolära patienter som blir helt besvärsfria av litiumprofylax, men de patienterna är förhållandevis sällsynta i den bipolära gruppen i stort.

Visst har ECT en remarkabel effekt på många djupt deprimerade, men sen då? Såväl unipolära som bipolära depressioner har en hög recidivrisk. Inte sällan är det svårt att motivera patienter till en livslång profylaktisk behandling, dessutom med läkemedel med allvarliga biverkningar. Hur ofta träffar vi patienter som har återkommande depressioner, utan inslag av samsjuklighet, personlighetsdrag eller livsomständigheter som bidrar till att utlösa depressionerna?

En mer giltig metafor för psykiatrisk klinik är enligt min mening att patienten och läkaren tillsammans får finna vägen genom landskapet vägledda av en karta som stämmer dåligt med terrängen. Vi måste gång på gång fråga oss var vi befinner oss, vart vi är på väg, och om vi talar om rätt saker. Vi måste gång på gång motivera till kontakt och till medicinföljsamhet, och förmedla hopp och engagemang också när förtvivlan är som störst. Det tror jag vi gör bäst genom en nära terapeutisk relation till våra patienter. Vi måste avsätta tid för förtroliga samtal, lyssna också på det som kanske låter som sidospår, lyssna på patientens drömmar och fantasier, tillsammans med patienten bära svåra känslor som förtvivlan och ilska, och förmedla hopp och intresse.

Men att ha nära relationer med psykiskt, ofta kroniskt sjuka, personer kan vara utmattande. Det föder känslor av misslyckande och ilska, och kan leda till cynism, känslökyla, och utbrändhet. Freud undersökte hur läkaren påverkades av sina omedvetna processer i arbetet med patienter, så kallad motöverföring. Han hade från början en föreställning om att läkare kunde träna bort sin motöverföringsreaktion, men kom senare att ändra uppfattning och menade att läkarens motöverföring var viktig då den kan berätta någonting viktigt om patienten. Vi måste ständigt vara uppmärksamma på våra egna reaktioner, dels för att inte agera på till exempel aggressiva impulser, dels för att vi omedvetet kan uppfatta känslor som patienten själv inte är medveten om. Här korsbefruktas psykoanalys och neurovetenskap när våra spegelneuron uppfattar också mycket små och diskreta signaler från ett evolutionärt utvecklat affektsystem.

Freud har varit betydelsefull för vår förståelse av psykologi och psykopatologi, och psykoanalytisk teori och klinik är fortfarande viktig i vår strävan efter att förstå och avhjälpa psykisk sjukdom. Jag är därför helt överens med Mikael Tiger, Freud bör läsas som en del i ansatsen att förstå det mänskliga psyket.

Därför ska vi fortsätta läsa Freud, och fortsätta fråga oss vad vi ska göra med Freud! ◀

Björn Angelin
ST-läkare i psykiatri
Stockholm

Konsekvenserna
var värst
av allt.

Nu slipper
hon dem.

Zyprexa – förhindrar återfall vid bipolär sjukdom och hjälper patienter förbli i remission.

Zyprexa (olanzapin) N05AH03 Rx. **Indikationer:** Behandling av schizofreni, måttlig till svår manisk episod samt som profylaktisk behandling av återfall i bipolär sjukdom för patienter som svarat på olanzapin vid behandling av akut mani. **Beredningsformer:** Dragerad tablett 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg. Velotab, frystorkad tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. **Dosering:** Schizofreni, startdos 10 mg/dag. Manisk episod, startdos 15 mg/dag vid monoterapi eller 10 mg/dag vid kombinationsbehandling. Profylax av återfall i bipolär sjukdom, startdos 10 mg/dag. Patienter som fått olanzapin för behandling av manisk episod kan fortsätta med samma dos för den profylaktiska behandlingen. Dosen kan därefter, vid behandling av schizofreni, manisk episod och profylax av återfall i bipolär sjukdom, anpassas individuellt inom dosområdet 5–20 mg dagligen beroende på patientens kliniska respons. Datum för översyn av produktresumén, 2009-12-21. För ytterligare information och pris se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se.



Hjärnan och det omedvetna – från Freud till modern kognitiv neurovetenskap

Att omedvetna processer styr våra beteenden och känslor är något som hävdats av både Freud och tidigare tänkare. Då psykoanalytiska idéer ofta hamnat i kölvattnet bakom modern kunskap om inlärning och beteende skulle man kunna tro att även idéerna om omedvetna processer (ofta associerade till emotionella tillstånd och upplevelser) förkastats av modern forskning. Men det är faktiskt tvärtom! Sällan har forskningen om omedvetna processer som styr våra beteenden, känslor och sociala kontakter, varit så populär som det senaste decenniet.

Skräck och fara – bara något för det medvetna?

Många års forskning på rädslorelaterade processer har visat att en stor del av dessa mekanismer opererar på ett omedvetet plan. Emotionsforskaren Le-Doux studerade hur amygdalakärnan svarar på hot i omgivningen. Han lyckades visa att det både existerar en "high-road" och en "low-road" som kan bearbeta hot. Genom "low-road" når signaler från omvärlden amygdala utan att passera kortext. Därmed kan dessa processer operera omedvetet. Genom detta system kan rudimentära tecken som signalerar hot upptäckas av amygdala och därmed förbereda oss för potentiellt farliga situationer. Fördelen med detta omedvetna "primitiva" system är att organismen mycket snabbt kan hitta potentiella hot i omgivningen. Det kan röra sig om ormar och spindlar, men också om vissa ansiktsuttryck såsom ilska och rädsla (ett skräckslaget ansikte signalerar att ett hot kan finnas i närheten). Man har visat att alla dessa stimuli kan aktivera amygdala även då de visas mycket kort och efterföljs av ett störande stimuli (en s.k. mask), trots att försökspersonen är omedveten om hotet. Även mer påtagliga hot såsom anfallande rovdjur kan aktivera komplexa flyktbeteenden via mekanismer i hjärnstammen helt utan kortikal inblandning (aktiviteten i flera områden i pannloben är faktiskt nedreglerade). Man tror att dessa mekanismer också är viktiga vid panikattacker – kanske det inte är konstigt att patienter upplever att de förlorar all kontroll under en panikattack.

Omedveten belöningsinlärning

Det är inte bara faror som kan bearbetas omedvetet. En stor del av våra belöningsystem arbetar ofta i det omedvetna. Anekdotiska historier säger att man redan på 50-talet försökte med s.k. subliminal inlärning få folk att köpa specifika produkter. Man trodde att om en läskflaska av ett känt märke visades under en mycket kort tid under en filmvisning (så kort att ingen kunde se den) skulle tittaren köpa mer läsk av just detta märke.

Enligt moderna teorier borde detta dock inte fungera - men inte för att man inte kan lära sig något via subliminal inlärning, utan för att det teoretiskt också behövs en återkoppling vid belöningsinlärning.

Nyligen visade en studie att man faktiskt kan lära sig vad som ger en belöning utan att vara medveten om det. Försökspersoner genomgick ett experiment där vissa symboler kunde ge en penningbelöning ifall de svarade med en knapptryckning, medan andra symboler innebar en bestraffning (i form av att förlora pengar) ifall de svarade med samma respons. Eftersom symbolerna visades under endast 50 millisekunder och dessutom var följda av ett störande stimuli (s.k. mask) gick det inte att se dem. Efter varje svar fick försökspersonerna feedback som visade ifall de hade vunnit eller förlorat pengar. Efter experimentet hade försökspersonerna fortfarande ingen aning om vilka de olika symbolerna var, de kunde t.ex. inte peka ut dem då de visades upp. Men samtidigt vann de pengar, flera personer vann t.o.m. mycket pengar – de hade nämligen omedvetet lärt sig vilka symboler som belönades och vilka som bestraffades. Samtidigt aktiverade den omedvetna belöningsinläringen främre striatum, en djup hjärnstruktur som man vet är kritiskt viktig vid belöningsinlärning. Och trots att försökspersonerna inte visste vilka symboler som kunde ge pengar, skattade de dem som mer positiva.

Belöning påverkar också våra ansiktsuttryck och handlingar. Man kan t.ex. visa att försökspersoner själva aktiverar muskler som är viktiga vid leenden när de ser någon annan som ler, utan att ha en minsta aning om detta.

Man har även visat att en person som just har sett ett glatt ansikte omedvetet kommer att dricka mer saft än en vid ett kontrolltillstånd. Med andra ord orsakar omedveten belöning att man söker mer belöningar.

Placebo

En annan viktig aspekt av omedveten påverkan kan ses vid placebobehandling. Man har visat att placeboeffekten beror på att förväntan induceras i patienter eller försökspersoner. Denna förväntan existerar på alla nivåer, både medvetna nivåer (det man kan rapportera om) och icke-medvetna nivåer. Man kan t.ex. inducera förväntan genom att berätta att en behandling är effektiv.

På samma sätt kan man genom betingning åstadkomma en omedveten förväntanseffekt och därmed en placeboeffekt. Placeboeffekten inducerad av betingning kan vara så stark att man kan mäta den även om personen vet att han behandlas med koksalt. Denna effekt kan t.o.m. visa sig i att olika hormonnivåer förändras till följd av en placebobehandling utan att försökspersonen kan förändra detta kroppsliga svar genom medveten reglering.

Omedveten påverkan av medvetna resonemang

Redan på 70-talet visade Liebet med hjälp av EEG och en mycket precis tidtagare att vårt medvetna beslut om att agera kommer ca en halv sekund efter att själva rörelsen initierats i hjärnan. Med andra ord kan omedvetna processer starta inte bara ett beteende utan också själva upplevelsen av att vi tagit ett medvetet beslut om detta. I det fallet är det medvetna beslutet alltså en biprodukt. Flera hjärnabbildningsstudier har visat liknande resultat. Omedvetna processer kan också ändra hela vårt resonemang om hur världen är uppbyggd med komplexa efterkonstruktioner. I en korttricksstudie fick manliga försökspersonerna se bilder på två kvinnliga ansikten som visades på framsidan av två kort vilka hölls upp mot dem. Man bad försökspersonerna sedan välja det kvinnliga ansikte som var mest attraktivt. Kortet lades sedan ner på bordet och det kort som de valt sköts över till dem med baksidan uppåt. Försökspersonerna fick sedan ta upp kortet och berätta varför de valt just den kvinnan. De började då berätta om alla anledningar till att just hon var så speciell att de valde henne framför den andra. Vad försökspersonerna inte visste var att korten hade blivit utbytta genom ett korttrick och att de talade om individen de valt bort. Med andra ord var deras förväntan så pass stark att de började konfabulera. De konstruerade om världen så att den skulle passa den information de hade – även om informationen egentligen var felaktig.

Farmakologisk manipulering av våra handlingar och val

Tanken att vi med farmakologisk behandling kan styra friska människors handlingar och val utan att de ens är medvetna om detta är hisnande. Ändå pekar mycket på det. I en studie visade man att försökspersoner föredrog att resa till den semesterort som de fick information om efter att de först behandlats med L-Dopa (jmf med placebo). Försökspersonerna kunde inte riktigt förklara varför de valde just de semesterorterna.

I en icke-publicerad studie har vi visat att försökspersoner som fått en liten dos oxazepam accepterar mer orättvisa förslag än de personer som fått placebo (utan att deras upplevelse om den andra personen eller sig själv förändrats). Även här tycks primitiva limbiska system vara involverade. Detta bör öka vår insikt om att vi med våra behandlingar påverkar en försöksperson på ett både medvetet och ett omedvetet sätt. Och vart tog deras vilja vägen när vi kan styra den farmakologiskt?

Konklusion

Man kan således konstatera att vi har ett stort antal omedvetna processer som hela tiden arbetar i det fördolda. Dessa arbetar ofta som isolerade små nätverk i hjärnan medan medvetna processer aktiverar större nätverk som inkluderar pannloberna. Man kan också konstatera att de medvetna och omedvetna processerna hela tiden utbyter information och påverkar varandra i ett ständigt växelspel. Således är vårt medvetande direkt påverkligt av signaler vilka vi aldrig blivit varse om. Slutligen kan man konstatera att dessa viktiga omedvetna system som påverkar våra val och våra resonemang kan manipuleras genom både psykologiska och farmakologiska metoder. Om bara den psykoanalytiska skolan hade accepterat Poppers tanke om hypotesprövningar hade kanske vår kunskap om det omedvetna varit betydligt större än den är idag. ◀

Predrag Petrovic, MD, PhD

**Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet
Psykiatri Nordväst, SLL**

Referenser/lästips finns på vår hemsida
www.svenskpsykiatri.se





Vad gör du när patienten inte svarar bra på sin antidepressiva behandling?

Många patienter som tar läkemedel mot depression får inte tillräcklig effekt av sin första eller andra behandling.¹ Genom att byta behandling till Cymbalta finns det en möjlighet att hjälpa de patienter som redan har provat två eller fler antidepressiva läkemedel utan att ha fått tillräcklig effekt.¹

Målet; att du ska kunna erbjuda dina depressionspatienter full symtomfrihet.



Cymbalta[®]
duloxetin
hela vägen tillbaka

Begränsningar i läkemedelsförmånen: Cymbalta ingår i förmåner för patienter med depression eller generaliserat ångestsyndrom som inte nått behandlingsmålet med minst två andra antidepressiva läkemedel, varav det ena bör vara generiskt venlafaxin om inte särskilda skäl talar mot det.

Referens: 1. www.tlv.se. **Cymbalta**[®] 30 mg och 60 mg enterokapslar, hårda (duloxetin). **ATC-kod:** N06AX21. **Indikationer:** Behandling av egentlig depression. Behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. **Kontraindikationer:** Samtidig behandling med icke-selektiva, irreversibla monoaminoxidashämmare är kontraindicerad. Skall inte användas i kombination med potenta CYP1A2-hämmare. Leversjukdom med försämrad leverfunktion. Gravid nedsatt njurfunktion. Okontrollerad hypertoni. **Datum för översyn av produktresumén:** 20091120. För ytterligare information och priser se www.fass.se. R_x. F. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se.



DEBATT

Om psykoterapi- utbildningen under ST

Jag anser att det är ett misstag att skära ned på den psykoterapeutiska utbildningen under ST. Vidare anser jag att det är ett stort misstag att skära bort psykodynamiskt inriktad terapi och utbildning ur psykiatri och ST. Jag anser också att det är en felsatsning att låta teoretisk inläring gå före kliniskt förlagd utbildning, inklusive psykoterapeutiskt arbete under handledning.

Målbeskrivningarna i den nya ST:n har svällt över alla gränser. Betoning på teori, kurser och dokumentation, medför krav på att psykoterapiutbildningen ska få mindre utrymme inom ST. Är det under dessa förutsättningar möjligt, eller ens önskvärt, att anordna en psykodynamiskt inriktad steg 1 under kortare eller mer intensiv tid än vad som erbjuds idag? Kommer METIS, eller IPULS, ordna en psykodynamisk steg 1? Kommer en psykodynamisk utbildning vid exempelvis S:t Lucas att räknas i och med att utbildningen "inte är särskilt anpassad för läkare"? Om inte, varför är det så och på vems begäran och initiativ? Det sägs aldrig rakt ut, men visst får man en känsla av att psykodynamisk teori medvetet håller på att mönstras ut ur psykiatri – inte på grund av evidens, utan på ideologisk grund.

Jag har stött på ST-läkare som anser att de inte har någon användning för psykoterapeutisk utbildning, särskilt inte psykodynamisk (men också andra psykologiska teorier), eftersom "de arbetar inte terapeutiskt". Jag har också hört argumentet att "psykologi lär man ju sig under det kliniska arbetet". Särskilt den psykodynamiska teorin anses tung och svårbegriplig, och dessutom "inte evidensbaserad". Jag tror att en anledning till att psykodynamisk teori anses onödig eller svår är att man under sin ST-utbildning inte bereds möjligheten att följa patienter så ofta och länge att man får upp ögonen för betydelsen av viktiga faktorer inom psykodynamisk klinik och teori. Faktorer som är viktiga att ha kännedom om och ha upplevt för att kunna tillämpa i kliniken, vare sig man arbetar "terapeutiskt" eller ej. Som exempel menar jag att överförings- och motöverföringsreaktioner är allmänpsykologiska fenomen som man kan behöva uppleva och arbeta med i en längre terapi, för att kunna arbeta med också i kortare terapier eller i vanligt kliniskt arbete. De flesta av oss blir ju mer receptiva med erfarenhet och träning. Läkarna får heller ingen psykoterapeutisk handledning utöver det som ingår i psykoterapiutbildningen, vilket ytterligare minskar förståelsen för psykoterapeutiskt arbete.

Möjligheten att följa patienter under längre tid, under handledning, är ovärderlig. Själv fick jag under min steg 1-utbildning på SAPU, *Stockholms akademi för psykoterapiutbildning*, följa en patient under nästan tre terminer. Vi träffades en gång i veckan för psykodynamiskt inriktad terapi och jag hade handledning i grupp en gång i veckan. Patienten var tämligen representativ för en allmänpsykiatrisk mottagning, med inslag av trauma i uppväxten, skovvis förlöpande depressivitet, negativ självbild, viss social fobi och i perioder en tämligen uttalad suicidalitet. Samtidigt var han intelligent, kreativ och framgångsrik i sitt arbete. Psykoterapiutbildningen med utbildningsterapi och handledning, är en av de största behållningarna med ST:n för mig. Utbildningen befruktades av att deltagarna hade olika bakgrund, som socionomer, sjukgymnaster, präster, sjuksköterskor och barnskötare. Därför är jag skeptisk till en "skraddarsydd" steg 1 endast för läkare. Vems behov fyller det främst? Är det omsorgen om att psykiatern ska få en god utbildning, eller att klinikerna ska få ihop sina tjänstgöringsrader? Jag förstår att steg 1-utbildningen är kostsam för klinikerna, i och med att den tar en stor del av ST:n. Men psykoterapiutbildningen ger lärdomar och erfarenheter som inte kan fås på annat sätt än genom lång och regelbunden träning under handledning. Är det inte istället en allt mer detaljstyrd och fragmenterad ST-utbildning som är problemet?

Jag uppmanar ST-läkare som är intresserade av att fördjupa sin kunskap inom många olika aspekter av psykiatri att välja en psykodynamiskt inriktad steg 1! Följ inte menlöst strömmen utan våga fråga dig vad som har störst chans att ge dig en bred och djup psykiatrisk utbildning. Och jag hoppas verkligen att ingen verksamhetschef ställer sig i vägen för någon ST-läkare att gå önskad psykoterapeutisk utbildning. ◀



Björn Angelin
ST-läkare
Stockholm

Kommentar till Björn Angelins artikel om psykoterapiutbildningen

Björn Angelin har skrivit ett inlägg med anledning av rapporten från arbetsgruppen som formulerat kompetensmål för psykoterapi/psykologisk behandling för blivande psykiater vilken presenterades i föregående nummer av Svensk Psykiatri. Som representanter för METIS projektgrupp och arbetsgruppen vill vi först uttrycka att vi uppskattar att rapporten väckt öppen debatt och att det ger oss möjlighet att bemöta det vi uppfattar som missförstånd, beskriva våra principiella ställningstaganden samt berätta hur arbetet fortsatt med hur målen kan omsättas praktiskt.

Det övergripande syftet med METIS-projektet är att öka kompetensen hos psykiaterkåren och därmed öka attraktionskraften för att bli psykiater, och att patienterna därigenom ska få en bättre vård. Den nya ST innebär att man definierar kompetenser och metoder för lärande och utvärdering. Detta har genomförts parallellt inom alla specialiteter. Det är alltså inget specifikt för psykiatri. För specialistkompetens i psykiatri är delmål 9 den där det definieras kompetenser och metoder för lärande inom psykologisk förståelse och behandling. METIS kursutbud täcker hittills alla medicinska delmål i den nya målbeskrivningen, utom delmål 9.

En bra psykiater behöver behärska ett brett kunskapsområde som omfattar förståelse av människan som biopsykosocial varelse och behandlingsmetoder som tar alla dessa aspekter i beaktande. Detta är den speciella tjusningen med att vara psykiater, det vi ibland kallar att stå på (minst) två ben. Den breda kompetensen har särskild relevans i dagens sjukdomspanorama och med den utveckling som skett vad gäller behandlingsmetoder för psykisk ohälsa.

Ett långvarigt problem med de nuvarande grundläggande utbildningarna i psykoterapi är att de haft skiftande kvalitet och innehåll, fyllt olika typer av syften, varit oreglerade, samt missgynnat specialistutbildning utanför storstäderna.

Varför skulle den psykoterapeutiska/psykologiska kompetensen lämnas åt sidan när det satsas på de andra områdena? Därför påbörjades arbetet i psykoterapiarbetsgruppen - inom METIS-projektet och på uppdrag av SPF - som utmynnade i formulering av kompetensmålen för psykoterapi (publicerat i Svensk Psykiatri nr 3, september 2010).

Vi menar att en god ST-utbildning innebär en bra balans mellan teoretisk utbildning och klinisk tjänstgöring/färdighetsträning över tid, oavsett om det handlar om att behandla med läkemedel eller psykologisk metod.

Björn Angelin verkar ha uppfattat att kompetensmålen innebär att psykoterapiutbildningen skärs ned, att psykodynamisk utbildning raderas och att psykoterapiutbildningen inte ska innehålla handledd psykoterapeutisk praktik.

Det stämmer att tanken är att omfattningen av den teoretiska psykoterapiutbildningen ska få mindre utrymme i ST. Anledningen är att det nya kursutbudet innebär att flera moment som ingår i den traditionella grundläggande psykoterapiutbildningen täcks med andra ST-kurser.

Efter att kompetensmålen för psykologiska behandlingsmetoder definierades har arbetsgruppen gått vidare med att skissa på hur målen kan uppnås. Vi ser den handledda psykoterapeutiska praktiken som en mycket viktig del i utbildningen. Det är först genom denna man får verktygen i sin hand vad gäller allmänna psykoterapifärdigheter som professionell relation (inkl överföringsaspekter), får chansen att reflektera och kan integrera teori och praktik.

Målsättningen med den psykoterapikurs som arbetsgruppen skisserat är att garantera en bred minimikompetens hos alla psykiatriker, samtidigt som den ska ge behörighet att söka till legitimationsgrundande utbildning för dem som väljer detta. När vi resonerat i arbetsgruppen kom vi fram till att psykoterapiutbildningen bör gå över tre terminer eftersom det handlar om färdigheter som behöver byggas över tid. Psykiatern behöver ha god kunskap om olika psykoterapiinriktningar samtidigt som det inte är realistiskt att lära sig tillämpa alla specifika behandlingsmodeller. Därför landade vi i att ST-läkaren ska kunna välja fördjupning inom en inriktning bl.a. för att handledning ska kunna bedrivas på ett meningsfullt sätt. Vi resonerade också kring nackdelen med att inte berikas med andra yrkesgruppers erfarenheter i en skräddarsydd utbildning för psykiatriker, men kom fram till att fördelarna överväger.

Varken METIS projektgrupp eller arbetsgruppen kan eller bör arbeta fram detaljerade kursplaner för en ny psykoterapiutbildning under ST. För detta behövs ett samarbete med etablerade utbildningsanordnare inom flera inriktningar och geografiska regioner. METIS projektgrupp undersöker nu finansiella och praktiska förutsättningar för detta. ◀

Raffaella Björck, METIS projektledare
Cecilia Svanborg, arbetsgruppen

SPF VAR DÄR!

ALMEDALEN

Tillsammans med Akademiska sjukhuset, Gotlands kommun, Psykiatri i Halland, SFBUP, Beroendeenheten i Stockholm, Västerbottens läns landsting, (H)järnkoll, Psykiatrifonden fanns SPF på Psykisk hälsa-kafeet



Foto: Ingvar Karlsson

Det Omedvetna - några anteckningar

Frågan om Freuds begrepp Det Omedvetna är svår och snårig. Freud arbetade utifrån en tankefigur som innehöll ett jag/själv och ett medvetande knutet till detta jag/själv. Han var påverkad av idén att människan är en Tabula rasa. Det betyder "tom tavla" eller "oskrivet blad". Vi föds som oskrivna blad och våra erfarenheter kommer att skrivas in i våra medvetanden, våra blad. Det är i princip möjligt att sedan minnas allt som skrivits in. Det är självklart så att vi inte har överblick över hela minnesbanken, men vi kan, när vi vill, återkalla alla minnen (jag överser just nu med förvanskning över tid).

Freud upptäckte att det inte alls var så enkelt. Vissa minnen vägrade att låta sig minnas. Kanske var det så att en del minnen var förenade med sådana olustkänslor att det hade uppstått en spärr mot deras erinran. Uppsamlingsplatsen för dessa minnen kallade Freud Det Omedvetna. Jaget kunde via en aktiv process, bortträngningen, förpassa obehagliga minnen till detta gömda rum. Detta skedde dock till ett pris, vilket ibland visade sig som ett symptom. Det avspjälkade påminde om sin existens genom symtomet och om symtomet var besvärande så kanske man ville bli av med det. Freuds idé var att en tidig och omogen struktur hos jaget varit alltför skör för att kunna handskas med den affekt som minnet var kopplat till och att jaget kunde försvara sig, genom att aktivera bortträngningsmekanismen. En mogen jagstruktur skulle kunna stå ut med affekten. Det skulle kunna vara mödan värt att försöka framkalla minnet tillsammans med sin affekt och därigenom bli kvitt symtomet. Om affekten genomlevdes så avlägsnades källan till symtombildningen. Detta beskriver terapins metod och mål.

Det finns inget i det hittills skrivna som hindrar mig från att dra slutsatsen att Det Omedvetna är en del av Det Medvetna.

Vidare kan hävdas att Freud trodde att vi inte kan ha några minnen från före två-tre års ålder då ju minnena är beroende av ett ställe att registreras på och att detta ställe inte finns på plats förrän vid omkring två års ålder. Medvetandet består alltså av det som är medvetet (för stunden) och det som kan lätt kan göras medvetet samt det som kan göras medvetet med viss möda (Det Omedvetna). För mig är det uppenbart att det rör sig om endast ett system, nämligen Det Medvetna.

När forskningen kunde slå fast (1) att vi har två minnen eller minnessystem, det explicita (som bildas) och det implicita (som är medfött) så är det lätt att se att Freud uppehåller sig vid det explicita minnets fält. Det finns dock ett undantag som vi strax skall komma till. De två minnena har separata platser i hjärnan och enbart det implicita föreligger från födseln. Vi har sålunda två platser och Freud uppehåller sig företrädesvis vid den ena, den explicita platsen. Undantaget är ett. Runt 1900 (Drömtydning) så upptäcker Freud via sitt arbete med drömmar fem saker som tillhör plats två (den implicita platsen) och som rör drömmars logiska struktur.

Han säger att språket i drömmar karaktäriseras av: frånvaro av uteslutande motsatser och negation, förskjutning, förtätning, tidlöshet och utbyte av inre och yttre verklighet. Freud vet inte om att han befinner sig på den implicita platsen och han kommer inte heller att göra några fler iakttagelser om denna plats. Detta faktum skriver han själv om i slutet av sitt liv (2).

"Upprepat har jag det intrycket att vi har gjort alltför lite teoretiskt bruk av detta faktum, som är fastlagt utan minsta tvivel, att det bortträngda inte förändras av tiden. Detta tycks mig erbjuda en väg till de mest djupgående upptäckter. Tyvärr är det också så att jag själv inte har kommit längre med detta."

och

"... den skamkänsla som fortfarande drabbar mig när, van som jag är vid atmosfären i den undre världen, rör mig i de ytliga, högre lagren av mentalapparaten."

Med begreppen Det Medvetna och Det Omedvetna bildar Freud två substantiv av två egenskaper. Det kallas att nominalisera. Det Medvetna har egenskapen att dess innehåll är medvetet och Det Omedvetna har egenskapen att dess innehåll inte kan göras medvetet. Freud har, alltså, utgått från medvetandet där alla minnen samlas och tänkt sig att alla dessa kan erinras men upptäckt att det inte gäller för riktigt alla minnen. Medvetandet består då av två saker: det som är medvetet och det som inte är medvetet. De två egenskaperna, att vara medvetet och att inte vara medvetet nominaliserar sedan Freud till Det Medvetna och Det Omedvetna. Båda dessa ligger i samma system, nämligen Det Medvetna.

Mellan 1900 och fram till att Freud formulerar sin strukturella teori 1923 upptäcker han att delar av Jaget, och senare även Överjaget, till stora delar fungerar utanför medvetandet och därför, enligt hans egen definition, skall tillhöra Det Omedvetna. Den enkla uppdelningen mellan det som är medvetet och dess motsats gäller inte längre. Egenskapen att vara omedveten breder ut sig och lämnar sin ursprungliga plats. 1923 byter Det Omedvetna namn och kallas därefter för Detet.

Först med Matte Blancos (3) undersökningar från 1960-70 talen blir det klarlagt att vi har att göra med två typer av Omedvetande. Matte Blanco kallar dem för "the repressed unconscious" (Freuds) respektive "the unrepressed unconscious" (Matte Blancos). Med sedvanliga förkortningar tecknas de: RUCs. och UUCs.

Journaler, IT och etik

Observationer från ST-representanten

Det som Freud upptäckte runt 1900 tillhör alltså UUCs och inte RUCs. Det är något av en gåta att Freud råkar snudda vid det system som är kopplat till det implicita minnet UUCs., när han vanligtvis befann sig inom RUCs. När så psykoanalysen letar efter sitt kunskapsobjekt så framstår Matte Blancos begrepp som enda kandidat.

Sammanfattning

Freud stannar inom medvetandets sfär. Han uppträcker att allt inom denna sfär inte går att minnas. Detta kallar han Det Omedvetna. Det skall förstås som *Det bortträngda Medvetna*. ◀

Tony Sporrang
Leg.läk.

Utbildningsanalytiker vid Svenska Psykoanalytiska föreningen
Doktorand vid Institutionen för klinisk vetenskap, psykiatri på Umeå universitet

Referenser:

- (1) Warrington, EK & Weiskrantz, L. (1974). The effect of prior learning on subsequent retention in amnesic patients. *Neuropsychologica* 12:419- 28.
- (2) S.E. XXII, 74 och S.E. XXII, 68.
- (3) Matte Blanco, I. (1975) *The Unconscious as Infinite Sets*. London:Duckworth

För SPF:s räkning bevistade jag SLS etikdag den 9/11 i Stockholm. Hundratalet kollegor och journalister fanns på plats och temat var "Hippokrates på nätet – doktorn i cyberrymden".

First opinion finns på nätet

Dagen inleddes med en föreläsning av Ingemar Engström, ordförande i SLS delegation för medicinsk etik. Han refererade hur synsättet på patient-läkarrelationen förändrats från paternalism via autonomi till delaktighet, där lättåtkomlig medicinsk information på internet spelar en stor roll. Engström menade att "first opinion" alltid finns på nätet och att vad patienten kräver av oss som experter numera är en "beställd second opinion".

Vidare problematiserade Engström kring hur den enskilde doktors och hela kårens förtroende påverkas av att man twittrar sitt kunnande på nätet. Att inte skada är vägledande som alltid och med nya snabba media kan nya sorters skador uppkomma. Precis som att det inte är tillåtet att prata om sina patienter på en middagsbjudning, får man inte heller blogga om dem.

Dåliga på datorer?

Dagens andra föreläsare bidrog med försök till nya infallsvinklar. Anna Brynolf är journalist och läkarstudent. Hon stack ut hakan genom att deklarerat att hon aldrig använt en pappersjournal och gick sedan vidare med att påstå att problemen med datorjournalerna är att läkarna är för dåligt utbildade på arkitekturen bakom programmen. Yngre läkare och studenter är tydligen inte heller så bra på datorer som de tror.

Här menar jag att problemet med journalsystemen missats helt. Ingen behövde någon längre instruktion i hur man använde pappersjournaler och ingen behöver någon längre instruktion i att använda exempelvis Word, Windows, Facebook och Google. Dessa företeelser är nämligen till skillnad från journalsystemen *intuitiva* i sin utformning och samma praktiska lösningar återkommer där på ett för en datoranvändare logiskt sätt. Hela poängen med att ha ett fint gränssnitt mot användaren är ju att man ska slippa läsa handboken till programmet hela tiden och istället kunna fokusera på att göra sitt jobb.

Brynolf tog också upp diskussionen kring sammanhållna journaler och undrade om en sådan utveckling skulle kosta mer i integritetsförlust än den ger i räddade liv. Lösningarna såg hon i ny teknik. Vidare förutspådde hon att läkare i framtiden kommer att ha Läkartidningen som startside när man söker professionell information på nätet och att man där även kommer att kunna umgås avskilt med kollegor.

Slutligen berörde även Brynolf sekretessfrågorna som den nya tekniken utmanar med snabb enkel spridning till många människor av oraderbar sekretessbelagd information. Hon menade att det "inte finns någon anledning för vår yrkesgrupp att dela med sig" (till allmänheten). Hennes tumregel i detta sammanhang är att "det som är fel att säga är fel att twittra".

Bloggande doktorer

Jonas Ludvigsson tog upp tråden kring vad som är lämpligt och olämpligt för en läkare att göra på nätet. Först fick vi en genomgång av bloggfenomenet:

En blogg är som en dagbok på internet. Fenomenet i sig är lite drygt 15 år gammalt, ett stort uppsving kom i samband med tsunamin tio år senare, då ögonblicksbilder enkelt kunde förmedlas direkt hem.

På egna bloggar marknadsför läkare sina böcker och hälsokost, och även kostråd som det inte råder enighet kring bland professionen. Är sådant ok att göra som läkare, undrade Ludvigsson?

Vad händer sedan när den privat drivna vården behöver skapa kundunderlag? Vid vårdval och i konkurrens om plastikkirurgikunder kan en blogg vinna över nya patienter. Hippokrates krävde ju lojalitet mot skräet, så det är inte etiskt lämpligt att skriva att man är bäst, men väl att skriva att man är bra. För några år sedan kom dock sidor som www.doktorsguiden.se, där läkare betygsätts av patienter. Får man blogga att man har högst betyg där i syfte att marknadsföra sig? I USA lyfter man ifrån sjukhusen fram hur högt rankade deras specialister är för att locka kunder redan idag.

Samtidigt menade Ludvigsson att det är viktigt att inte abdikera ifrån nätet. Läkare är i en unik position för att hjälpa till att tolka skeenden och information som flyter runt där. På sidor som www.flashback.org eller www.viska.se hjälper ibland patienter andra patienter till häpnadsväckande missuppfattningar om hur professionen ser på olika symtom och behandlingar.

För att själv kommunicera lärdomar i sin blogg brukar Ludvigsson skriva ner principiellt intressanta händelser i vården och sedan ta fram fallet igen efter ett år, avidentifiera patienten och lägga ut det i bloggen. Det löser, menar han, sekretessproblemet mot patienten. Det är dock inte bara patienten som kan komma i kläm - läkaren kan också hamna i en gisslansituation när patienter bloggar nedsättande om doktorn. Man kan ju absolut inte gå i svaromål och bemöta felaktiga påståenden. Sådant har redan förekommit och "knäckt" läkare.

Ludvigsson gav några konkreta tumregler för publikation i samband med läkaryrket på nätet:

- Det finns ingen skillnad mellan att skriva i tidningen, på Newsmill eller i en blogg. Man måste kunna stå för det man skrivit lika mycket.

- Man måste kontrollera med sin arbetsgivare om det är ok att ha en blogg om arbetet.
- Var inte kompis med patienter på Facebook om ni inte kände varandra sedan innan.
- Det är ok att gå med i diskussionsgrupper, men inte att skriva vad som helst i dem.

Googles makt

Andreas Ekström, journalist på Sydsvenskan och författare till boken "Google-koden", höll ett anförande som visade på riktningen framåt. Om Google inte på något avgörande sätt gör bort sig, förutspådde han att vi kommer att fortsätta trenden mot att allt vi gör på internet filtreras genom en startside med sökfunktion, mail mm. All tid på nätet kommer vi då att vara tillgängliga för riktade annonser, skräddarsydda efter våra behov just nu. Om det blir just Google är inte säkert eftersom exempelvis Facebook tävlar om vår inloggade tid, medan gamla hederliga webbsidor gjorda av företag och privatpersoner i html-kod är på väg ut.

För att illustrera hur mäktigt Google har blivit fick vi sedan en del exempel:

Man kan med stor noggrannhet följa hur epidemier sprids genom att se var på Jorden det googlas mest på nyckelord som symtom och behandling av infektionen i fråga.

Google håller på att scanna in alla världens böcker. Ett delmål är att all denna information skall bli sökbar (via Google så klart), men huvudmålet är att riva Babels torn, dvs att med hjälp av alla översättningar som är gjorda skapa ett översättningsprogram som gör att alla användare kan få alla websidor perfekt översatta till sitt språk (via Google så klart).

Google ger bort en gratis GPS i sin nästa mobiltelefon med gratis access till Google Maps och slår därmed ut marknaden för separata GPS-enheter, men får samtidigt veta exakt var du är alltid.

Lunds Universitet har lagt alla studenters mailkonton hos Google. Det kostar universitetet noll kronor och då ingår full support, men samtidigt ger man beteendedata om alla universitetets studenter till Google.

Ekström tog som första, men inte sista talare upp att *landstingen de senaste fem åren satsat 32 miljarder på ett välfungerande sammanhållet journalsystem utan att lyckas*.

Redan idag finns Google Health. Där kan man lägga in personuppgifter, mätvärden, inscannade journalkopior mm att ta med när man går till doktorn. Ekström frågade publiken vad landstingen gör när Google erbjuder ett gratis journalsystem som fungerar, är intuitivt, gratis, säkert och kommer med full support? Patienten kan logga in i sin journal med maillösenordet och får hem provsvaren i realtid. Priset är att Google får hälsoinformation om patienten. En lansering kommer kanske i Thailand eller Litauen, men när systemet är slipat och redo kommer frågan trodde han!

Saklig, korrekt och värdig

Efter lunch utvecklade SLF:s etikkommittés ordförande Thomas Flodin resonemangen från förmiddagen kring marknadsföringsregler för läkare. Han hänvisade till SLF:s etiska regler och då särskilt regel 19. Den slår fast att "Läkaren ska avhålla sig från påträngande marknadsföring och från att på annat olämpligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning". Det finns också på Läkarförbundets hemsida tio regler kring just marknadsföring. Dessa gäller både i tidningar, radio, TV och på nätet.

För medicinsk verksamhet gäller att marknadsföringen skall vara saklig, korrekt samt värdig till form och innehåll. Flodin klargjorde också att läkare inte får medverka i läkemedelsreklam direkt riktade till allmänheten till skillnad mot tandläkarna som säljer tandkräm (inte ett läkemedel) på TV varje kväll. Vidare får man inte erbjuda finansieringslösningar för t.ex. plastikkirurgiska ingrepp.

Det finns ingen formell övervakning av den medicinska marknadsföringen, men övertramp rapporteras ifrån medlemmar och andra. Ärendet tassedan om handavetik- och ansvarsrådet. Om annonsen står i strid med etiska regler eller marknadsföringsregler hör man av sig därifrån till ansvarig utgivare som då oftast ändrar innehållet.

M+tab och alt+O

I förra veckan hade vi på kliniken i Lund en halvdags utbildning i vårt journalsystem för alla läkare. Mestadels slogs man över vilken enorm insats som skulle behövas för att lära ut just detta systems alla irrgångar och nödlösningar till en normalbegåvad datorvan vuxen. Hur kan exempelvis m+tab betyda "morgondagens datum" och alt+O betyda "verkställ inmatning" vilket i alla andra datorsammanhang sköts av en knapp som heter "Enter"?

Vad som hindrar SKL från att samordna resurserna och bygga ett enkelt intuitivt nationellt system med stenhård kravspecifikation ifrån sjukvården har jag aldrig riktigt förstått. Kanske kan hotet om att ett bra system som fungerar är på väg ifrån ett amerikanskt storföretag skrämja igång processen. ◀

Marcus Persson
ST-läkare i psykiatri, Lund
Styrelseledamot i SLUP
ST-representant i SPF:s styrelse

Detta är en sammanfattning av en längre artikel som kan läsas på www.svenskpsykiatri.se



PRIMA forskningsanslag inom psykiatrisk forskning eller forskarutbildning

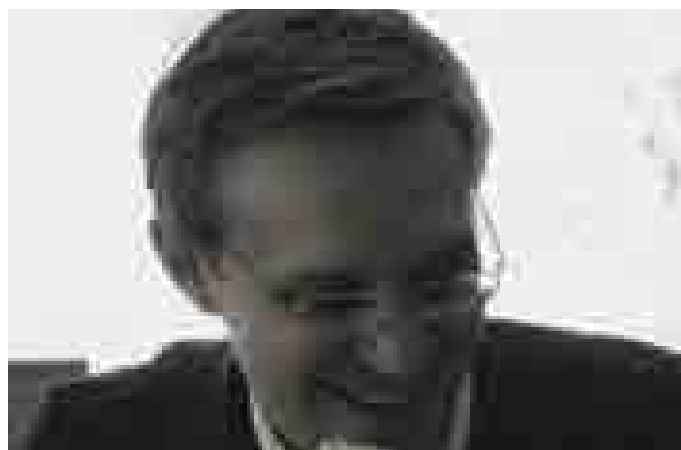
PRIMA Barn- och Ungdomspsykiatri AB är en av Sveriges största privata leverantörer av vårdtjänster inom den psykiatriska specialistvården. För att stödja psykiatrisk forskning eller forskarutbildning som involverar personal inom PRIMA utlyses härmed **upp till fyra stycken forskningsanslag inom psykiatrisk forskning om 1 miljon kronor vardera uppdelat i 250.000: per år i fyra år.**

Anslagsmottagare måste vara kliniskt verksam inom psykiatri samt aktiv som doktorand eller forskare vid svenskt universitet, alternativt bedriva forskning i samarbete med svenskt universitet.

Mottagare av anslag förutsätts förlägga sitt kliniska arbete till PRIMA, varvid anslaget helt eller delvis kan användas för att frigöra egen tid för forskning inom tjänsten, i enlighet med inskickad forskningsplan och budget.

Ansökan ska vara PRIMA tillhanda **senaste måndagen den 28 februari 2011.**

För mer information, se fullständig utlysningstext under "forskning" på <http://www.primabarn.se> eller <http://www.primavuxen.se/>.



SPF VAR DÄR!

BOK O BIBLIOTEK

Tillsammans med brukarföreningarna NSPH, projektet (H)järnkoll och Västerbottens läns landsting fanns Svenska Psykiatriska Föreningen på årets Bok- och biblioteksmässa under temat "Psykisk hälsa genom livet".

Vår monter var mycket välbesökt redan de två första dagarna - tidningar, pennor, godis och fina diskussioner och möten med besökare.



De europeiska kongresserna för konsultationspsykiatri och psykosomatisk forskning: Innsbruck juli 2010

EACLPP är den europeiska föreningen för det som i Sverige kallas konsultpsykiatri men internationellt oftare C-L (Consultation-Liaison) Psychiatry, vilket innebär arbete med psykiatriska och psykologiska problem inom somatisk medicin inklusive primärvård. Varannan av de årliga kongresserna samorganiserar med European Conference on Psychosomatic Research och årets kongress i Innsbruck var den hittills största.

Tema

Tema för bägge kongresserna var "CL service and Psychosomatic medicine *in different medical settings*", och den kanske mest typiska programpunkten var "Same Case Different Views" där man guidades genom ett fall beskrivet från olika klinikers synvinkel. Temat återkom i flera sessioner där kliniker från t.ex. onkologi, gynekologi och smärtmedicin beskriver typiska psykosomatiska teman i "sin" specialitet. En annan central punkt var hur den konsultpsykiatriska vården bäst kan organiseras och erbjudas. Organisation och vårdutbud ser mycket olika ut i olika delar av Europa, och detta hänger till viss del samman med centrala frågor kring varierande synsätt på samband mellan soma och psyke. Tydligt är att "The difficult patient" på de flesta håll möts av ett "Difficult health care system".

DSM-V

De kommande ändringarna i DSM-V berördes också under flera sessioner. En välbesökt sådan leddes av Francis Creed och Michael Sharpe, som sitter i arbetsgruppen för de somatoforma diagnoserna. Det påtalades avsaknaden av en internationell expertgrupp som kan utgöra remissinstans vad gäller t.ex. delikata frågor kring de somatoforma diagnosernas framtida utformning, och engagemang i DSM-V-arbetet efterlystes. De somatoforma diagnoserna föreslås samlas under en ny rubrik – "Somatic Symptom Disorders" istället för den nuvarande "Somatoform disorders". En föreslagen ny diagnos under detta kapitel är "Complex Somatic Symptom Disorder" (CSSD), där man bl.a. avskaffat den nuvarande skrivningen om att symtomen skall vara "medicinskt oförklarade". Diagnosen skulle ersätta ett antal av de somatoforma diagnoserna i DSM-IV, t.ex. Somatiseringssyndrom och Hypokondri.

Kritik mot den nya termen framfördes – bl.a. mot att den skulle bli alltför överinklusiv och t.ex. inrymma en del psykiska symtom vid väl etablerade somatiska diagnoser som t.ex. MS. "Bodily Distress Syndrome" framfördes som alternativ formulering. Diskussionerna kring framtida terminologi berörde också mycket av det som kan sägas vara kärnan i psykosomatiska frågeställningar – barriären mellan psyke och soma. Förslaget att avskaffa Axel III bottnar enligt t.ex. Michael Sharpe i ett försök att minska dessa barriärer.

Nedslag bland programpunkter

I ett nedslag bland programpunkterna kan rapporteras Genetics and Epigenetics in Psychosomatic medicine, där Arturias Petrunis redogjorde för epigenetiska faktorer inom psykiatrisk patogenes på såväl hjärn- och blod- som könscellsnivå. Från Onkologifältet rapporterade David Kissane från flera studier som visat att psykoterapi *inte* förlänger livet för cancerpatienter i allmänhet, däremot finns studier som visar att SSRI-behandling tillsammans med interpersonell psykoterapi (ITP) förlänger livet hos cancerpatienter som är deprimerade. Förbättrad följsamhet till cancerbehandling tros vara en medierande faktor. En dansk studie visar också att det inte finns belägg för att psykologiska faktorer skulle kunna orsaka cancersjukdom. AJ Barsky presenterade en modell av hypokondri med två subtyper – en somatiskt orienterad och en mer ångestorienterad, där den förra svarar bra på enbart KBT och den senare ofta behöver läkemedelsbehandling i tillägg. En randomiserad kontrollerad studie pågår.

Framtid

EACLPP går från ursprunget som intresseförening mot en ökad professionalisering. Till det syftet inbjuds de nationella delföreningarna att delta i ett utvidgat styrelsemöte då förändringar och strategi dryftas. Det framkom där att man kommer att arbeta för gemensamma europeiska guidelines för C-L Psykiatri. EACLPPs kongresser är vetenskapliga fora men i framtiden ska man kraftfullare försöka locka kliniker som vill ha vidareutbildning inom C-L. Nästa EACLPP-kongress hålls i Budapest juni 2011 och har temat Interventions in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine. Nästa forskningskongress blir i Danmark 2012. ◀

Carl Sjöström

Specialistläkare

Neuropsyk i Bollnäs AB, Gävle

Lars Wahlström

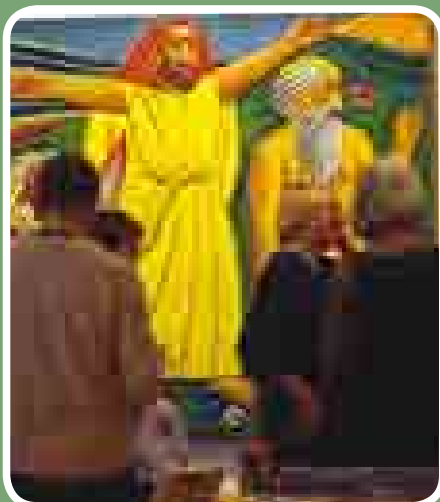
Överläkare

Konsultenheten Psykiatri Sydväst,
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

SPF VAR DÄR!

WORLD MENTAL
HEALTH DAY

Världsdagen för psykisk hälsa, World Mental Health Day den 8 oktober 2010, fokuserade i år på behovet av större långsiktighet och mer samverkan inom den psykiatriska vården. NSPH var initiativtagare till arrangemanget som genomfördes i nära samverkan med SKL, Socialstyrelsen, Handisam, Statens Institutionsstyrelse och Svenska Psykiatriska Föreningen



Det omedvetnas spår i samtida diagnostik

I modul B, suicidbedömningsmodulen i diagnosverktyget M.I.N.I., finns en fråga som är intressant. *"Planerade eller avsåg du att skada dig själv i denna olycka, antingen omedvetet eller medvetet (till exempel genom att inte undvika en risk)?"* Det är en lurig fråga. Dels ställer den frågan om ifall en person utsatt sig för fara och dels ställs frågan om den risk man kan ha tagit har varit med avsikt, för att kunna skadas. Man kan tänka sig många olika exempel på de risker som frågan tar upp; rattfylla, bergsklättring, tatuering på tatueraratelje med oklar hygien, oskyddat sex med okänd person, dykning i okänt vatten. Inte alltid finns det med en avsikt eller ens en dold avsikt som har med skaderisk att göra men ibland kan det finnas med en tanke om att det inte skulle spela någon roll ifall något hände. Det är inte ovanligt att personer som är depressiva men inte hämmade gör farligare saker när de är i den sortens psykiska läge än vad de annars skulle gjort.

Frågan ur M.I.N.I. är dock intressant just för att den tar upp den omedvetna avsikten. Vanligen berörs frågan överhuvudtaget inte inom psykiatin. Den psykoanalytiska/psykodynamiska tankeordningen där symtom kan finnas som symboliska representationer för något omedvetet psykiskt material eller en konflikt mellan olika avsikter som man inte är medveten om att de finns, är ju i stort sett helt uttrangerad ur samtida psykiatrisk terminologi. Den sortens diskussion har ingen bäring på en teori som baserar sig på beteendeteoretiska begrepp, där psyket inte beskrivs som en motivationsapparat baserad på känslokonflikter utan på inlärning och med affekter som regleras på andra sätt. När så frågan *"Planerade eller avsåg du att skada dig själv i denna olycka, antingen omedvetet eller medvetet..."* dyker upp blir det viktigt att fundera på om den inte har något viktigt att säga ändå. Det kan inte vara utan avsikt Sheehan och Lecrubier har låtit denna formulering finnas kvar trots att den är så pass "omoden".

Vet vi inte alltid om vi vill det vi tror att vi vill?

Våra avsikter är vi inte alltid på det klara med. Ibland vill vi inte det vi "tror" vi vill och ibland vill vi inte bara en sak vid ett givet tillfälle. De olika sätt att tolka och förstå våra intentioner som finns, tar hänsyn till olika aspekter av själslivet och just frågan om vad som kan vara medvetet är mycket viktig. Vi vet att de flesta intryck inte processas medvetet och ändå leder till resultat som om de hade genomgått tankeprocesser. Vi vet också att det som inte passerar via thalamus och inte görs medvetet ändå kommer att bidra till beslut i olika situationer.

Förväntan styr det vi ser

En av de faktorer som avgör hur vi bedömer de svar patienten ger är vår rimlighetsbedömning av innehållet i svaret. På annan plats i detta nummer kommenterar Jörgen Herlofson en tidigare diskussion om diagnostik med DSM-IV.

De flesta som arbetar inom psykiatin vet att bruka SCID-manualen och andra diagnostiska system med omdöme där hela vår kliniska blick finns med och inte endast patientens formella svar. Rimlighetsbedömningen kommer förstås att basera sig både på de data vi känner till om patienten och på det sätt på vilket patienten kommunicerar. Vi har ofta redan inledningsvis i ett samtal en ganska god uppfattning om vad vi kan vänta oss, i diagnostiskt hänseende, och de frågor vi ställer kommer validera eller förkasta de hypoteser vi redan har formulerat för oss. Det ingår i de flesta människors läggning att väldigt snabbt göra sig en uppfattning om en människa och därefter kommer vår varseblivning styras av denna uppfattning. Den polske infektionsläkaren och idéhistorikern Ludwik Fleck skrev på 30-talet en intressant bok "om uppkomsten av ett vetenskapligt faktum", där han betonar att det som en gång kommer att fastslås som fakta, baserat på observationer och studier, inte sällan har föregåtts av längre tiders andra föreställningar som innehållit ungefär samma tankar. När det gäller den kliniska bedömningen riskerar vi alltid att bortse från data som inte stödjer den föreställning om saken som vi redan har skaffat oss.

Olika samtidiga kommunikationsvägar

Ett av skälen till att vi snabbt kan bilda oss en uppfattning om en annan människa är sannolikt att vi kommunicerar på så många fler sätt än genom språket. Det som kan kallas omedveten kommunikation eller intuitiv kontakt eller annat, är studerat på olika sätt, inom den psykoanalytiska teorin har denna kommunikation en självklar plats som överförare av information mellan individer. Framför allt är det känsloinformation som kan överföras på detta sätt. På senare år har det även från neurovetenskapligt håll forskats kring detta. Alan Schore, psykolog och neurovetare från Kalifornien, har studerat den känslomässiga kommunikationen och visat hur temporalloben i höger hemisfär är mer aktiv då en känslomässigt trygg relation finns mellan två personer, och hur känslomässig kommunikation är beroende av aktiviteten i detta område och att denna aktivitet dessutom är en förutsättning för normal frontallobsfunktion. En översiktsintervju med Schore kan läsas om man följer den här länken

http://simplycharly.com/freud/allan_schore_freud_interview.htm

Om man känner att man "inte får kontakt" med en annan människa, kan det alltså, sett ur detta perspektiv, bero på att den andre inte känner sig trygg nog och stänger av delar av mental aktivitet som möjliggör en omedveten kommunikation. Det kan för all del också bero på att jag själv, om jag är bedömare, inte är "på plats" och att min egen förmåga till kommunikation är sänkt.

”Att göra det omedvetna medvetet” eller att lära sig märka vad som styr vår varseblivning

Jag nämner denna kommunikativa funktion dels för att den information vi får via icke formella vägar nästan alltid kommer att föregå den information som vi får via de formella kanalerna. Vi har nästan alltid redan bestämt oss för vad vi tycker innan vi får underlag för vår uppfattning. Det här sättet att också använda oss av vår omedvetna perception är viktig, så länge som den underkastas medveten granskning. Annars kan den leda till en enögd bild av patienten och en sådan enögdhet är kliniskt och mellanmänskligt farlig och kan leda till feldiagnostisering och felbehandling, om vi låst oss vid en hypotes för tidigt. I synnerhet om vi inte ens vet att vi låst oss på detta sätt blir det svårt att vidga perspektiven. Användandet av strukturerade diagnosmanualer och andra formella system kan bidra till att andra perspektiv än dem man själv låst sig vid får plats.

Mitt intryck av ställningskriget mellan beteendepsykologin och den psykodynamiska psykologin är att det väldigt sällan finns några öppningar till samdiskussioner kring frågor. Den Tigerska uppfattningen att en farmakologisk behandling som leder till symtomlindring innebär att andra sätt att förstå patienten än det biologiska då blir uteslutna, kanske inte är den enda möjliga slutsatsen av en god farmakologisk behandling. Frågan ur M.I.N.I. som jag fokuserat på i den här texten kanske dock kan läsas som ett exempel på att det inte måste vara så låst och att psyket fortfarande kan betraktas på olika sätt. Medvetna och omedvetna intentioner konkurrerar och samsas i psyket. ◀

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Fortsättning från sidan 74

Jämfört med t.ex. ljudet ”gnycsch” som inte ger någon referens. Jag har hört att mantran måste vara hemliga. Jag har alltid tänkt det som en mystifierande sak men det kanske är för att det inte skall ges utrymme för några spekulationer om vad det betyder. Det skulle förstöra ljudets meditativa potential.

Gunnar: De flesta som lär sig meditera har nog inte något behov av att använda det utanför meditationen. Det faller sig naturligt. Tanken är att det ska vara så associationsfritt som möjligt, och det är det om jag använder det för min meditation. Sen är det viktigt ändå att inte mystifiera ljuden.
Psykiskt lidande

Daniel: Det finns människor med psykiskt lidande som väljer andra instanser än sjukvård, som ACEM eller yoga. Känner du igen det från din verksamhet?

Gunnar: De som kommer till oss med belastningsbesvär av olika slag kommer ofta från sjukvården och har då blivit rekommenderade av sin läkare eller terapeut att gå vidare med metoder som meditation eller yoga. De är ofta i slutfasen av sin behandling. Just detta ser vi ganska ofta i våra grupper.

Det gäller inte minst personer med utmattningsdepression eller liknande.

Daniel: Tror du den här sortens meditation kan göra något för dessa personer som för dem tillbaka till en bättre arbetsförmåga, så att det blir bättre än det som jag kan göra som psykiater med medicin eller olika terapeutiska insatser?

Gunnar: Människor ska ha den medicinska behandling de behöver. Vi är noga med att säga att meditation inte är något som kan ersätta medicin eller psykiatrisk behandling. Om personer går i psykoterapi frågar vi dem alltid om de pratat med sin terapeut om lämpligheten av att meditera. Däremot vet vi av erfarenhet att kombinationen terapi, beteendeterapi eller vad det kan vara, och meditation kan förstärka varandra. Den psykiska belastningen minskar och sömnkvaliteten förbättras av meditationen, och det är ju stärkande i sig.

Daniel: I den här problemgruppen, arbetsbelastningsbesvär, är det många som inte klarar av att befinna sig i kravmiljöer. Då blir det intressant med frågan om man kan meditera sig TILL ett ledigt förhållande till krav eller är det så att man mediterar sig ÄNNU LÄNGRE BORT från kravtolerans? Skulle det kunna ha en baksida, tror du? Den här lediga attityden som du beskriver är ju motsatsen till kravtålighet.

Gunnar: I meditationssituationen tränar man sig också i fasthet, att följa och hålla sig till en instruktion oavsett vilka impulserna är. Man ska ju sitta där, ibland med dåligt självförtroende avseende meditationen, och upprepa sitt metodljud oavsett känslor och stämningar men i förhållande till dem. Jag tror snarare att situationen när man mediterar gör att man har lättare att förhålla sig till både yttre och inre krav på ett mer avspänt sätt.

Daniel: Så finns det studier som säger att meditation ger bättre rekreation än vanlig vila, vad det än är.

Gunnar: Man ser på hjärtfrekvens och andra kroppsliga reaktioner att det ger en betydligt kraftigare avspänningsrespons än vanlig vila. Det finns det en hel del forskning på.

Daniel: Är det just utbrändhetsproblematik som är det som du stöter på i dina grupper?

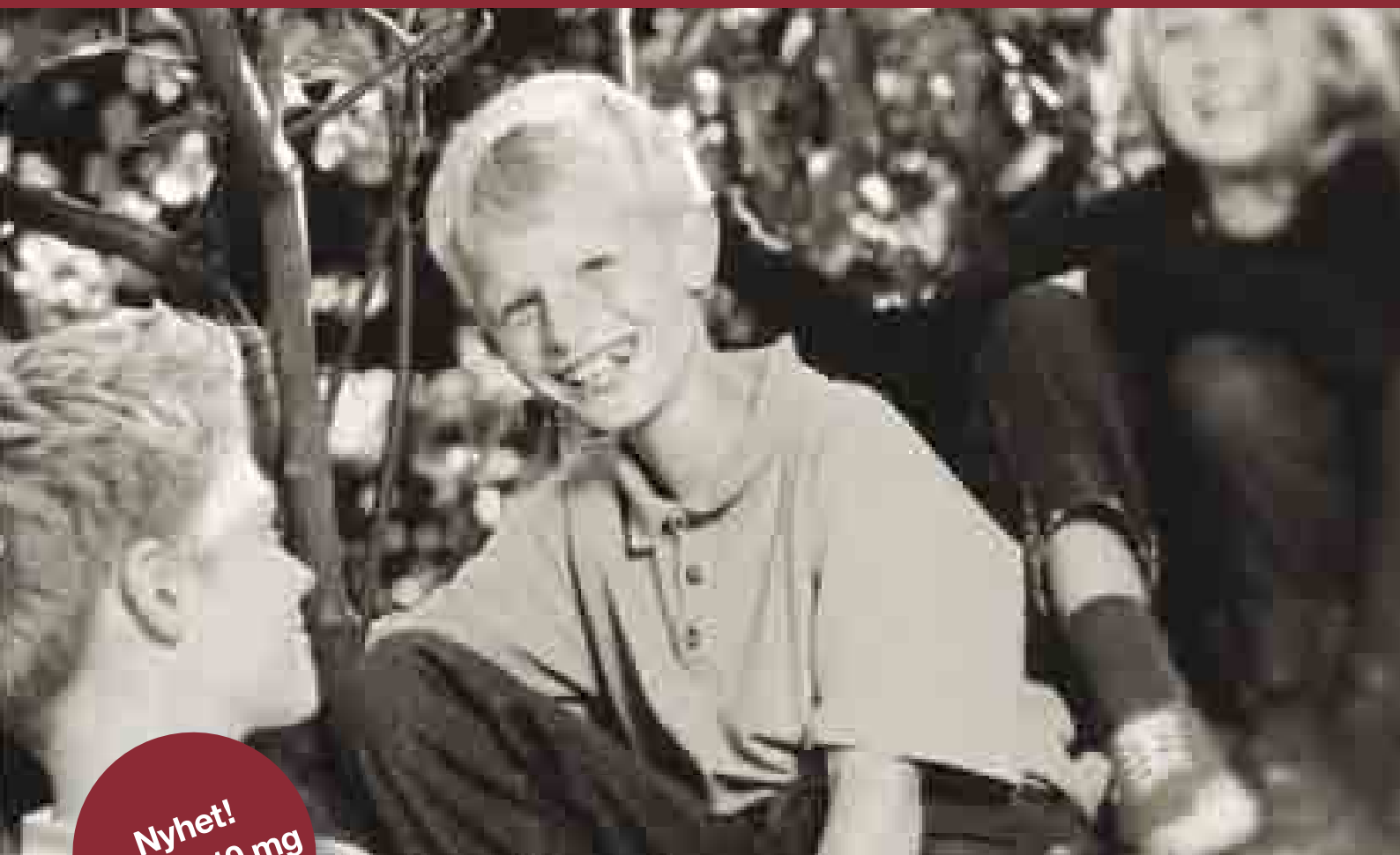
Gunnar: Det är det vanligaste. Ytterst sällan möter vi personer med psykiatriska problem. Man får då rådgöra med psykiatriskt skolade i ACEM om lämpligheten av meditation.

Daniel: Har det hänt någon gång att du avrått någon från att meditera?

Gunnar: Nej, de jag har träffat har alla haft utbrändhetsproblem och de har mått bra av att meditera. ◀

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Ritalinfamiljen är äntligen utökad!



Nyhet!
Kapsel 10 mg



Ritalin kapsel med modifierad frisättning och tablett Rx är ett psykostimulantia, medel mot ADHD. **Indikation:** Ritalin är indicerat som en del i det totala behandlingsprogrammet för ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) hos barn över 6 år och tonåringar, då endast psykosociala och pedagogiska stödåtgärder visat sig vara otillräckliga. **Förpackningar:** Ritalin kapsel med modifierad frisättning finns i styrkorna 10 mg, 20 mg, 30 mg och 40 mg i 30 förpackning. Ritalin tablett 10 mg i 30 och 100 förpackning. **Läkemedelsförmån och pris:** Ritalins samtliga förpackningar är subventionerade = F. Ritalin kapsel med modifierad frisättning och tablett får endast lämnas ut från apotek om det förskrivs av läkare med specialistkompetens inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering, eller i övrigt enligt bestämmelser i LVFS 2002:7. **Produktresumé uppdaterad:** Ritalin tabletter 2009-09-24, Ritalin kapslar 2010-08-27, www.fass.se.

En modern meditationsmetod

Gunnar Sundqvist heter en god vän till mig. Han arbetar som arbetsmiljöexpert och har tidigare varit arbetsmiljöinspektör och bland annat inspekterat psykiatriska kliniker. Han är alltså väl förtrogen med olika arbetsmiljöproblem som vi och andra inom specialiteten kan möta.

Under alla år då vi umgåtts har han i stort sett dagligen mediterat och av och till har vi diskuterat meditationens effekter. Allteftersom tiden gått har jag mer och mer förstått att det som sker i meditationer påverkar psykiska system mycket kraftfullt. Mindfulness har också klivit in i den psykiatriska behandlingsarsenalen för att stanna. Jag har bätt Gunnar beskriva den sorts meditation som han utövar och även lär ut, **Acem Meditation**.

Daniel: Hur påverkar ACEM Meditation själslivet?

Gunnar: Det ger en omedelbar avspänningsrespons som är mätbar avseende hjärttakt och stressmarkörer som kortisol och adrenalin. Det finns också en långsiktig påverkan, en personlig utveckling. Den är svårare att mäta men det finns forskning från de senaste åren som bl.a. visar att om man har en dominerande aktivitet i vänster frontallob så är man lyckligare. Man har sett att det finns en viss påverkan av meditation som blir ganska konstant genom livet.

Daniel: Vad är meditation över huvud taget?

Gunnar: Egentligen finns det nog ingen entydig definition av vad meditation är. ACEM Meditation handlar om att upprepa ett "metodljud". I österländsk meditation kallar man det för mantra. ACEM-meditation kan på samma sätt som mindfulness beskrivas som meditation utan mystik. Det handlar om en inre upprepning av ett ljud utan semantisk betydelse som leder till en avspänningsrespons. Det betonas att meditation är en inre handling. Anstränger man sig för att upprepa metodljudet blockerar man avspänningen så det är viktigt att försöka ha en oansträngd upprepning. Då uppstår ett spontant flöde av intryck och tankar och känslor.

Oansträngningens paradox

Daniel: Oansträngd upprepning låter paradoxalt eftersom det är en intensiv koncentration, föreställer jag mig.

Gunnar: Nej, det överordnade i ACEM är "ledighet" - att upprepa metodljudet lätt och oansträngt. Det är alltid av ondo i ACEM Meditation att koncentrera sig, då avgränsar man uppmärksamheten, medan ordet "ledighet" innebär en accepterande, inkluderande hållning.

En del av poängen med Acem Meditation är att man ska upptäcka sina tendenser att koncentrera sig. Koncentration står för att vi stänger ute och försöker kontrollera saker.



Foto: Ann Ahlbom Sundqvist

I Acem Meditation ska vi istället släppa fram det som kommer spontant.

Daniel: När folk har det jobbigt kan de få rådet "men tänk inte på det, tänk på något roligt i stället". Skulle det vara ett "oledigt" eller ett "ledigt" förhållningssätt?

Gunnar: Det är ett oledigt förhållningssätt. När man mediterar är det viktigt att vara öppen för det som finns i sinnet, oavsett vad det är – behag eller obehag, oro eller lugn. Tanken med att betona en öppen och accepterande hållning till det som rör sig i sinnet är att få till en bearbetning av det som finns kvar i oss som emotionella rester av olika slag.

Daniel: Så det är fel gentemot själva meditationsidén då?

Gunnar: Ja, meditationen handlar om att ständigt föra uppmärksamheten tillbaka till metodljudet på ett sådant sätt att man tillåter tankar, känslor och inre intryck att få röra sig fritt. Genom att man tillför avspänning i sinnet blir resultatet en bearbetning av t.ex. dagsrester.

Daniel: I det psykologiska bearbetningsbegreppet handlar det bl.a. om att hantera sitt känsloliv på ett annorlunda sätt. Om det handlar om obehagliga upplevelser kan man bearbeta dem så de inte längre nöter och skadar. Är det samma sorts bearbetningsbegrepp?

Gunnar: Ja, det är att ge det smärftulla en ökad grad av frihetsbetingelser. Det är när vi försöker kontrollera som vi begränsar oss. Acem Meditation handlar just om psykologisk bearbetning, och tekniken är utvecklad av norska psykologer och läkare.

Bearbetning

Daniel: Innehåller meditationen också ett medvetet bearbetande av tankarna?

Gunnar: Nej, i och med att man vill skapa frihet i sinnet så får tankarna komma och gå. I Acem Meditation beskriver man en "handlingssida" där man upprepar metodljudet och en "spontansida"; tankar, känslor och kroppsförnimmelser hör hit. Dessa ska man ge så stora frihetsbetingelser som möjligt. Uppreparandet av metodljudet skall inte göras med ansträngning för då påverkar man det spontana flödet av känslor, utan det skall ske med en lätthet och med en accepterande och inkluderande hållning.

Daniel: Det man skall acceptera och inkludera är spontaninfällen?

Gunnar: Ja, det kan vara tankar om att man är otillräcklig, värdelös, inte klarar av meditationen eller tankar om att man mediterar fel. Eller vilken känsla eller vilka tankar som helst – banala tankar, tomhet, glädje – det som kommer spontant ska få finnas där.

Daniel: Det kan väl också vara tankar om att man är lycklig eller att man har haft en bra dag på jobbet, men allt skall behandlas som lika ointressant?

Gunnar: Ja, inte ointressant – för det är det ju inte. Men ingen tanke, känsla, impuls eller intryck av något slag ska ges en större dignitet än någon annan. Ledigheten innebär en demokratisk princip, man ska behandla alla tankar och känslor på samma sätt, oavsett vad de handlar om. Man ska inte välja att gå in i vare sig det som är positivt eller negativt, utan ett vilande fokus ska ligga på metodljudet samtidigt som man registrerar det som sker spontant i sinnet.

Daniel: På ett sätt låter det ganska likt den psykoanalytiska grundregeln som säger att analysanden skall säga det som faller en in oavsett om det uppfattas som värdefullt, värdelöst, meningsfullt eller meningslöst. Analytikern skall lyssna med en jämnt svävande uppmärksamhet utan att fästa avseende vid detaljerna för allt kan visa sig få den plats det behöver, vad det lider.

Gunnar: Ja, det finns väldigt stora likheter i förhållningssättet. När man mediterat regelbundet en längre tid och haft handledning under tiden – på retreat/kurser eller individuellt, så är det just så att de olika fragmenten som man kommer i kontakt med i meditationen kan teckna en bild eller bidra till att man ser mönster hos sig själv tydligare. Vi kallar det för personlig utveckling.

Jämförelse med mindfulness

Daniel: Det här med mindfulness då, vad är det jämfört med ACEM?

Gunnar: Det är inte någon större skillnad. Mindfulness handlar ju också om att man skall vara accepterande, inkluderande, oansträngd. En annan likhet är att det inte heller finns någon mystik inom mindfulness. Jag har skrivit om acceptance therapy, där mindfulness ingår som en del. Men samtidigt ska vi komma ihåg att mindfulness också är ett samlingsbegrepp för olika tekniker. Det som skiljer är bl.a. Acems tankar om personlig utveckling och om handledningens betydelse, och hur vi förhåller oss till meditationen.

Vi rekommenderar folk att gå i vägledning regelbundet. Det handlar om att prata om den inre handling som meditationen

innebär, att sätta ord på hur man upprepar metodljudet och hur man möter inre spänningar i meditationen genom uppreparandet av metodljudet.

Daniel: Det är inte en psykoterapeutisk sak då?

Gunnar: Nej, det handlar inte om psykoterapi. Den personliga utvecklingen hänger ihop med att man mediterar regelbundet under en längre tid och får vägledning då och då. Vi talar om begreppet "aktualisering". Precis som med andra aktiviteter som man gör regelbundet så uppstår också motstånd mot själva meditationen. Det är ju en del av den psykologiska förändringen som meditationen öppnar upp för. Motståndet kan ta sig uttryck i att folk avstår från att meditera, trots att man vet att det är bra för en, eller att man begränsar själva ledigheten i meditationen. Det är därför bra att sätta ord på eller formulera sig kring själva meditationsaktiviteten för att förstå varför man undviker att meditera. Vi kallar det för att man kommer in i aktualiserande faser.

Daniel: Du säger att meditationen dels är bra för kroppen för att meditation minskar stresshormonernas negativa påverkan och ökar avspänningsförmågan, och dels är bra för individens utveckling sett över lång tid. Menar du att man förändras till en bättre människa eller att man kommer att må bättre?

Gunnar: Det handlar om en frihetsdimension i livet. Att det som varit och känslorna kring det inte behöver styra våra handlingar idag, att vi kan vara sensitiva inåt och utåt utan att blockeras. Det finns en potential för personlig utveckling i meditationen. Samtidigt handlar meditationen om att vara närvarande i nuet, att vara i de känslor som är men att kunna handla friare i förhållande till dem. Resultatet blir att vi lever närmare oss själva och vårt känsloliv.

Ljud och avspänning

Daniel: Är själva uppreparandet av metodljudet avspännande i sig? Att det är repetitivt?

Gunnar: Ja, det kan man nog säga, men samtidigt är också *vad* man upprepar viktigt. Forskaren Herbert Benson skrev på 70-talet en bok som hette "The relaxation response" där han såg att man kunde använda olika typer att ljud för avspänning. I hjärnforskningen har man tittat på vad som händer om man upprepar ett betydelsebärande ord som t.ex. "Stol. Stol.". Det ger inte samma sorts avspänningsrespons som ett "ord" eller redskap utan semantisk betydelse.

Daniel: Så en term som ger betydelseassociationer har inte samma potential att bidra till mental avspänning som en term som inte ger begreppslika associationer? Ger "stol" ingen avspänning för att jag då mobiliserar alla bilder jag har av stolar?

Fortsättning sidan 71

Tema: Våldets ansikten



Nationell konferens för ST-läkare 2-4 februari 2011 Varbergs kurort

Program:

Onsdag 2 februari

11.30-13.00

Lunch, registrering

13.00-13.30

Inledningstal

13.30-14.30

ADHD OCH BIPOLARITET

Håkan Jarbin, MD, PhD, överläkare vid barn och ungdomspsykiatriska kliniken i Halmstad.

15.00-16.00

Parallella seminarier

SJÄLMORD, PSYKOSSJUKDOMAR OCH KRIMINALITET BLAND BARNPSYKIATRISKA PATIENTER UPPFÖLJDA TILL VUXENLIVET

Ulf Engqvist, Socionom, med.dr, lektor vid Mittuniversitetet i Östersund
**MEET THE EXPERT - OM BARNPSYKIATERROLLEN IGÅR,
IDAG OCH IMORGON**

Håkan Jarbin, MD, PhD, överläkare vid barn och ungdomspsykiatriska kliniken i Halmstad.

DATASIMULERING AV VÅLDSSITUATIONER – MODERN TEKNOLOGI GÖR INTÅG INOM RÄTTSPSYKIATRIN OCH KRIMINALVÅRDEN

Kristina Sygel, MD, doktorand, överläkare vid
rättspsykiatriska kliniken

16.15-17.15

RIKTLINJER FÖR BEHANDLING AV DEPRESSIONER - VETENSKAP ELLER BARA POPULÄR TREND

Elias Eriksson, professor i farmakologi vid Göteborgs Universitet

19.30-

Middag

Onsdag 3 februari

9.00-10.00

ANTISOCIAL UTVECKLING HOS UNGA

Clara Gumpert, Specialist i barn- och ungdomspsykiatri, universitetslektor i
rättspsykiatri

9.00-10.00

PSYKIATRISKA KARRIÄRER - FORSKNING, PRIVAT PSYKIATRI

Ola Gefvert, MD, PhD, Chefsöverläkare och VD NärPsykiatri i Enköping

10.30-11.30

parallella seminarier

FILICID – FÖRÄLDRA SOM DÖDAR SINA BARN

Henrik Landström Lysell, Läkare, forskningsassistent

RISKBEDÖMNING - ÄR DET LÖSNINGEN?

Clara Gumpert, Specialist i barn- och ungdomspsykiatri, universitetslektor i
rättspsykiatri

ENSAMKOMMANDE FLYKTINGUNGDOMAR - VAD KAN PSYKIATRIN GÖRA?

Ole Hultman, specialistpsykiolog, psykoterapeut, Flyktingbarnteamet, Gamlestad, Göteborg

11.45-12.30

Johan Cullberg introducerar 2010 års Cullbergstipendiat

Elisabeth Lundén och Christopher Rahm presenterar sina stipendioresor

12.30-13.30

Lunch

13.30-14.30

DROGERS OCH LÄKEMEDELS EFFEKTER PÅ VÅLDSBENÄGENHET

Tom Palmstierna, docent, specialist i psykiatri, överläkare Beroendecentrum
Stockholm, medicinskt sakkunnig SiS

15.00-16.00

Parallella seminarier

HUR, NÄR, VAR OCH VARFÖR? OM ATT BLI FÄRDIG SPECIALIST I BARN OCH UNGDOMSPSYKIATRI

Tove Marthin, Specialist i barn och ungdomspsykiatri, Linköping. Studierektor
region öst.

PSYKIATRIN PÅ ANDRA SIDAN ÖSTERSJÖN - VAD SKILJER, VAD FÖRENA? UPPBYGGNAD AV ÖPPENVÅRDSPSYKIA- TRIN I ESTLAND OCH RYSSLAND MED DET MULTIPRO- FESSIONELLA TEAMET SOM GRUND

Olle Hollertz, Chefläkare, Psykiatriförvaltningen, Kalmar läns landsting

HUR OCH VARFÖR KAN ST-LÄKARE ENGAGERA SIG INTERNATIONELLT?

Marie Bendix, överläkare, Konsultenheten, Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge. Svensk representant WPA Early Career Council

METIS-PROJEKTET

Tove Janarv och Eva Johansson, ST-läkare i psykiatri, METIS projektgrupp

16.00-16.15

Anna Svensson, Cullbergstipendiat, presenterar sin stipendioresa

16.30-17.30

VÅLDSBROTTLIGHETENS UTVECKLING OCH RÄTTSYSTEMETS SYN PÅ PSYKISK SJUKDOM

Jerzy Sarnecki, professor i kriminologi

19.30-

Galamiddag

Fredag 4 februari

8.30-10.00

SLUPs årsmöte

10.30-11.30

PSYKOPATI - INTE BARA EN CHECKLISTA

Marianne Kristiansson, adj lektor, docent KI, verksamhetschef RMV

11.45-12.45

S:T GÖRANS BIPOLÄRPROJEKT I MÖLNDAL OCH STOCK- HOLM: KLINISKA LÄRDOMAR OCH SPÄNNANDE FYND

Mikael Landén professor i allmän psykiatri vid Sahlgrenska akademien

12.45-12.55

Avslutning

13.00

Lunch

Konferenskostnad: 4.100 kr (medlem i SLUP*)
4.900 kr (icke-medlem)

Platsantalet är begränsat, så först till kvarn!

För ANMÄLAN:

www.slupsykiatri.se

Sista anmälningdag: 17 december 2010

B



SPK

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN



SPK
Svenska Psykiatrickongressen
14-18 juni 2011 - Filharmonien Bergshuset i Göteborg

Det fullständiga programmet blir klart i januari och går då att hitta på
Föreningens hemsida, där anmälan till kongressen görs.

www.svenskapsyk.se

Konferensprogram

Onsdag 16/3: Välkomnansmidd och mingel på Borsen
Torsdag 17/3: Kongressmåndag Världshälsovetenskap

Kongressavgift

1 000 kronor för medlem
4 500 kronor för icke-medlem

För mer information

Skriv till: Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen