

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2012

Tema

Var kommer barnen in?

Rättfram

Rättslös

Ägd eller egen



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionell ledare. *Tove Gunnarsson*
3 Redaktionsruta
4 SPF styrelseruta
Ledare. *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
5 SFBUP styrelseruta
Ledare. *Lars Joelsson*
7 SRPF styrelseruta
Ledare. *Kristina Sygel Jakobsson*
13 Bokrecension: Brev från barnens O. Två psykoanalytiker i dialog med barn och unga , *Björn Wrangsjö*
14 Professorsrutan: Barn och alkohol genom seklerna, *Ulf Rydberg*
19 Kommande temanummer
21 Kalendarium
40 Bokrecension: Komplexa fall inom psykiatri, *Björn Wrangsjö*
48 10 frågor till Lena Flyckt, *Stina Djurberg*
54 Tigers krönika
Mikael Tiger

Aktuell information:

- 22** Förändringar för IPULS men METIS består, *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
22 Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri, *Styrelsen för SPF*
25 Suicidprevention på nätet, *Daniel Frydman*
27 Medlemsförmån - CPD-online
34 Så minns vi Raffaella Björck, *Tove Gunnarsson, Lena Flyckt, Elina Sarasalo, vänner och medarbetare på METIS-projektet*
37 Föreslå hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen
42 Två nya hedersledamöter i SPF, *Tove Gunnarsson*
58 Rapport från METIS psykoterapiprojekt: Nu händer det! *Cecilia Svanborg*

Kommande möten:

- 6** Nationell konferens för ST-läkare
16 Medicinska Riksstämman 2012
17 Pilotkurs för specialister i psykiatri på Riksstämman, *Deanne Mannelid, Simon Kyaga*
23 Bok & Biblioteksmässan 2012, 27-30/9
72 SPK 2013 i Stockholm

Tema:

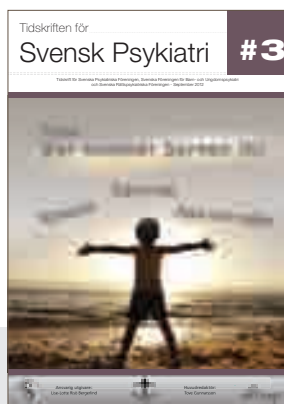
- 8** Och varför anmäler vi inte då? *Daniel Frydman*
10 Var kommer barnen in? *Lena Eidevall*
13 Brev från barnens O. Två psykoanalytiker i dialog med barn och unga , *Björn Wrangsjö*
14 Barn och alkohol genom seklerna, *Ulf Rydberg*
28 Skadliga barndomshändelser - roten till det onda? *Jan Pilotti*
54 Tigers krönika, *Mikael Tiger*

Rapporter från möten och resor

- 31** Möte i ett regnigt Stockholm, rapport från CINP, *Tove Gunnarsson*
33 Vägledning och stöd till personer med ADHD, *Astrid Lindstrand*
50 Svenska psykiatriska föreningen i Almedalen, *Maria Starrsjö*
53 Rapport från Nordic Congress of Psychiatry i Tromsö, *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
61 NCP i Tromsö - en inspirerande resa! *Steinn Steingrímsson*
62 Referat från APA:s årsmöte i Philadelphia om Transference Focused - Psykoterapi för individer med borderline personlighetssyndrom, *Sophie Steijer*
66 En organisation i jakt på sitt sanna väsen, *Simon Cervenka*

Debatt, diskussion, annat:

- 26** Åter på barrikaden - Psykiatriker i alla läger förenen eder! *Henrik Nybäck*
28 Skadliga barndomshändelser - roten till det onda? *Jan Pilotti*
32 Utbildning om psykisk ohälsa hos teckenspråkiga, *Tuija Viking*
38 ADHD koloss på lerfötter, *Jan Pilotti*
44 Var slutar texten? *Johan Beck-Friis*
46 Levnadsvaneprojektet: Psykiatrins läkare bäst på att prata om levnadsvanor, *Jill Taube*
52 Vissa frågor kan inte negligeras, *Anders Almingefeldt*
57 Angående avregistreringen av Trilafon - det lönar sig att debattera! *Lena Flyckt*
69 Finns Gud? *Tord Bergmark*



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

(daniel.frydman@comhem.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/Zurijeta

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

Varför blicka ängsligt mot horisonten...

... när det som är vackert finns rakt framför oss? En av våra artikelförfattare har dragit denna lärdom efter att ha tillbringat sommaren med sin tvååring. Detta nummer har barntema och det finns fler lärdomar att hämta ur bidragen, men här väcks också frågor. T.ex. varför vi låter bli att anmäla trots att vi borde. Vad som kan tänkas röra sig i huvudet på ett mycket litet barn. Hur tar vi hand om barn när de inte är patienter utan anhöriga? Vad vet vi om graviditet och alkohol idag? Fortsätt gärna att skriva om barn!

Totalgrepp

I de kommande tre numren ska Svensk Psykiatri ta ett totalgrepp om våra specialiteter. Frågan om psykiatrins egentliga natur har alltid funnits. Är det kroppen, själen eller samhället som orsakar psykiska sjukdomar och lidande?

Idag borde vi veta att saker i sanning samverkar men för att förenkla tillvaron en smula bjuder vi in läsekretsen till att granska frågan mer i detalj. Nästa nummer ska fokusera på psykiatrins biologi, sedan följer psykiatrins sociologi och sist dess psykologi.

Freud utvecklade psykoanalysen i väntan på att naturvetenskapen skulle leverera användbara förklaringar till hans patienter. Nu 100 år senare börjar vi skönja sådana bidrag. Detta är efterlängtat, även om det biologiska perspektivet, liksom alla perspektiv som blommar upp inom psykiatrin, kan bli en smula övervärderat i början. Med ökande kunskap följer dock förmågan att balansera biologiska och psykologiska aspekter. Den samverkan som epigenetiken visar på är ett bra exempel.

Spännande tycker vi att det skulle vara att få ta del av er uppfattning om vilka biologiska genombrott ni personligen/professionellt upplevt som mest betydelsefulla för såväl förståelsen för, som behandlingen av våra patienter.

För övrigt lämnar vi fältet fritt för tolkningar av vad temat kan inrymma.

Så tänk till och skriv till oss!

För redaktionen

Tove Gunnarsson, redaktör Svensk Psykiatri

En sommar med sorg och glädje



Ibland stannar tiden och livet vill liksom inte komma igång igen... 29/7 var en sådan dag. På f.m. blev jag uppringd av Ing-Marie Wieselgren som berättade att Raffaella var död. I-M hade blivit uppringd av Raffaellas man Erik från Italien. De hade varit ute och joggat ihop 27/7 och Raffaella hade fallit ihop. Trots hjärt-lungräddning, ambulans osv. hade det inte gått att göra något. 23/8 begravdes Raffaella Valigi Björck i Stockholm. Så överkligt, så obegripligt...

Raffaella var en underbar kollega, arbetskamrat, vän och människa. Jag har känt Raffaella sedan min tid i styrelsen som facklig sekreterare. Hon fanns med redan november 2005 i SPF:s utbildningsutskott när jag var ny i styrelsen och fanns fortfarande med vid sin död. Raffaella, Kajsa Norström och undertecknad, efter "bollplankande" med Ing-Marie Wieselgren, kom att skriva ansökan om stöd med nationella medel till att utveckla konceptet kring psykiatrins SK-kurser, det som kom att bli METIS-projektet. Då Kajsa slutade kom Raffaella att vara huvudansvarig projektledare och med min roll som ordförande i METIS styrgrupp kom vi att ha mycket att göra med varandra, till stor glädje för mig. Raffaella hade som få energi, tro på det goda i varje människa och en obändig vilja att förbättra; ST-utbildningen, psykiatrin, världen. Men i varje stund fanns hennes familj med. Det fanns gånger Raffaella kom lite sent till möten och ofta fick vi höra om att det hängde ihop med något barns skridskoutflykt (där skridskorna inte gick att återfinna eller hade blivit för små) eller annat. Familjen ihop med en stark tro, Raffaella var katolik, var hennes källor till kraft och energi. Tack Raffaella för vad Du gav till oss alla!

När Raffaella nu är borta bär vi hennes tankar och visioner vidare med stolthet och glädje!

Sommaren har i övrigt varit fylld av trevligheter. Nästan en vecka tillbringade jag i Visby under Almedalen. Ihop med Maria Starrsjö, som trots att hon slutade i styrelsen vid årsmötet i mars tog hand om vår del av Psykisk hälsacafé, och Ingvar Karlsson, vice ordförande i Äldrepsykiatriska Föreningen, höll vi psykiatrins flagga högt. Jag medverkade i paneler vid 4 seminarier och hade förmånen att gå runt och lyssna på mycket intressant. Läs mer i mina bloggar.

I somras kom också beskedet att Trilafon skulle avregistreras med kort varsel. Efter ett kraftfullt agerande från SPF, inte minst vice ordförande Lena Flyckt, verkar det som att det kommer att bli kvar. Det lönar sig att debattera!

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Lena Flyckt

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Jussi Jokinen

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Karin Grönvall

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors (gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Kerstin Lindell (lindell@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Hanna Edberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(webmaster@svenskpsykiatri.se)

Privat har det varit tid med man, barn och barnbarn. Glasriket, Legoland mm har gett ny energi. Jag ser fram emot hösten med förväntan.

Vi har Bok- och Biblioteksmässan i Göteborg 27 – 30/9 där vi i år förutom monter finns med på flera scener och dessutom har eget program lördag e.m. 9 – 10/10, samtidigt som World Mental Health Day, går SKL:s framtidskonferens av stapeln där SPF medverkar och sedan är det dags för Riksstämman. Det kommer inte att bli långtråkigt nu heller.

Gläds åt nuet. Det som passerat kan vi inte förändra, möjligen lära av. Framtiden äger vi inte men nuet finns; här och nu. Gläds åt det!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



Central styrning – en universalmetod

Som ordförande i föreningen får jag varje vecka remisser på utredningar som man erbjuds svara på. Varje gång hoppas jag att det är något perifert ämne som man slipper att ta ställning till. Jag slås av hur många utredningar som pågår hela tiden. Hur skall man orka sätta sig in i alla? Ibland kommer dock utredningar som det är viktigt att lägga ner tid på att besvara. Tvångslagsutredningen är en sådan och styrelsen håller nu på att skriva ihop ett svar. Det kommer också många förfrågningar att vi skall medverka i olika sammanhang. Det är då alltid svårt att hitta personer som har tid att ställa upp. Vi är alla belastade och stressade av arbetet.

Under sommaren har jag kunnat koppla bort det mesta som rör föreningens frågor. Jag har kunnat umgås mycket med min familj och inte minst mina barn och barnbarn. Under långa härliga frukostar på verandan har vi avhandlat allt möjligt. Eftersom både min fru och min äldsta dotter är läkare har vi pratat mycket om vår arbetssituation. Det är med stor glädje som vi har kunnat utbyta erfarenheter och kunskaper med varandra. Det tog dock inte lång tid innan vi kom in på svårigheter som är gemensamma för oss trots olika åldrar och specialiteter. Den största frustrationen uttryckte vi unisont över hur svårt det är att påverka vår arbetssituation då vi är belastade av administrativt arbete och direktiv som kommer uppifrån. Min dotter refererade till ett inslag i Vetenskapsradion Forum 2012-05-14 där Anders Ivarsson-Westerberg intervjuades. Han är docent på Södertörns Högskola och tillsammans med Anders Forsell, Uppsala Universitet, forskar han på administrationssamhället. Det var befriande att lyssna på honom då han formulerade det som jag själv kände och tänkte. Han tog upp flera problem med den ökade administrationen inom polisen, skolan och sjukvården.

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Vice ordförande: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Åsa Borg (asa.borg@sll.se)
Vetenskaplig sekreterare: Ulf Wallin (ulf.wallin@skane.se)
Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr (gunnel.svedmyr@akademiska.se)
Medlemsansvarig: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)
Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)
Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)
ST-representant: Christian Lindberg (christian.lindberg@lio.se)

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

Ivarsson-Westerberg menade att varje sjukvårdande åtgärd genererade lika mycket tid i administration. Det är svårt att mäta hur den administrativa belastningen har ökat, men en fingervisning kan man få av SCBs yrkesstatistik. 1990 fanns det i Sverige 256 000 sekreterare, 2007 hade sekreterarna minskat till 31 000. Man kan fråga sig om det beror på att vi har mindre behov av administration nu. Så är det naturligtvis inte, utan de uppgifter som tidigare gjordes av professionella sekreterare har förts över till amatörer, d.v.s. till oss som arbetar med sjukvård. Det leder till mindre tid för patienterna samt sämre administrativt arbete.

Vi måste också förhålla oss till olika datasystem. Ivarsson-Westerberg har i sina studier sett att man ofta har sex olika datasystem som man måste logga in på med olika lösenord. Ofta kommunicerar inte systemen med varandra. Allt detta tar tid speciellt som datasystemen ibland strular eller att man glömmer lösenordet. Själv måste jag nästan varje dag logga in på just sex olika system där man måste lära sig hur varje system fungerar och sen komma ihåg det till nästa gång. Ett tag hade jag ytterligare ett datasystem för att skriva ut näringsdrycker men det var så krångligt att jag glömde bort hur man skulle göra varje gång som jag använde det. Då är det skönt att ha tillgång till en dietist.

Ett tredje problem som Ivarsson-Westerberg framhöll är det som jag själv upplever som mest belastande. Vi åläggs att göra mycket som skall tillfredsställa externa intressenter. Det kommer direktiv uppifrån som vi måste planera, åtgärda och redovisa i tron att vi skall bli effektivare. I själva verket menade Ivarsson-Westerberg blir det ineffektivt då mycket tid går åt för att administrera detta.

När kriser uppstår finns en tendens till ökad central styrning vilket leder till än mer ineffektivitet och kanske värst av allt, professionella yrkesgrupper mister tron på sig själv och sin egen förmåga. Han menade att vi idag har mer kontroll och granskning vilket leder till att vi dokumenterar allt mer för säkerhets skull.

På det senaste chefsmötet diskuterades dessa frågor och det blev tydligt att många enhetschefer upplevde att de alltid var "tvåa på pucken" d.v.s. det finns aldrig tid att diskutera vården och de egna problemen då nästan all tid går åt till att ta till sig information om nya direktiv och hur de skall uppfyllas. Ett sådant direktiv har varit vårdgarantin, nu kommer nya direktiv som vi skall uppfylla för att få stimulanspengar. Det är säkert ett vällovligt syfte men jag tror att vi behöver använda mer tid och kraft att implementera den kliniska kunskap vi redan har och som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det tror jag är ett bättre sätt att ge patienterna en god och likvärdig vård.

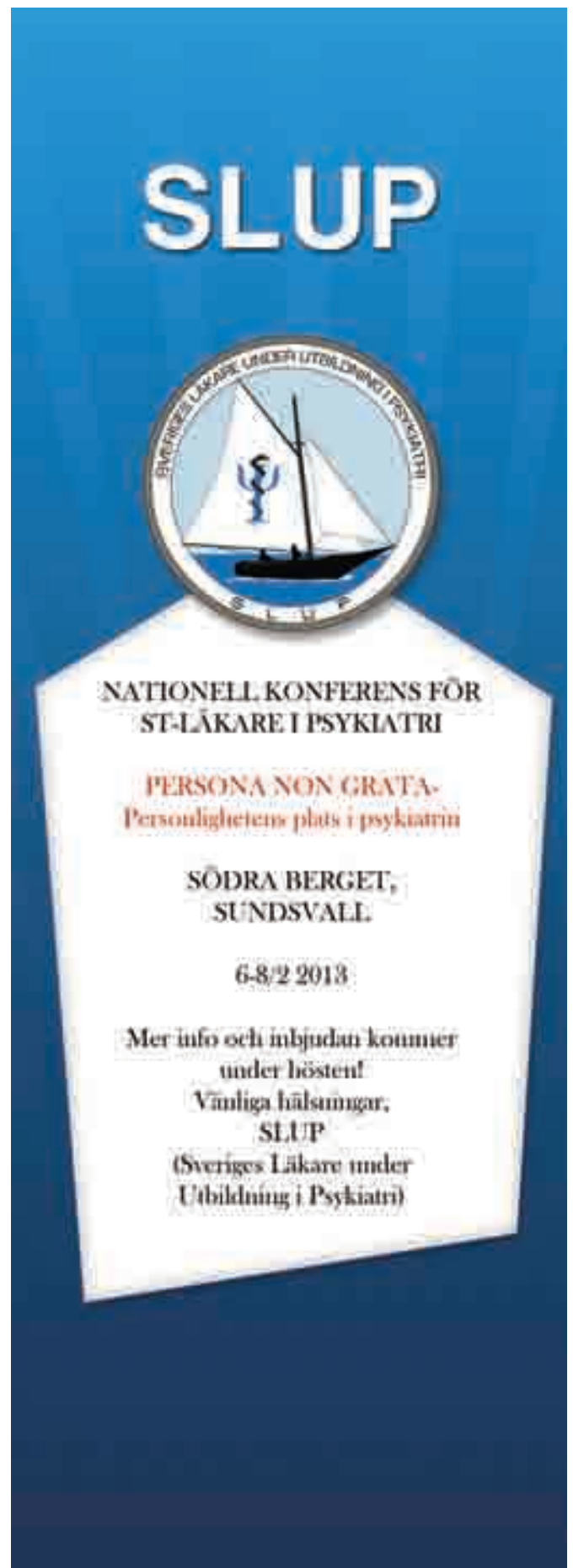
Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen



Hett eftertraktade!



Som vanligt är vi rättspsykiater hett eftertraktade. Telefonen går varm och mailen strömmar in så fort semestrarna är över. Kan någon vara med i den TV-debatten och förklara vårdande rättspsykiatrins roll i att en tungt medicinerad patient erkänner flera mord och sedan tar tillbaks det han sagt? Kan någon vara med i det radioprogrammet och tala om hur två eller flera rättspsykiater kan komma till motsatta slutsatser i samma fall? Vill SRPF ha en representant i detta viktiga projekt eller svara på denna viktiga remiss? Kan ni svara på dessa frågor till mitt gymnasiearbete?

Vi är inte många. Alla är upptagna. Då gäller det att prioritera, fokusera, strukturera, informera, optimera, mera, mera, mera. Nej, vi i styrelsen vet att vi inte kan vara överallt och svara på alla frågor men vi tror att vi kan välja ut fora i vilka vi kan representera professionen och även våra patienter/klienter på ett värdigt och respektfullt sätt. Förra terminen till exempel bemötte vi frågor i radio apropå rättegången mot Breivik, hade program på Psykiatrikongressen, hade ett medlemsmöte om Psykiatrilagsutredningen och debatterade under Almedalsveckan om vården av kvinnor med självskadebeteende på rättspsykiatriska kliniker. Vi svarade även på några frågor till gymnasisters examensarbeten. Denna termin har vi redan berättat i TV om hur den rättspsykiatriska vården kvalitetssäkras idag.

Det största arbetet under hösten kommer att läggas ner på föreningens remissvar på Psykiatrilagsutredningen och vi är mycket tacksamma till den medlem som erbjudit sig att skriva själva svaret eftersom hon menar att hon har tid nu när hon gått i pension (vilket innebär att hon arbetar halvtid på en rättspsykiatrisk regionklinik och strider för att hon i framtiden skall kunna skapa en tjänst som socialpsykiater!). Medlemmarna som inte kunnat närvara vid medlemsmötet i våras påminns om att de gärna kan maila synpunkter till vår remissgrupp via oss i styrelsen. Vi vill också meddela att vi efterlyser kollegor som skulle kunna tänka sig att förvalta det rättspsykiatriska kvalitetsregistret efter att nuvarande registerhållare trätt tillbaka i slutet av året.

Kristina Sygel
Ordförande SRPF

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Lars Eriksson

(lars.eriksson@vgregion.se)

Internationell sekreterare: Vakant

Facklig sekreterare: Eva Lindström

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Vakant (kassoren@srpf.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist

(sekreteraren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Eva Lindström

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Ledamot: ST-frågor: Katarina Howner

Ledamot: Repr. kriminalvården: Lars Håkan Nilsson

Ledamot: Klas Attrell

Ledamot: Sara Bromander

Ledamot: Harald Nilsson

Ledamot: Per-Axel Karlsson

Ledamot: Anna-Karin Svensson

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)





Och varför anmäler vi inte då?

dom bär på elden
som du en gång,
som jag en gång
för alltför länge sen, allt går igen

Om rädslan inte är kopplad till fara låter vi barnet mogna genom att hjälpa barnet att utstå oron och förvissa sig om att den inte behövde styra. Så är det alltid i Sverige. Som läsaren ser stämmer inte det ovanstående. Vi har en tendens att sätta barnets behov och barnets rättigheter under vuxenvärldens. I skolan kan rektorer låta barn gå med oklara scheman under stora delar av terminen, för att logistiken var svårhanterad. På vilken arbetsplats skulle vi godta att inte veta vilka uppgifter vi ställs inför under ens de närmsta dagarna, om inte osäkerheten som sådan ingår i förutsättningarna, som på en akutmottagning eller brandstation till exempel. Men även där finns tryggheten i arbetstiderna, något som inte är självklart för skolelever under början av ett läsår.

Foto: Shutterstock Igor Stepovik

Respekten för barnen är alltid på topp i Sverige. I skolorna tar man hänsyn till att barnen har skolan som sin arbetsplats, man respekterar rimliga arbetsvillkor och rimliga arbetstider. Man prioriterar att låta barnen befinna sig i en miljö som är trygg nog för att de där ska kunna lära sig allt som behövs för att klara av ett vuxenliv, förberedda för de påfrestningar som väntar. Som föräldrar ser vi alltid till att låta våra barn bli involverade i beslut och ställningstaganden utifrån de känslomässiga och intellektuella förutsättningar som barnets ålder medger. Om barnet får problem är vi alltid beredda att lyssna och hjälpa. Om barnet är hungrigt får det mat, om barnet fryser får det kläder. Om barnet känner rädsla tar vi reda på om rädslan är befogad, då skyddar vi barnet mot annalkande fara.

Anhöriga – ett "hinder"

Sjukvården i allmänhet, och psykiatriska specialiteter i synnerhet, har alltid haft problem med anhöriga till sjuka. De anhöriga blandar sig i för mycket – eller för lite, de vill ha insyn och påverka i riktningar som inte alltid är de som verksamheterna har tänkt sig. I vissa sammanhang har vi blivit bra på att involvera anhöriga på ett sätt som är till nytta för såväl patienten, vårdperioden som för vårdapparaten som sådan.

När det gäller anhöriga som är barn till våra patienter blir det ännu svårare.

Allmänpsykiatrin har ibland "glömt bort" att ta reda på om patienterna har barn, barnpsykiatrin har ibland "glömt bort" att ta reda på hur barnen faktiskt har det hemma, om den ohälsa man ser är en konsekvens av miljö, arv eller hur kombinationen ser ut.

Vi har inte alltid undersökt om barnet har omvårdnad när föräldern hamnar inom slutenvård, eller om vi ser att vår patient inom öppenvården verkar ha svårt att hantera vardagliga sysslor.

FN:s barnkonvention och svensk lag

Sverige har skrivit under UNICEF:s barnkonvention, som stadgar att *barnets bästa ska komma i första rummet vid alla beslut som rör barn* (tredje paragrafen). Konventionen säger också att en stat skall "utnyttja det yttersta av sina resurser" när det gäller barnets ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Det betonas också att barn alltid ska ha rätt att leva med sina föräldrar om det inte är för barnets bästa att skiljas från föräldrarna. Om man skiljs från föräldrarna har man rätt att regelbundet träffa dem. Sverige har ratificerat konventionen men den är inte införd i svensk lag.

Jag kommer inte gå igenom paragraferna en och en utan försöka diskutera en del svårigheter som barnen, genom sin existens, utsätter vården för. De områden som FN:s barnkonvention nämner är viktiga att tänka på, liksom andra. Ännu viktigare är den tvingande lag som finns redan innan barnkonventionen eventuellt påverkar den svenska lagstiftningen. Socialtjänstlagen är mycket tydlig på denna punkt, det finns för myndigheter vilkas verksamheter berör barn och ungdomar samt sjukvård och socialtjänst en skyldighet att anmäla när en omyndig person *skulle kunna behöva* socialtjänstens stöd. Anmälan måste ske genast och denna plikt bryter sekretess mellan myndigheter.

Det är svårt att se denna reglering som vag eller oklar. Denna lag har också föregåtts av andra lagar som haft samma innebörd. Ändå har personal inom vården så ofta låtit bli att anmäla när man känt oro för ett barn. Men varför?

Och varför anmäler vi ändå inte?

Ett vanligt argument inom vuxenpsykiatri har varit att man inte vill svika ett förtroende, eller att man anser att en anmälan skulle äventyra den vårdallians som finns. Det är möjligen rimligt att man funderar så men om man får höra talas om något som gör att man tror att en förälder behöver hjälp med omsorgen om sitt barn är det svårt att se att man gör barnet någon tjänst genom att inte anmäla.

Det finns också rädsla för anmälan för att man måste stå för sitt ställningstagande. Det man hör talas om inom yrket får inte föras vidare till socialtjänsten anonymt och patienten kommer då (förstås) få veta vem som anmält. Denna ovilja att ta ansvar för sin bedömning är bekymmersam i sig, om jag har en uppfattning om sakernas tillstånd och inte dokumenterar min uppfattning för att jag är rädd att någon (patienten eller någon annan) ska bli arg, måste jag noga tänka mig för. Kan jag formulera mig på ett sätt som inte är kränkande och ändå beskriva de problem jag ser? Om inte, är det verkligen viktigare att undvika patientens vrede än att ett barn ska få det stöd det behöver?

Ytterligare ett argument mot anmälan som ibland dyker upp är att man tror att socialtjänsten ändå inte kommer göra något. Eller att man inte vill att barnet ska tas från sin familj och att man är rädd att det skulle ske om en anmälan kom till stånd. Denna misstro mot grannmyndigheten är ju väldigt allvarlig.

Beror den på tidigare samarbetssvårigheter? Beror den på att vi i psykiatrien tror oss vara så mycket bättre på att göra bedömningar än kollegerna i den andra myndigheten, trots att det inte ens är vår uppgift att göra bedömningen om vad barnet ska få för hjälp. Om vi avstår från en anmälan för att vi överväger allvarlighetsgraden i det vi får höra begär vi faktiskt också ett lagbrott. Vår skyldighet är "absolut och ovillkorlig", som det står i Socialstyrelsens "stöd för rättstillämpning och handläggning" och man betonar också att det är *den som fått kännedom* som ska anmäla och inte arbetsledare eller chef.

Vi måste inse att det bästa sättet att undvika konflikt är att involvera våra patienter eller deras anhöriga i våra ställningstaganden. Om vi träffar en patient och ser att anmälan behöver göras är det nästan alltid bättre att prata om vad vi tänker göra och varför. Genom att klara av att formulera oss kring vår oro direkt till den det berör gör vi alla en tjänst. Om vi säger att vi faktiskt inte är säkra på om ett barn får det nödvändiga och att vi kommer be socialtjänsten om hjälp för att undersöka det, är det rimligt att familjen tolererar detta mycket bättre än om vi gör en anmälan utan att ens ha talat om det, när oron uppkom. Och ändå känns det osäkert.

De invändningar från psykiatrien som jag beskrivit är förstås bara ett axplock ur verkligheten. I själva verket är motståndet mot att anmäla möjliga missförhållanden för barn väldigt stort, även om jag (obelagt) tror att anmälningsplikten följs oftare nu än tidigare.

Motståndet är begripligt. Tendensen att avstå från besvärliga handlingar är begriplig, de flesta vill inte bli osams med sin patient, tendensen att vilja begränsa sitt ansvar är tydlig. Men om resultatet är att barnet sviks är det sorgligt.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Det inledande citatet är hämtat från "Var kommer barnen in" som var ett spår på Hansson de Wolfe Uniteds andra album, Existensmaximum, 1981.

Var kommer barnen in?

*Var kommer barnen in - dom bär på elden
Som du en gång, som jag en gång men alltför länge sen...*

(Hansson de Wolfe United, 1981)

Barn är också anhöriga

Det är självklart inom vården att ge patienten stöd och det är självklart att ge vuxna anhöriga och vuxna föräldrar information och råd. Men var kommer barnen in?

Genom Barnkonventionen och de nya lagtilläggen i HSL och den nya patientsäkerhetslagen (1) är det numera ett skallkrav på alla som har vuxna patienter att ge information, råd och stöd till barnen när en förälder är somatiskt eller psykiskt sjuk (ibland är förstås båda föräldrarna sjuka), har en beroendeproblematik eller har dött oväntat. Men hur gör man det? Och vem ska göra det?

I somras pratade flera personer, däribland jag själv, om Barn som anhöriga på Psykisk-ohälsa- caféet i Almedalen. Här har jag vidareutvecklat tankar som jag gärna vill delge er kollegor runtom i landet.

En kort personligt färgad tillbakablick

När jag arbetade i Småland tidigt 80-tal hamnade man ofta i konflikt mellan barn- och vuxenpsykiatri kring vems behov som skulle tillgodoseas - barnets eller den vuxnes. Detta blev tydligast i vårdnadsärenden. Det känns idag mycket avlägset med den sortens resonemang. Barns bästa är inskrivet i vårt medvetande, alla vet att det inte är ett hållbart argument att en förälder "behöver" ett barn för att må bra.

I början av 90-talet deltog jag tillsammans med kollegor i Lund/ Malmö i en svensk multicenterstudie kring centralstimulans till barn. Förutom det som blev det förväntade resultatet - att CS blev en viktig och självklar del i behandlingsarsenalen för barn (och sedermera även vuxna) med ADHD började vi inom projektet - precis som på många andra håll i världen - att samla föräldrarna i grupp för att ge information, råd och stöd.

Under mitt yrkesliv har sedan många olika psykopedagogiska insatser för patienter, både barn och vuxna och för närstående sett dagens ljus och de är idag att betrakta som ett självklart, etablerat och evidensbaserat inslag i behandlingen av många tillstånd.

Under 90-talets början fick jag även möjlighet att delta i ett fantastiskt utvecklingsarbete initierat av Marianne Cederblad och Lil Träskman-Bendz på en avdelning i Lund för vuxna som gjort allvarliga suicidförsök, där vi träffade barnen tillsammans med föräldrarna. Idag finns manualbaserade metoder för att prata med barnen, det fanns inte då.

I samband med Miltonutredningen fick en grupp från Västerbotten medel för att ta hit och införa en metod som utvecklats i USA och kommit via Finland - BFI (Beardslees familjeintervention). Ett stort antal personer är idag utbildade i denna metod. (2)

Aktuellt läge. Vad vet vi?

Ytterst få psykiatriska verksamheter känner till vilka barn till psykiskt sjuka och/eller missbrukande föräldrar som finns inom upptagningsområdet. Jag kallar fortsättningsvis denna grupp Barn som anhöriga – och väljer att förkorta den som BsA. (Internationellt finns uttrycket COPMI, Children of Parents with a Mental Illness, men det täcker ju inte hela vår målgrupp).

Det finns många goda och bra aktiviteter runtom i landet, men inget landsting där allt finns som utbud för denna grupp, något som beskrivits av Socialstyrelsen och Allmänna Barnhuset i en liten skrift, Mod och mandat (3). I den finner man också enkäter, riktlinjer och annat som man kan kopiera rakt av på sin klinik eller enhet.

Om man tänker på våra uppdrag och den förväntan politiken och befolkningen har på oss vore det rimligt att utgå ifrån sådant som täckningsgrad, prevalens/incidens, evidens och att titta på sådant som patientnytta, samt delaktighet och nöjdhet hos brukare och närstående även när vi pratar om gruppen BsA.

Det finns några prevalensstudier (4,5) som visar hur många barn det är rimligt att anta att det finns hos dem som är patienter inom specialistpsykiatri. För att sedan känna till täckningsgraden och för att kunna uppfylla lagens krav behövs struktur och systematik för det basala - att fråga om barnen och registrera att barnen finns.

Nästa steg är att ge information. Så långt är allt gott och väl. Men vid ytterligare nästa steg uppkommer ofta frågan - vem ska göra detta? Barnombudet? Kuratorn? Jag? Eller någon annan? För det krävs också struktur, kunskap och fungerande metoder.

Bilden på nästa sida illustrerar hur det troligen ser ut. BsA bör kunna delas in i tre delvis överlappande grupper, där många i gruppen Alla barn både kan och ska fångas upp via skola, BVC och MVC (primärprevention). Här finns barn till föräldrar som har lättare psykisk ohälsa, tillfälliga problem eller som själva söker hjälp.

Och här kan de som har behov av insatser fångas upp och aktualiseras via samverkan i t.ex. konsultationsteam/olika sorters forum för samverkan runt barn som finns på många håll i landet.



Barnen i gruppen i mitten och överst vet ingen säkert hur stor den är. Här återfinns de barn som har stora behov av aktiva insatser för att öka skyddsfaktorerna för psykisk hälsa och minska riskfaktorer för psykisk ohälsa. Denna grupp är det rimligt att förutsätta att alla i psykiatri är de som kan och ska uppmärksammas. Några av barnen i den översta gruppen är redan patienter inom BUP och/eller föremål för större insatser via socialtjänsten (sekundär och tertiärprevention).

Dagens utbud, aktuella projekt

I boken Mod och mandat (3) beskrivs läget i Sverige. Det finns många öar av goda exempel på insatser för BsA-gruppverksamheter i olika regi, hemsidor, samarbete BUP-VUP, spädbarnsverksamhet, engagerade personer i psykiatri som utbildat sig t.ex. i BFI och gör familjeinterventioner. Det finns i Malmö ett utmärkt exempel på hur man organiserar samverkan runt utsatta barn i ALMA (6).

För att komma snabbare fram i utvecklingen har Nationellt kompetenscentrum för anhöriga fått i uppdrag av Socialstyrelsen att **leda, samordna och stimulera ett nationellt utvecklingsarbete av stöd till utsatta barn och ungdomar, barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer** genom kunskapsspridning och erfarenhetsutbyte till detta arbete i Sverige (7). I Norge finns ett liknande nationellt arbete i Barns beste (8) som kommit igång tidigare än det svenska.

SKL bedriver via Kunskap till Praktik ett utvecklingsarbete med en ny satsning på föräldrastöd där man nu påbörjar en nationell kartläggning av barnen till föräldrar med beroende/missbruk. (8)

Hos oss i Psykiatri Skåne driver vi tillsammans med Region Hovedstadens psykiatri ett gemensamt projekt inom Interreg IV-programmet - Barn som anhöriga i psykiatri, för att kartlägga och metodutveckla. (9). Projektledarna var på den tredje internationella kongressen kring BsA i Kanada i våras för att hämta hem internationella erfarenheter från bl.a. Kanada, Australien och Holland.

Utmaningar

Många aktiviteter är på gång samtidigt och det är bra. De osynliga barnen håller sakta på att synliggöras.

Samtidigt är risken att alla kartläggningar och projekt gör att man tappar fokus på här och nu, på sin egen och den egna verksamhetens möjlighet att åstadkomma mycket för BsA med små medel. Man behöver snabbt hitta enkel systematik för att upptäcka och registrera alla barn. Man behöver mäta och följa upp det man gör. Man behöver involvera brukare, anhöriga, närstående, föreningar, attitydambassadörer, kollegor och samverkanspartners. Om man har familjesamtal/gör familjeinterventioner eller har grupper igång bör man rutinmässigt följa upp hur det går för barnen och för familjerna. Just nu planeras både uppföljning av BFI i klinisk vardag och en RCT-studie av BFI som komplement till den doktorsavhandling som gjordes förra året (10) som en vägledning i vad man kan följa upp. För grupper av BsA finns en ännu inte publicerad rapport som visar på meningsfulla mått och mätmetoder för att följa upp sådana insatser.

Min inställning är att det är ett uppdrag för psykiatri som arbetar med vuxna patienter att identifiera barnen och göra den första delen av information, råd och stöd till alla de som är patienter i våra verksamheter. Om man inte anser det måste diskussionen tas inom verksamheten och med uppdragsgivare för att klara ut vems det annars är. Jag menar att det sedan, både beroende på barnens symtom/familjens problem, på kompetens- och resursfrågor och lokala förutsättningar kan se olika ut hur landsting och kommun kan och ska samarbeta kring de barnfamiljer som behöver mycket stöd. Informationen måste ges via många olika kanaler – skriftlig (på olika språk), muntlig, via nätet, via föreningar, i film, böcker, i föreläsningsform, i patientsamtal, via familjeinterventioner. Ett enkelt och användbart hjälpmedel är de illustrerade barnböckerna "Vad är det med våra föräldrar?" och "Hur hjälper jag mitt barn?" som skrivits av Tytti Solantus och översatts till svenska. En ny sådan bok om missbruk är på väg.

Att det finns tillräckligt mycket stöd för att detta är en viktig och angelägen grupp att arbeta aktivt med om vi vill minska psykisk ohälsa, fördröja eller förhindra insjuknande i psykisk sjukdom i nästa generation och påverka psykosocial belastning och riskfaktorer hos våra nuvarande patienter torde det inte råda något tvivel om. En stor mängd artiklar och arbeten publiceras årligen i ämnet runtom i världen – av Michael Rutter redan på 60-talet. (11,12) På hemsidan www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html finns en referenslista till artikeln (1-12). Den som är intresserad kan av mig rekvidrera en nyligen uppdaterad litteraturlista.

Alla som arbetar i sjukvården i Sverige har ett ansvar att se barnen och påverka deras psykiska hälsa!

Lena Eidevall
FoUU-koordinator
Psykiatri Skåne



Ser patienten livet i nattsvart och höstgrått?

Alternativ för de patienter som på grund av biverkningar inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat depressionsläkemedel.*

Voxra är en selektiv noradrenalin- och dopaminupptagshämmare (NDRI) som genom sin annorlunda verkningsmekanism har en antidepressiv effekt jämförbar med SSRI, men en biverkningsprofil utan serotonerga inslag.¹⁻⁸

Den unika verkningsmekanismens selektiva effekter gör att Voxra kan ges till patienter med en symtombild som tyder på dysfunktion i noradrenalin- och dopaminsystemen. Med Voxra kan du därigenom undvika residualsymtom som trötthet och utmattning och minska risken för biverkningar som viktuppgång och sexuell dysfunktion.¹⁻⁹

För patienter som på grund av biverkningar inte nått önskade behandlingsmål med SSRI eller annat inledande läkemedel, erbjuder Voxra ett effektivt alternativ vid behandling av egentlig depression.

Och en möjlighet till ett liv med fler nyanser.

**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.*



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



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) krampanfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampanfall. 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 2011-03-29. *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. Nutt et al. J Psychopharmacol 2007;21(5): 461-7. 2. Voxra produktresumé GlaxoSmithKline www.fass.se. 3. Fava et al. J Clin Psychiatry 2005;7:106-13. 4. Stahl et al. J Clin Psychiatry 2004;6:159-66. 5. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005;66:974-81. 6. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000;61:196-202. 7. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997;58:532-7. 8. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006; 51:234-42. 9. Papakostas et al. European Psychiatry 2008;23:s205, abstract P0046.



Brev från barnens O Två psykoanalytiker i dialog med barn och unga

Björn Salomonsson och
Maglis Winberg Salomonsson
Carlssons förlag, Stockholm 2012

I huvudet på småbarn

Vi vuxna undrar inte sällan vad som rör sig i huvudet på barn som vi möter, kanske särskilt på dem som ännu inte kan tala. Hur tänker de? Vilken förståelse av sig själva och skeenden kring dem ligger bakom deras sätt att handla och bete sig? Frågan är intressant både för människor i allmänhet, föräldrar och inte minst för dem som ska bistå barn med olika typer av såväl mentala som kroppsliga problem. Men sanningen är att vi inte vet. Men vi kan gissa. Daniel Stern gjorde i "Ett litet barns dagbok" för drygt 20 år sedan ett försök att sätta ord, om inte på, så i alla fall ord till det späda barnets upplevelser, dominerade av "kropp" och "affekt". Han tänkte sig en parallell mellan barnets skiftande upplevelser av sin omgivning och sin kropp under starka affekter och vuxnas upplevelse av kraftfulla väderskiftningar pendlande mellan våldsamt oväder med hagelstorm, respektive den fulländade sommardagens värme och stillhet.

Ett annat sätt att närma sig frågan om vad som rör sig i huvudet på barn, stora som små, är genom erfarenheter i psykoterapi. Elisabet Cleve på Ericastiftelsen till exempel har funnit en form för berättelse om sitt kliniska arbete med barn som resulterat i uppskattade böcker, angelägna och tillgängliga för en bred läsekrets.

Fiktiv brevväxling

Björn Salomonsson och Majlis Winberg Salomonsson, båda psykoanalytiker med erfarenhet av arbete med såväl barn som vuxna, har valt en annan väg. I "Brev från barnens O" presenterar de fiktiva brevväxlingar dels mellan sig och sina små patienter, dels mellan barn och mellan barn och föräldrar. Välkända barngestalter, Ronja, Pippi, får lätt förklädda komma till tals. Vissa av brevdialogerna är fylligare med flera turtagningar, epiloger kring återbesök flera år efteråt med återblickar på det terapeutiska arbetet. I brevväxlingarna kommer författarnas upplevelse av och uppfattning om barnens föreställningsvärld, känslor och avsikter till uttryck och psykoanalytikerns förståelse och förhållningssätt avspeglas i deras svar på barnens brev.

Vi möter barn med olika symtom och problematiska omständigheter: rädslor, ångest, utagerande, ADHD, mobbning, deprimerade mödrar, skilda föräldrar och tonårsvändor.

Beate 2½ år är rädd för spöken och arg på sin ledsna mamma, Peter kan inte låta bli att börja bråka våldsamt när mamma bryr sig om lillebror och kramas med pappa, Noa 10 år börjar slåss när kompisar kallar honom ADHD-miffo och tycker att det är en enda röra i huvudet. Linda har frysts ut av kompisar och har som en vulkan inom sig. Emma 12 år har ångest för dödsönskningar mot en kompis och sin mamma. Sist men inte minst möter vi lilla Frida 3 månader som vi ska återkomma till.

Läsaren kommer nära barnen och deras värld och dilemman och man blir berörd av deras kamp med sina vändor. Författarnas tes, att barns känsloliv och inre värld inte är mindre komplicerade än vuxnas, blir tydligt illustrerad – i grunden samma känslor; sorg, vrede, avund, skam, skuld, glädje och längtan. Första delen av boken är lätt tillgänglig, snarast skönlitterär även om det inte alltid tyckts vara så lätt att hitta en trovärdig språknivå speciellt inte vad gäller de små barnen. Vissa av berättelserna kan vara lite krångliga att följa men den lätta förvirring som läsaren till en början kan drabbas av svarar kanske mot den förvirring som analytikern av och till svävat i under arbetet.

Teoretisk belysning av brevväxlingen

Denna förvirring upplöses dock i stor utsträckning när författarna i bokens sista del belyser teman och processer i de fiktiva berättelserna från psykoanalytiskt teoretiska och metodiska infallsvinklar. Dels klargörs den professionella förståelsen som ligger bakom breven, dels klargörs på ett pedagogiskt sätt psykoanalytisk klinisk teori i sitt sammanhang. Författarnas målsättning är att visa att psykoanalytiskt tänkande varken behöver vara "för fint" för att användas av lekmän eller för gammalmodigt för oss människor på 2000-talet. Här förs, med anknytning till brevens innehåll, bland annat resonemang om ramar, överföring och motöverföring liksom kring det första terapimötet och de intryck analytikern får vilkas innebörd kanske inte förtydligas förrän längre fram i behandlingsprocessen. Avsnittet avslutas med ett lättläst och komprimerat avsnitt om tonårsutveckling. Denna teoretiska del är väl försedd med referenser.

Lilla Frida i spädbarnsanalys

Några reflektioner angående arbetet med det yngsta barnet, Frida 3 månader. Ur brev och reflektioner framgår en fascinerande sekvens: Fridas mamma är osäker och har sökt hjälp tillsammans med Frida. I ett skede blir hon irriterad på analytikern som glömt stänga av mobilen och kortvarigt fick lämna rummet. I samtalet som följde dagen därpå berättade mamma att Frida varit helt upp och ner efter gårdagens samtal, skrikit, inte ätit, fått diarré. Frida började också strax skrika. Analytikern erinrade sig att mamman efter "telefonavbrottet" inte velat möta hans blick. Han hade tagit upp avbrottet och påpekat att det måste ha gjort henne arg vilket hon hade svårt att vidgå. Analytikern vände sig direkt till Frida som fortfarande skrek och sa att hon, Frida, inte ville titta mamma i ögonen när hon försökte lugna Frida och att det kunde hänga ihop med att mamma fortfarande varit arg på honom, analytikern, när de kom hem i går och att mamma hade haft svårt att se Frida i ögonen när mamma själv var arg. Han fortsatte med att säga att det är så hemskt när man inte hittar mammas ögon och hemskt för mamma när hennes älskade baby inte vill titta på henne. Så småningom blev lilla Frida lugn och sprack upp i ett stort leende.

Forskningsstöd

Vi kan naturligtvis inte veta i vilken mån analytikerns, i detta fall Björn Salomonssons, sätt att förstå triangelsamspelet mellan honom, Fridas mamma och Frida själv är "riktigt". Vad vi vet är dock att arbetssättet i sig fungerar – att i närvaro av mor och barn sätta ord på vad analytikern i sin motöverföring fångar upp av barnets känslor och "avsikter" i det pågående samtalet i mottagningsrummet och rikta det direkt till barnet – och naturligtvis också indirekt till mamman/föräldern. Denna metodik har Björn Salomonsson studerat i sin avhandling som är den första randomiserade studien där psykoanalytiskt arbete med spädbarn vilka visar tecken på störd funktion har jämförts med "treatment as usual" på BVC. Båda författarna är engagerade i vidare forskning inom området.

Till sist – vad betyder "O" i bokens titel? Enligt författarna kan det vara Obekant, Oändligt, Omedvetet, Oemotståndligt. Kanske också Oreserverat, Omättligt, Oroande, Oförställt, Ohanterligt. Läsaren inviteras härmed att fylla på efter egen fantasi och erfarenhet.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Barn och alkohol genom seklerna

Att barn kan fara illa i samband med alkohol är ingen nyhet, så visst kommer barnen in på det området. Det finns t.o.m. en bibeltext som en del uppfattat så att gravida kvinnor inte ska dricka alkoholdrycker – men som vanligt finns olika tolkningar. Hur andra religioner ser på ämnet "barn och alkohol" vet jag föga om – men invigningsriter förekommer.

Linné skrev 1748: "Beware Gud whar och en att gifva bränvin åt sina barn, hwilka ännu äro i växten, ty de finaste lifstrådar, som äro i utdragning, blifwa uttorkade och härdade i otid. Då man håller uti inga walpar bränwin, eller smörjer deras rygg dermed, blifwa de härigenom från det första slaget till små knähundar" (1).

Den engelska "gin epidemic" på 1700-talet har skildrats i dramatiska teckningar. Både kvinnor, män och barn for illa.

Det finns en gotländsk skildring från ca 1800-talets mitt:

"Mor Ahlberg har väl varit med att bränna brännvin i unga dagar?

– Um ja vart mä? Jojo, otaliga ganger ma han tro.

– Um vör peikar u fingo brännevein? Jojo, var ivliga gang di klardi av, da fingo vi uss itt hallstaup var. Dä säldä var, för hä va ont om stövrar da, ska jag sägä.

– Um vör fingo brännevein elles? Jo var ivliga mörgu. Karar fingo an säup, men vör peikar fingo a skeivä brö, som di hällt brännvein pa. Jojo, da ja gyntä tjeinä, fingo vör inte kaffi um sundersmorgar an gang.

– Um bani u fingo brännevein? Jo, men bärä smakä. Ja hugsar, at smasårkar bräukte rännä mä a leiti skaid u smakä, tills di trilldä ikull, stacklar, u blai liggnes."

Citat i Björn Hibells doktorsavhandling (2).

Allt oftare talas om evolutionära aspekter. Ur fylogenetisk synpunkt kan man notera att alkohol kan verka och förbrännas hos alla undersökta djurarter, t.ex. elefanter och ringsvansade lemurer. Ser man till individens utveckling, ontogenes, vet vi att olika funktioner utvecklas på olika sätt – svårt att sammanfatta.

En sammanfattning av dåvarande kunskap återfinns i Claes Hollstedts doktorsavhandling (1981). Han redovisade kunskaper både från människa och djurmodeller (3).



Man kan spalta upp aktuell kunskap i vad gäller genetik, epigenetik, neurobiologi, neurokemi, etiologi, barn- och ungdomspsykiatri, pediatrik, psykologi, sociologi och pedagogik.

Neurokemisten Christer Alling har understrukit att några särskilt känsliga perioder i hjärnans utveckling nog inte finns, utan olika effekter sätter in vid olika utvecklingsstadier (4).

En viktig aspekt gäller genetik och epigenetik. I den nya läroboken om beroendemedicin (2011) har Lars Orelund skrivit om sina fascinerande försök då man vägt arv och miljö mot varandra (5). Risken att utveckla alkoholberoende har en ärftlig komponent som uppskattats till 50-60 % av risken, men med stor variation. Nerver som utnyttjar dopamin, serotonin, GABA, CRH eller acetylkolin som signalsubstanser har nämnts som viktiga. Såväl metabolism som farmakodynamiska effekter har framhållits.

Att alkohol är en potent teratogen är numera fastslaget av IARC-centret i Lyon, och synsättet har också slagit igenom i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (www.socialstyrelsen.se). Cellbiologerna Parri Wentzel och Ulf Eriksson på BMC i Uppsala har det internationella kunskapsläget aktuellt. Deras uppfattning är att någon säker nedre gräns för alkoholintag inte kan preciseras, och därför måste försiktighetsprincipen gälla – man bör helt avstå från att utsätta embryon och foster för alkohol under graviditeten (6). Detta är ingen social jämställdhetsfråga utan mer ren cellbiologi. Neonatologen Ihsan Sarman har lyft fram mekanismer knutna till stamceller (7).

Att alkoholskulle vara fosterskadande varentankesom många försökte slå ifrån sig, t.ex. en svensk pediatrikprofessor, och de första forskarna hade kring 1970 svårt att få sina arbeten publicerade (8). För sina studier om alkohol och fosterskador tilldelades Paul Lemoine och Ann Streissguth år 1985 Jellinek Award. Ryktet säger att man då beklagade att en så eminent pediater som David Smith (Streissguths chef) skämde ut sig med något så bisarrt som att i ett artikelmanus påstå att alkohol skulle vara fosterskadande! Men det blev en oförglömlig kväll då jag 1985 fick vara med och träffa fam. Lemoine och fam. Streissguth hemma hos de sistnämnda i Seattle, med utsikt över Paget Sound och avnjöt lax grillad på indianvis. Här har skett ett paradigmskifte.

Jag har fått uppleva att en ung man uppsökte mig och bad mig undersöka om han "hade ett fetalt alkoholsyndrom" och bad om råd, eftersom båda hans föräldrar hade svåra alkoholproblem! Han har sedan undersökts neurologiskt och har olika symptom.

I en studie av Engel och Rydberg har visats att då hanrättor vid olika ålder tillförts alkohol, fick de före könsmognaden sänkning av dopaminomsättningen i hjärnan och minskad motorisk aktivitet, men efter könsmognaden fick de ökning av dopaminomsättningen och ökad motorisk aktivitet. Parallell till människa ang. debutålderns betydelse efterlyses (9).

Spännande resultat har erhållits i studier i samarbete mellan USA och Danmark (10). Man undersökte såväl neurofysiologiska som neuropsykologiska och sociala mått, i de två olika riskgrupperna. Söner till manliga alkoholiserade fäder var särskilt viktiga att studera.

Kvinnors alkoholvanor under graviditet har studerats i doktorsavhandlingar av bl.a. Agneta Österling och Mona Göransson (11). Program för missbrukande kvinnor och deras barn har utvecklats i Stockholmsregionen, och Christina Ottenblad inom projektet blev år 2000 den första barnmorska som blev medicine hedersdoktor.

Representanter för barn- och ungdomspsykiatrisk forskning förväntas behandla sitt eget område.

Texter om alkohol och ungdom belystes nyligen i ett TV-program från Uppsala universitet med professor Ingrid Nylander. I min artikel berörs bara ett axplock av frågeställningar och aktuell litteratur. På alkoholområdet (F 10) finns en lång tradition av att barnen kommer in. Men hur är det med alla de andra psykiatriska diagnoserna?

Ulf Rydberg

**Professor emeritus, klinisk alkohol- och narkotikaforskning
Karolinska Institutet**

Referenser hittas på hemsidan
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



Svenska Läkaresällskapet
**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**
S T O C K H O L M 2 0 1 2

*Genom kunskap och dialog
utvecklar vi vården tillsammans.*

28 nov – 30 nov

”Framtidens hälsa”



Pilotkurs för specialister i psykiatri på Medicinska Riksstämman 29 november 2012 i Stockholm

Inför kommande satsning på ett nationellt fortbildningsprogram för specialister i psykiatri erbjuder METIS-projektet i samarbete med SPF en försmak med två pilotkurser under temana "Specialistrollen i en komplex vardag" och "Kurs i bakjournskompetens".

Anmälan öppen på: www.svenskpsykiatri.se/riksstamman2012

Den framgångsrika satsningen på METIS-projektet för att skapa ett strukturerat kursutbud för alla ST-läkare i psykiatri har lett till att Socialdepartementet satsat projektpengar för att skapa ett nationellt fortbildningsprogram för specialister i psykiatri.

Sedan flera år har psykiatrin i Sverige haft en svår situation med få specialister som varit ojämnt fördelade över landet. Det medför bl.a. att den enskilde specialisten ofta får omfattande kliniska uppgifter med liten möjlighet till fortbildning.

Behovet av fortbildning möts ofta på ett otillräckligt sätt av olika aktörer, inkluderande läkemedelsindustrin, med ett ad hoc-perspektiv. Det finns därför stort behov av ett sammanhängande och produktbundet fortbildningsprogram för specialister i psykiatri. En heltäckande fortbildning som kan följas under flera år är även viktigt ur ett patientperspektiv för att skapa god och jämlik vård i Sverige.

Liksom METIS-konceptet är den pedagogiska strukturen i fortbildningsprogrammet för specialister tänkt att vara uppbyggd kring en inledande distansdel och ett kursmöte på plats några veckor senare. Till skillnad från kurserna på ST-nivå, som mer systematiskt går igenom varje ämne för sig, speglar specialistkurserna den komplexa verkligheten med ett flerdimensionellt tänkande kring såväl diagnostik, bedömningar som behandling. Klinisk erfarenhet och vetenskap integreras. Alla utbildningsdelar vilar på fem pelare som tydligt ska framgå oavsett ämnesområde: Samtalsmetodik, farmakologi, samsjuklighet beroende/somatik, riskbedömningar suicid/våld samt juridiska/etiska aspekter.

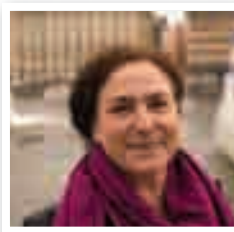
De ämnesspecifika kurserna inriktas på komplexa tillstånd med ett integrerat psykiatriskt perspektiv. Flera olika ämnesområden kombineras i varje kurs som t.ex. affektiv sjukdom, neuropsykiatri och personlighetsstörningar. De *fokusinriktade* kurserna behandlar specifika områden av specialistens arbete som t.ex. specialistrollen i en multiprofessionell vardag.

För att få möjlighet att utvärdera och förbättra kursupplägget kommer två kortare pilotkurser att hållas tillsammans med SPF under temana "Specialistrollen i en komplex vardag" respektive "Kurs i bakjournskompetens" på Medicinska Riksstämman den 29 nov. Antalet platser är begränsat och kursdeltagarnas avgifter är kraftigt subventionerade.

För mer information och anmälan se:
www.svenskpsykiatri.se/riksstamman2012

Deanne Mannelid
Projektleddare
IPULS

Simon Kyaga
Riksstämmosekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen
Foto: Privat



Ta del av våra remissvar!

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

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

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



**Deadline för bidrag till nästa nummer:
14 november**

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:
www.slupsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2012-2013

NUMMER 4 2012

Tema: Psykiatrins biologi
Deadline 14 november
Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2013

Tema: Psykiatrins sociologi
Deadline 13 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2013

Tema: Psykiatrins psykologi
Deadline 15 maj
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2013

Tema: Ej bestämt
Deadline 28 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2013

Tema: Ej bestämt
Deadline 13 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.
Ange alltid vem fotografen är.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".
Välkommen med Ditt bidrag!
Redaktionen

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

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se



En del kanske aldrig blir helt fria från sin depressionssjukdom, fast du kan
hjälpa dem **HITTA EN VÄG UT.**

Vägled dina patienter genom depressionens många svårigheter
med hjälp av Cymbalta® (duloxetin).

SE CYN00224

De flesta som drabbas av en depression får ytterligare minst en sjukdomsepisod senare i livet och för varje ny episod ökar sannolikheten att insjukna på nytt.¹ Depression är för många en kronisk återkommande sjukdom.¹

Det är inte ovanligt att patienter som tar läkemedel mot depression inte får tillräcklig effekt av sin första eller andra behandling.² Genom att byta behandling till Cymbalta har du en möjlighet att hjälpa de patienter som redan har provat SSRI och venlafaxin utan att ha fått tillräcklig effekt eller drabbats av biverkningar.² En hjälp mot ett liv mindre märkt av depression.

Referenser: 1. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. 2004. SBU-rapport nr 166. 2. www.tlv.se.

Cymbalta® 30 mg och 60 mg enterokapslar, hårda (duloxetin). **ATC-kod:** N06AX21.
Indikationer: Behandling av egentlig depression. Behandling av smärtsam diabetesneuropati. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. Cymbalta är indicerat för vuxna. **Kontraindikationer:** Samtidig behandling med icke-selektiva, irreversibla monoaminoxidashämmare. Skall inte användas i kombination med potenta CYP1A2-hämmare. Leversjukdom med försämrad leverfunktion. Gravyt nedsatt njurfunktion. Okontrollerad hypertoni. Datum för översyn av produktresumén: 20110726. För ytterligare information och priser se www.fass.se. R_x. F. Vid smärtsam diabetesneuropati ingår Cymbalta i läkemedelsförmånen utan begränsning. **Begränsningar i läkemedelsförmånen:** Cymbalta ingår även i förmånen 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.



Cymbalta®
duloxetin

hela vägen tillbaka

Kalendarium

13-17 oktober 2012

25th ECNP Congress (European College of
Neuropsychopharmacology)
Wien, Österrike
www.ecnp-congress.eu

14-18 oktober 2012

XXth World Congress of Psychiatric Genetics
Hamburg, Tyskland
<http://meeting.ispg.net>

17-21 oktober 2012

World Psychiatric Association International Congress
Prag, Tjeckien
www.wpaic2012.org/en/welcome

24-26 oktober 2012

3rd International Conference on Violence in the Health
Sector, Vancouver, Kanada
www.oudconsultancy.nl/vancouver/violence/invitation-third.html

7-9 november 2012

12th International Forum on Mood and
Anxiety Disorders, Barcelona, Spanien
www.ifmad.org

28-30 november 2012

Medicinska Riksstämman, Stockholm
www.sls.se/riksstamman/

13-15 mars 2013

Svenska Psykiatrikongressen, Stockholm
www.svenskpsykiatri.se

6-9 april 2013

21st European Congress of Psychiatry
Nice, Frankrike
www.epa-congress.org/

10-13 april 2013

World Psychiatric Association Regional Congress
Bukarest, Rumänien
www.wpa2013bucharest.org/

21-23 april 2013

CINP Thematic Meeting: Pharmacogenomics and
Personalised Medicine in Psychiatry
Jerusalem, Israel
www.cinp2013.com

18-22 maj 2013

166th APA Annual Meeting
San Francisco, USA
www.psych.org/annualmeeting

6-9 juni 2013

4th World Congress on ADHD
Milano, Italien
www.adhd-congress.org

12-15 juni 2013

10th International Conference on Bipolar Disorders
Miami Beach, Florida, USA
www.10thbipolar.org

23-27 juni 2013

11th World Congress of Biological Psychiatry
Kyoto, Japan
<http://www.wfsbp-congress.org/>

29 juni – 3 juli 2013

21st World Congress Social Psychiatry
Lissabon, Portugal
www.wasp2013.com

26-28 september 2013

4th European Conference on Schizophrenia Research
Berlin, Tyskland
www.schizophrenianet.eu

22-26 juni 2014

29th CINP World Congress of
Neuropsychopharmacology
Vancouver, Kanada
www.cinp2014.com

14-18 september 2014

XVI World Congress of Psychiatry
Madrid, Spanien
www.wpamadrid2014.com

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

Förändringar för IPULS men METIS består!

Förändringar och händelser som påverkar METIS har kommit tätt under de senaste veckorna. Först Raffaellas bortgång (se annan plats i tidningen) i slutet av juli som utan jämförelse är det mest omvälvande och ofattbara som vi försökte hantera för METIS räkning vid ett extra och akut insatt styrgruppsmöte 20 augusti. Nu i veckan beskedet att IPULS läggs ned vid årsskiftet och delar av verksamheten förs över till Socialstyrelsen. Eftersom jag är ordförande i IPULS styrgrupp för METIS sedan 5 år tillbaka fick jag beskedet något dygn innan pressmeddelandet gick ut. Detta i samband med att IPULS träffade sina 3 ägare; SLF, SLS och SKL. Redan vid det första beskedet framkom att det som föranlett förändringen är att man insett att SK-kurser måste upphandlas enligt LOU (lagen om offentlig upphandling) vilket inte sker nu. Tror det rent juridiskt kan vara svårt att få ihop detta med LOU med att IPULS är ett aktiebolag.

På IPULS finns i dagsläget 3 psykiatriprojekt: METIS och psykoterapiprojektet, båda med utgångspunkt i ST-utbildningen, samt det nya projektet kring specialisternas fortbildning. Man har från departementet väldigt tydligt (och även IPULS 3 ägare) framhållit att METIS är det mest framgångsrika psykiatriprojekt man någonsin drivit. Jag önskar så att Raffaella varit i livet och fått höra detta. Det fanns gånger när hon tyckte det var motigt men hon hittade ny kraft, samrådde med kloka kollegor och andra, drack en kopp espresso och hittade vägar att komma vidare. Vi har all anledning att tro att man kommer att värna om det som pågår och t.o.m. ge mer inför framtiden. Gissningen är att även denna del av IPULS hamnar på SoS men det får vi se. Man kan tänka sig andra konstellationer. Min uppfattning, så här långt, är att projekten har nytta av att hållas ihop även om de olika delarna i framtiden, när de blivit ordinarie drift, kan hamna på olika huvudmän.

Vi har, när jag skriver detta i början på september, ingen anledning att tro att detta innebär att vi måste ändra på något av det vi tänkt hittills. Viktigt att sprida denna information så att inte oro och spekulationer kring detta nu stör den implementeringsfas vi påbörjar kring METIS. Vi har skyldigheter mot psykiatrin, alla nya ST-läkare (fler än någonsin), alla på IPULS som jobbat med detta men inte minst Raffaella, att få detta att bli bestående.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen
och METIS styrgrupp

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri

Priset kommer att delas ut första gången i samband med Svenska Psykiatrikongressen i Stockholm mars 2013.

Vill du nominera någon till priset?

Maila Ditt förslag och motivering till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri: webmaster@svenskpsykiatri.se före 15/1 2013.

Vill du skänka ett bidrag till prissumman?

Sätt in pengarna på bankgiro 5112-0020 och ange att Du vill att pengarna skall gå till Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri.

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

**Deadline för bidrag till nästa nummer:
14 november**

Psykisk hälsa genom livet

Seminarier lördag 29/9 kl 13-17
R21 i Gothia Towers.

Bok & Biblioteksmässan 2012

Psykisk hälsa genom livet Monter C01:25 27-30 september

Tillsammans med oss möter du personer från ideella föreningar som verkar för ett psykiskt friskare Sverige. Här kan du tala med experter på psykisk ohälsa – professionella och personer med egen erfarenhet. Vi vill dela med oss berätta om vad som görs inom psykiatri idag och hur en positiv utveckling i framtiden kan se ut.

Utställare:

HFS Nätverket Hälsofrämjande sjukvård, temagrupp Psykisk hälsa
Kampanjen Hjärnkoll Västerbotten
NSPH, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
Psykisk hälsa - barn och ungdom
Socialpsykiatriskt forum
SPF, Svenska Psykiatriska Föreningen
Västerbottens läns landsting

Forskartorget torsdag 27/9 12:20-12:35 Scen B05:72

Språk, kreativitet och evolutionärt urval
Det evolutionära perspektivet blir allt viktigare i psykiatrisk forskning. Lyssna till *Simon Kyaga*, psykiater.

Debattscenen torsdag 27/9 kl 11:00-11:45 F-hallen plan 2

Sjuk eller brottsling?
- fallet Breivik och förslaget till ny svensk psykiatrilag
Var det paranoid schizofreni eller en extrem politisk åsikt som drev Breivik till massmorden på Utöya?

Medverkande:

Anders Printz, Statens Nationella Psykiatrisamordnare
Linda Weichelbraun, anhängig, journalist
Moa Kindström Dahlin, doktorand i allmän rättslära, Stockholms universitet
Anna Nilsson, doktorand i rättsvetenskap, Lund
Jimmie Trevett, förbundsordförande RSMH
Ulrik Fredrik Malt, professor i psykiatri från Norge
Tuula Wallsten, psykiater
Moderator: *Ing-Marie Wieselgren*, SKLs nationella psykiatrisamordnare

Seminarier lördag 29/9 kl 13-17 R21 i Gothia Towers.

Kl 13:00

Jan Beskow berättar om sin nya bok *Suicidalitet* som problemlösning, olyckshändelse och trauma.

Kl 14:00 (prel. programpunkt)

"Ett bipolärt hjärta" är titeln på en bok av *Rebecca Anserud*, 24 år. Hennes föreläsningar brukar få publiken att skratta åt det tragikomiska i att vara manisk till att gråta när hon berättar om de svartaste perioderna.

kl 15:00

Kerstin, dansen och svärtan – ett nedslag i Kerstin Thorvalls rika författarskap. Dans fick henne att lite bättre stå ut med den svarta hon bar med sig genom livet. *Jill Taube*, psykiatriker med intresse för hur fysisk aktivitet kan ge oss bättre psykisk hälsa, guidar.

Kl 16:00

Motion - källan till evig ungdom? Betydelsen för depression och demens hos äldre
Medverkande: Docent *Ingvar Karlsson*

Scenen Hälsa och livsstil söndag 30 sep kl. 12:30-12:50 F-hallen

Förförisk eufori och djupaste mörker
Rebecca Anserud, som skrivit "Ett bipolärt hjärta", har levt med bipolär sjukdom sedan hon var 15 år. Idag är hon 24 år och har fått tillbaka sig själv. Hon driver två företag och är ambassadör för projektet Hjärnkoll.

Välkomna!

Självmodsupplysningen – ny suicidpreventiv webbplats

Idag lanseras Självmodsupplysningen.se. Det är en ny suicidpreventiv webbplats riktad till unga vuxna, i synnerhet män. På Självmodsupplysningen kan besökarna chatta, diskutera, maila frågor och läsa mer om självmord och psykisk hälsa. Sajten bemannas av volontärer som har fått specialutbildning i att hantera självmordsfrågor. Chatten kommer att vara öppen vardagar 19-22 och forumen vardagar 9-22.

Lanseringen sker på den internationella suicidpreventiva dagen den 10 september. Självmod är ett stort, tabubelagt folkhälsoproblem. Det är den vanligaste dödsorsaken bland svenska män i åldern 15-44 år. Varje år är det 1500 personer som begår självmord i Sverige, vilket är ca 4 gånger mer än antalet trafikdödade. Globalt sett är det 3000 människor som tar sitt liv varje dag.

Självmodsupplysningen riktar sig i första hand till personer som mår psykiskt dåligt och kan vara självmordsnära. Andra viktiga målgrupper är anhöriga till suicidala personer och personal i skolan, vården och omsorgen. Webbadressen är www.sjalvmordsupplysningen.se och logotypen framgår nedan.

Självmodsupplysningen är ett långsiktigt projekt som drivs av föreningen Psykisk Hälsa. Sajten har utvecklats i nära samarbete med Fontänhuset Sköndal och RSMH (verksamheter för unga med erfarenhet av psykisk ohälsa). Andra viktiga partners i utvecklingsarbetet har varit KI/NASP (Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention av Psykisk Ohälsa) anhörigföreningen SPES (Suicidprevention och Efterlevandestöd), S:t Lukasstiftelsen, reklambyrån Ruth och webbyrån Jirafa. Projektet finansieras av bl a Arvsfonden och Stiftelsen Solstickan.

En av orsakerna till projektet är ett uppmärksammat självmord i oktober 2010, då en 21-årig man annonserade sitt självmord på sajten Flashback. Självmodet finns beskrivet i Psykisk Hälsas rapport "Du är ett troll tror jag", och som kan laddas ner på www.psykiskhalsa.se

- Självmod är en fråga som ofta diskuteras på nätet. Och det finns många missuppfattningar, t ex att det inte går att påverka en självmordsbenägen människa. Med Självmodsupplysningen kan vi erbjuda stöd och möjligheten att diskutera ett svårt och skambelagt ämne, säger Carl von Essen, generalsekreterare för föreningen Psykisk Hälsa.

- Vi hoppas att så många individer och organisationer som möjligt kan hjälpa oss att sprida kunskap om sajten, bland annat på sociala medier, så att personer som mår psykiskt dåligt kan hitta till den.

Mer information: Carl von Essen, Generalsekreterare Psykisk Hälsa, 0730-595900



Suicidprevention på nätet

Föreningen Psykisk Hälsa behöver knappt någon presentation, en ideell förening som bildades av psykiatriprofessorn Viktor Wigert 1931, med syfte att främja den psykiska hälsan i samhället. Under denna folkrörelsernas tid var det mycket ideellt arbete som behövdes, med olika fokus. Folkrörelser definieras som rörelser som är oberoende från stat och kommun, med en särskild ideologi eller agenda och där medlemsdemokrati är viktig. Att driva sakfrågor med medlemmar runtom i landet blev ett sätt att organisera människor från olika samhällsskikt, för en gemensam sak.

Foto: Shutterstock

RFSU arbetade för en ökad sexuell upplysning med syfte att barnalstringen och sexualiteten skulle regleras och formas till samhällets och människornas bästa. Länkarna och AA bidrog till nykterheten i landet. Föreningen Psykisk Hälsa, eller SFPH (Svenska Föreningen för Psykisk Hälsa) som den tidigare hette, har kommit att bidra till ökad förståelse för en god psykisk hälsa på olika sätt. Genom åren har man fokuserat på olika, alla lika viktiga områden, man fokuserar på barnens rätt och hälsa, en tidning med utgivning 4 gånger per år, Psykisk Hälsa, börjar ges ut 1960. Mötesplatser för psykiskt sjuka har inrättats med Föreningen Psykisk Hälsa som initiativtagare, liksom seminarier om viktiga ämnen. Föräldrar har kunnat ringa till en "föräldratelefon" och under början av vårt sekel har man engagerat sig i frågor om psykoterapi.

Suicidfrågan har även tidigare engagerat föreningen och nu i år, med start den 10/9, suicidpreventiva dagen, öppnas en webbsida med det utmanande namnet **själmordsupplysningen.se**. Här finns en mängd artiklar om olika psykiatriska svårigheter och koppling till suicidalitet men det viktigaste är att man via sidan kan chatta med personer inom organisationen om självmordstankar och annat psykiskt lidande. Eftersom självmordstalet inte sjunker hos unga vuxna och självmord är den enskilt största dödsorsaken hos unga män, hoppas man att denna sida ska upptäckas av just denna grupp, även om den är öppen för alla.

När det gäller sociala medier och självmord har det funnits stor oro för hur suicidaliteten ska påverkas av webben. Det finns hittills inte några egentliga tecken på att självmorden ökat på grund av aktiviteter på webben, även om olika enskilda händelser väckt stark oro. Ett självmord som

genomfördes med den suicidale i dialog med andra på en självmordstillåtande chattsida 2010 väckte stor oro.

Ett sådant självmord är ett undantag, även på självmordstolerande sidor. De flesta som använder dem har nytta av den icke-dömande hållningen och får ett forum för sin oro som fungerar som en kanal som gör livet möjligt.

Svensk Psykiatri nr 2, 2007, sidan 13 tog upp ämnet. www.svenskpsykiatri.se/member/journal/SPnr22007.pdf.

Vi vet att de allra flesta människor med självmordstankar får lindring från sin oro genom att tala om sina tankar. Det är viktigt att det finns platser på internet där man kan diskutera sina livsfrågor utan de självmordstoleranta sidornas acceptans för självmord, men också utan det "vanliga" samhällets moraliserande ton. Syftet med chatten på självmordsupplysningen är att erbjuda en plats där man just kan prata om sina livsproblem i ett icke-dömande sammanhang och ändå veta att man kan få råd och stöd så man kan ta sig vidare. Chatten kommer bemannad med volontärer som är särskilt utbildade för detta och har kontinuerlig, online-handledning kring de dialoger som förs.

Det vore väldigt värdefullt om läsarna av Svensk Psykiatri förmedlar information om denna nya sida till dem som kan behöva ytterligare stöd. Det gäller såväl ungdomar och unga vuxna som anhöriga till våra patienter.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Åter på barrikaden - Psykiatriker i alla läger förenen eder!

De strängare sjukförsäkringsreglerna har gett oss psykiatriker ett väsentligt merarbete genom att oroliga patienter fått en ökad oro samtidigt som kraven på våra intyg och utlåtanden skärpts. Patienternas socioekonomiska situation är ingen strikt medicinsk fråga, men faktum är att många ångestfyllda, deprimerade och förvirrade försämrats när deras sjukpenning ifrågasätts och sjukersättning dras in. Hänvisningen till arbetsförmedlingens introduktionsprogram upplevs av majoriteten av de sjuka som ett ifrågasättande och ytterligare ett hot till de inre hot som de redan lever under. Läkarna ombeds komplettera sina intyg med preciseringar av "objektiva undersökningsfynd på organnivå". Men vad som är objektivt och vad som är subjektivt i vår kliniska verklighet kan diskuteras. När patienten gråter i förtvivlan och oro för sin överlevnad är det då ett undersökningsfynd? Och vilket organ är involverat i det försämrade tillståndet? Hur ska en invandarkvinna förstå att "FK inte finner skäl i det medicinska underlaget som ger rätt till sjukpenning", eller att hennes "årsarbetstid fastställts till 1785 timmar, alltså 34 timmar och 20 minuter per vecka, vilket betyder att arbete 20 timmar per vecka är mer än halvtid, varför en halvtidsersättning inte kan betalas ut".

- En svårt socialfobisk kvinna föll ihop på arbetsförmedlingen och överdoserade sen tabletter och hamnade i slutenvården.
- En deprimerad man som i många år klarats i öppenvård blev helt stuporös, leddes stum in till besöket på mottagningen och fick läggas in för ECT.
- En man med autismspektrumstörning blev desperat och togs av polis när han klottrade "FÖRSÄMRINGSKASSAN" mm på en vägg i centrum.
- En begåvningshandikappad invandrare kom efter besked om sjukersättningens upphörande till mottagningen med en bensindunk som han hotade använda för självförbränning.

Desperation är ju ingen diagnos, men om en allvarlig försämring, suicidförsök eller suicid sker inom vården så ska det rapporteras som avvikelse och kanske prövas enligt Lex Maria. Försämringskassans roll prövas dock inte, eftersom den är en självständig myndighet som inte står under Socialstyrelsens tillsyn.



Bland slagorden i årets 1:a majtåg i Stockholm uppträdde docenten och tidigare SPF-ordföranden Henrik Nybäck till stöd för de utförsäkrade. Han väckte en viss uppmärksamhet och omfamnades på Norra Bantorget av sjukvårdsbiträdet Marja Berggren från Kommunalarbetsförbundet.

Foto: Jan Berggren

De avstämningsmöten som vi har med FK, patienten och ibland anhöriga, socialtjänst och arbetsgivare innehåller ofta en kulturkrock men kan också vara klargörande för alla parter. En stämning av rättegång ligger i luften, patienten upplever sig anklagad och misstrodd, läkaren upplever sig inkompetent och oförmögen och handläggaren är bunden av paragrafer, tidsramar och skiftande politisk styrning. Ofta hänvisar handläggaren till enkla lathundar som Socialstyrelsens beslutsstöd, som inte ger någon vägledning för komplex samsjuklighet, somatiseringssyndrom mm. Sjukförsäkringsministern Ulf Kristersson sätter reglerna men Högsta förvaltningsdomstolen har flera gånger omtolkat lagar och t.ex. påpekat att en sjukdom inte behöver vara livshotande för att berättiga till fortsatt sjukpenning efter 550 dagar.

Hur ska vi då i psykiatri se på suicidhot, vilka också ibland framställs direkt till FK? Vi lever ju med nollvisionen för suicid. – Om jag inte hade ansvar för mina barn, hade jag tagit livet av mig för länge sen, sa en 46-årig man. – Jag är bara en börda för min familj. Han hade väntat i över ett år på besked om fortsatt sjukersättning för kronisk smärta och kronisk depression.

Så vad gör vi psykiatriker? Kan vi göra något mer än arbeta på och förkovra oss, förfinas vår diagnostik och förbättra vår behandlingsarsenal? Jo, vi kan naturligtvis bli bättre på att översätta diagnoser och symptom till "aktivitetsbegränsningar och hinder för förvärvsarbete på hela arbetsmarknaden", alltså att växla mellan det empatiska samtalet och myndighetsutövningen. Men visst var det enklare förr när det fanns tidsbegränsade sjuksättningskrav på ett, två eller tre år mot dagens krav på spekulationer och sjukdom och arbetsoförmåga tio, tjugo eller trettio år framöver.

När den 1:a maj närmade sig, tyckte jag det var dags att gå ut och säga ifrån, så som på 60-talet när jag demonstrerade mot atombomben och på 70-talet mot Vietnamkriget. Jag anslöt mig till upptakten i Humlegården och fick material till ett plakat: "LÄKARE MOT INHUMANA UTFÖRSÄKRINGAR" skrev jag och ritade en rullstolsburen medvetlös person på väg till jobbet. Jag minns inte att jag gått i Sossetåget förut, LO är ju arrangör och bland dess olika förbund tyckte jag att Kommunal, som organiserar sjukvårdare och mentalskötare, passade mig bäst. Till pampig musik gick sen tåget längs gatorna från Östermalm till Norra Bantorget. Talkörerna ekade mellan husen och publiken var månghövdad, en del tittade undrande över mitt lite udda plakat men flera förstod budskapet och applåderade entusiastiskt. Under talen på Norra Bantorget träffade jag en bekant som arbetat som undersköterska i geriatrisk psykiatri (se bilden), överraskad och glad.

Efteråt, den 2:a maj, på jobbet, när jag berättade om min ensamma demonstration för kollegor och medarbetare fick jag starkt stöd och beröm. – Du skulle ha hört av dig, så hade jag gått med, sa flera. Så vi får väl planera till nästa år, om behovet står kvar, att gå ut i grupp, minst 20 läkare i vita rockar, till försvar för sjuka och hjälplöst handikappade. Arbete åt alla, javisst, men för sjuka, även psykiskt sjuka, måste det finnas ett humant trygghetssystem.

Henrik Nybäck
Lektor emeritus, Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholms läns sjukvårdsområde



Foto: Carol Schultheis

Medlemsförmån - CPD-online

Som specialist och betalande medlem i SPF (gäller inte SLUP:are) har Du nu möjlighet att få tillgång till CPD-online från Royal College of Psychiatry.

Detta är en fantastisk möjlighet till fortbildning över internet som SPF köper med en kostnad per medlem.

Detta gör vi "på prov" för att se om det kommer att användas i den utsträckning som motiverar kostnaden och vi kommer att utvärdera det längre fram.

Man gör på samma sätt i de övriga nordiska länderna genom samarbetet i NPA vilket har gett oss ett mycket bra pris, man får betala väldigt mycket mer i UK.

Företaget som sköter CPD-online måste få tillgång till Ditt namn, medlemsnummer och e-postadress.

Därefter kommer Du att få ett personligt login till CPD-online från företaget (kan ta några veckor).

SPF lämnar aldrig ut uppgifter om medlemmar eller e-postadresser, vi måste därför ha Ditt tillstånd för detta.

Du ger oss Ditt tillstånd genom att fylla i detta formulär www.svenskpsykiatri.se/cpdonline.html

Om Du inte fått detta meddelande tidigare, per e-post, beror det på att vi inte har Din e-postadress. Fyll i formuläret och ange Din nuvarande e-postadress.

Styrelsen för SPF

**Deadline för bidrag till nästa nummer:
14 november**

Skadliga barndomshändelser – roten till det onda?

På Kris- och Traumacentrums konferens om Barndomstrauma september 2011 presenterades en stor studie **"Adverse Childhood Experiences (ACE) and their relationship to Adult Well-being and Disease"**. Genom omfattande frågeformulär besvarade av ca 17000 patienter och samkörning med olika register sågs tydliga korrelationer. Den beskrevs som "The largest study of its kind ever to examine over the lifespan the medical, social and economic consequences of adverse childhood experiences." I en tidigare publicerad studie hade nästan 9500 av 13500 svarat på en enkät. Tio olika ACE, Tabell 1, identifierades i den större studien.

Tabell 1

Categories of Adverse Childhood Experiences	Prevalence (%)
Abuse by Category	
Psychological (by parents)	11%
Physical (by parents)	28%
Sexual (anyone)	22%
Neglect by category	
Emotional	15%
Physical	10%
Household Dysfunction by Category	
Alcoholism or drug use in home	27%
Loss of biological parent <18	23%
Depression or mental illness in home	17%
Mother treated violently	13%
Imprisoned household member	5%

Det förekommer ofta flera ACE för samma individ vilket registreras som ACE Score, Tabell 2, där antal kategorier, ej händelser, för en individ summeras.

Tabell 2

ACE score	Prevalence (%)
0	33 %
1	25 %
2	15 %
3	10 %
4	6 %
5 or more	11 %

Sedan undersöktes korrelationen mellan ACE Score och förekomst av olika sjukdomar/tillstånd. I alla redovisade fall finns en klar graderad effekt, "dos-responskurva". Detta bevisar naturligtvis inte orsak men brukar i andra sammanhang (t.ex. farmakologiska) räknas som stöd för orsakssamband. Bilderna var ensartade även om lite olika siffror.

I Tabell 3 några av de sjukdomar/tillstånd som redovisades på föreläsning och med värdena motsvarande P i figuren.

Tabell 3

	P%
Adult Alcoholism	16
Intravenous Drug Use	3,5
Chronic Depression	Male 35 Female 58
Suicide Attempts	20
Later Being Raped	30
Hepatitis/Jaundice	10

ACE Score var också relaterat till de 10 vanligaste dödsorsakerna eller riskfaktorerna för dödsfall i USA: rökning, extrem fetma, fysisk inaktivitet, depression, självmordsförsök, alkoholism, illegala droger, intravenöst drogmissbruk, mer än 50 sexuella partners och STD.

Vidare framkom följande samband:

Då studien redovisar (den ökade) risken för ett tillstånd för olika (ökande) ACE Score och dessutom prevalensen för olika ACE Score kan det omvända dvs. prevalensen för olika ACE Score för visst tillstånd beräknas.

Ur på föreläsningen presenterade figur kan t.ex. för

depressioner hos kvinnor följande ungefärliga värden utläsas.

Tabell 4 Kronisk depression för kvinnor

ACE Score	% Lifetime History (ca)
0	15
1	20
2	30
3	40
≥ 4	55

Från Tabell 2 och Tabell 4 kan beräknas hur många % av kvinnor med depression som har ≥ en viss ACE Score.

Tabell 5 Deprimerade kvinnor

%	having ACE SCORE ≥
82	1
64	2
48	3
33	4

Det är alltså vanligt att vuxna kvinnor med depression har flera ACE i anamnesen och det samma gäller för de andra sjukdomarna/tillstånden som studerats.

Felitti sammanfattade sin presentation:

"Adverse childhood experiences are very common, but mostly unrecognized".

"Evidence from ACE study indicates:

Adverse childhood experiences are the most basic cause of health risk behaviours, morbidity, disability, mortality and healthcare costs."

"Many chronic diseases of adults are determined decades earlier, in childhood. Not by disease, but by life experiences."

Många frågor väcks. Om vi kunde upptäcka alla dessa barn i tid kan vi då minska risken för de allvarliga konsekvenser som ACE-studien visar?

Utmaning för BUP

Detta blir en utmaning för barnpsykiatrien där vi, enligt min erfarenhet, inte i tillräcklig utsträckning tycks upptäcka dessa barn. Om min iakttagelse stämmer finns det flera möjliga bidragande orsaker.

Psykoanalytikern John Bowlby, som satte anknytningen och dess stora betydelse på den psykiatriska kartan, skrev i sitt "testamente" 1988:

"Ända sedan Freud gjorde sin kända och enligt min åsikt katastrofala helomvändning 1897, då han beslöt sig för att de sexuella övergrepp i barndomen han trott var etiologiskt viktiga inte var annat än patienters fantasiprodukter, har

det varit ytterst opassande att härleda psykopatologi till händelser i verkliga livet" (min kursiv).

När det t.ex. gäller sexuella övergrepp kom SBU i maj 2011 med en rapport (www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Sexuella-overgrepp-mot-barn/). Där framgår att knappt en tiondel av sexuella övergrepp mot barn kommer till samhällets kännedom. Detta menar jag och några kollegor är beroende på ett samhälleligt systemfel där man nästan enbart satsar på juridik som dock inte kan lösa dessa problem. Men det är en mycket stor grupp. Grova sexuella övergrepp har enligt samma rapport en förekomst på 7-14% hos flickor och 3-6% hos pojkar, dvs. 5-10% i hela ungdomsgruppen, vilket är lika eller dubbelt så mycket som ADHD.

Men även andra livshändelser och trauman missas. Jag har sett alltför många exempel där trauman, t.ex. tidig och allvarlig misshandel, helt missats eller kallats för ADHD. Jag vet inte hur det är överlag i Sverige men på BUP i Örebro har införts en "diagnostiseringsrutin" som enligt min mening systematiskt ökar den risken. Man glömmer bort anamnes och fokuserar på M.I.N.I-KID som bara innehåller symtom och inga livshändelser. M.I.N.I-KID saknar dessutom hela kapitel även från DSM-IV: Somatoforma syndrom (med tex Konversionssyndrom och Dymorfofobi) och Dissociativa syndrom som bägge rör flera F-diagnoser relaterade till trauma.

Vidare saknas Reaktiv kontaktstörning hos spädbarn eller småbarn (DSM-IV 313.89 ICD-10 F94.1), som är en mycket viktig differentialdiagnos, samt allt som har med familj och verkliga livshändelser att göra. Och inte heller anknytningen tas upp i M.I.N.I-Kid. Detsamma verkar gälla KIDI-SADS där jag också sett allvarliga missar. Och statistiken stödjer dennas dystra bild i varje fall i Örebro där närmare 40% av patienterna har ADHD-diagnos medan trauma, PTSD och sexuella övergrepp, rör sig om ca 5%.

Hur är det på andra håll i landet?

Vid ett studiebesök på BUP Gamlestaden i Göteborg, en mottagning som dessutom var först med att klara vårdgarantin, var ADHD-andelen ca 10% och man hade så vitt jag förstod mer diagnoser relaterade till livshändelser. Också DSM-IV har sina brister och tyvärr lär det bli värre i DSM 5.

Men den har också ett viktigt budskap om nödvändigheten av kliniskt omdöme som dock tycks väga lätt i dagens diagnostik.

Är det att vi inte använder kliniskt omdöme som gör att vi missar de flesta barnen utsatta för skadliga barndomsupplevelser?

**Jan Pilotti leg läkare
Ungdomspsykiater
f.d. överläkare BUP Örebro**

Referenser finns på www.svenskpsykiatri/tidskriften.html

Ritalin® kapsel och tablett

för barn och ungdomar med ADHD

En bra
start på
dagen



För en flexibel anpassning till olika behov hos individer och åldersgrupper

Ritalin® kapsel:

- Är ett långverkande metylfenidat med en snabb initial frisättning och med en fördröjd frisättning och en effektprofil som:
 - Hjälper individen under de viktiga förmiddagstimmar
 - Ger bibehållen effekt under hela dagen
- Kan tas oberoende av föda
- Kan öppnas och strös på en mindre mängd kall mat
- Finns i styrkorna 10, 20, 30, 40 mg



Ritalin® tablett:

- Kan tillsammans med Ritalin långverkande kapsel ge möjlighet till individanpassad behandling



Ritalin (metylphenidathydroklorid), (Rx, ⚠, F), kapsel med modifierad frisättning och tablett, är ett psykostimulantia, läkemedel mot ADHD. Beroendeframkallande läkemedel. 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. Behandlingen ska påbörjas under överinseende av specialist på beteendestörningar hos barn och/eller ungdomar. **Kontraindikation:** feokromocytom, hyperthyroidism, existerande kardiovaskulära eller cerebrovasulära sjukdomar, icke välkontrollerad bipolär sjukdom typ 1, svår depression, psykos, självmordstendens eller psykopatisk/borderline personlighetsstörning, samtidig behandling med icke selektiv irreversibel MAO-hämmare, överkänslighet för metylfenidat eller något hjälpämne. **Förpackningar:** Ritalin kapsel finns i styrkorna 10 mg, 20 mg, 30 mg och 40 mg i förpackningar med 30 kapslar. Ritalin tablett 10 mg finns i förpackningar med 30 och 100 tabletter. **Läkemedelsförmån och pris:** Ritalins samtliga förpackningar är subventionerade = F. För aktuella priser se www.fass.se. **Produktresumé uppdaterad:** 2012-05-22, www.fass.se.

Referens: Ritalin produktresumé 2012-05-22. www.fass.se

Har du frågor angående våra receptbelagda produkter är du välkommen att vända dig till Novartis Medicinsk Information via e-post: medinfo.se@novartis.com



Novartis Sverige AB, Box 1150, 183 11 Täby.
Telefon 08-732 32 00, www.novartis.se

Ritalin® kapsel
(metylfenidat)

Möte i ett regnigt Stockholm

CINP (Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum eller The International College of Neuropsychopharmacology) som grundades 1957 är en global organisation. Vartannat år hålls en världskongress där kliniker kan ta del av de senaste forskningsfynden, och forskare kan få kännedom om aktuella kliniska problemställningar. Det övergripande syftet är att *"encourage and promote international scientific study, teaching and application of neuropsychopharmacology"*.

I år var det dags för Stockholm att stå som värd för den 28:e kongressen. Drygt 3000 personer från hela världen (varav ca 500 japaner!) samlades i Stockholmsmässan i Älvsjö 3-7 juni. Försommar-Stockholm kan vara alldeles underbart men just i år bjöd vädret på den regnigaste junimånad som staden upplevt sedan man började mäta 1786. Om detta bidrog till de fullsatta salarna är svårt att veta, det högklassiga vetenskapliga programmet var dock säkerligen huvudorsaken.

Plenarföredrag, symposier, debatter, workshops och ett mycket stort antal postrar presenterade det senaste inom det neuropsykofarmakologiska forskningsfältet.

Många internationellt kända forskare medverkade; däribland Nora Volkow (för övrigt barnbarn till Leo Trotskij!), Barbara Sahakian, David Nutt, Brian Leonard samt "vår egen" Arvid Carlsson. Innehållet var brett och varierat, det fanns "något för alla", såväl forskare som kliniker.

Ett särskilt uppskattat inslag var de fem "pro and con"-debatterna. Under ledning av en moderator fick två talare turas om att ge argument och motargument i ett aktuellt ämne. Salen blev snabbt överfull, alla fick inte plats och man lärde sig snabbt att det gällde att vara där i god tid för att inte bli bortmotad av vakter. Som exempel på dessa debatter kan nämnas "Are second generations superior to first generation antipsychotics?" där Herbert Meltzer talade för och avgående CINP-ordföranden Robert Belmaker talade mot. Det som väckte allra mest intresse var nog dock "Is there a real antidepressant drug effect?" där man bjudit in Irving Kirsch som ju menar att hela den antidepressiva läkemedelseffekten kan härröras till placeboeffekter. "För"-talaren Elias Eriksson gav honom dock en rejäl match. Det var akademisk underhållning på hög nivå.

Nästa världskongress hålls 22-26 juni 2014 i Vancouver, Canada.

Tove Gunnarsson
Överläkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm

Foto: Carol Schultheis



Högskolecentrum Vänersborg ger utbildning om psykisk ohälsa hos teckenspråkiga



Foto: Shutterstock NLshop

I höst erbjuder Högskolecentrum Vänersborg två nya utbildningar inom området psykisk ohälsa hos teckenspråkiga:

- Dövas livssituation, kultur och kommunikation
- Psykisk ohälsa hos teckenspråkiga

2011 fick Högskolecentrum Vänersborg 2,3 mkr av Socialstyrelsen för projektet Psykisk ohälsa hos teckenspråkiga. Syftet är att genom ny utbildning öka kunskap om dövas/teckenspråkigas situation, uttrycksformer och kultur för att bättre kunna identifiera och ge stöd vid psykisk ohälsa. Målet är att teckenspråkiga skall få vård på lika villkor som andra.

Enligt Per-Åke Warg, chef på Högskolecentrum, är projektet en del av regeringens satsning och kompetensutveckling bland personal i socialtjänst och den psykiatriska hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom.

Utbildningarna

Projektet resulterade i de två nämnda utbildningarna och som ska ges parallellt under hösten 2012.

De vänder sig främst till baspersonal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Andra målgrupper för utbildningen är personal inom Statens institutionsstyrelse (SiS), kriminalvård, arbetsförmedling, försäkringskassa, kvinnojour, polis och räddningstjänst.

Utbildningarna är kostnadsfria för deltagaren.

De är webbaserade och tillgängliga på webben under två månaders tid. Tanken är att öka flexibiliteten för deltagaren genom att denne kan välja tid för utbildningstillfället.

Projektledare är Maria Thulin och projektstöd Tuija Viking och Jessica Lindskog-Sultan. Projektet har blivit väl mottaget i landet och det kom snabbt in många anmälningar till utbildningarna. Det visar på stort intresse och behov av ny kunskap inom området, enligt Maria, Tuija och Jessica.

Bakgrund

Det finns totalt ca 30 000 teckenspråkiga personer i Sverige inklusive hörselskadade som använder svenskt teckenspråk i kommunikation samt hörselskadade som till stor del använder sig av teckenspråk. Vid psykisk ohälsa uppstår ibland svårigheter att kommunicera detta i mötet med berörda verksamheter. De får ofta därför inte sin vård på lika villkor som andra och dessutom brister deras rättssäkerhet i olika sammanhang. Detta har bl.a. Sveriges Dövas Riksförbund, SDR, påtalat och efterfrågat mer kunskap inom området i berörda myndigheter.

Socialstyrelsen har sedan flera år uppmärksammat de problem döva personer/ teckenspråktalande med psykisk ohälsa möter inom hälso- och sjukvården, enligt Mårten Gerle, sakkunnig inom psykiatri på Socialstyrelsen.

Den nationella psykiatrisamordnarens slutbetänkande och Socialstyrelsens rapport "Baspersonalens kompetens -

förslag till kompetensförstärkningar i hälso- och sjukvård och socialtjänst” var en grund för regeringens beslut 2008 - 2011 om ett statsbidrag för att höja personalens kompetens inom psykiatri och socialtjänst. Medlen skulle användas till att genomföra utbildningsinsatser och andra kompetenshöjande insatser.

Socialstyrelsen har funnit goda skäl också att vid sidan av fortsatta satsningar på fortbildning tillgodose behovet av nationella grund- och vidareutbildningar för s.k. baspersonal – såväl på högskolenivå som inom ramen för gymnasial vuxenutbildning.

Vänersborgs kommun och Högskolecentrum har tilldelats statsbidrag för sin unika utbildning om teckenspråkiga med psykisk ohälsa, som motsvarar ett nationellt behov, menar Mårten Gerle.

Projektet

I projektet bildades en referensgrupp av berörda personer med kompetens inom området, bl a Sveriges Dövas Riksförbund (SDR), Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) och Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM).

Projektledningen besökte ett antal orter där det finns verksamheter som berör eller har erfarenhet av teckenspråkiga, bl.a. dövverksamhet och dövskolor i Stockholm, Örebro, Härnösand, Vänersborg och Lund. Även socialtjänst och psykiatriska verksamheter besöktes. Intervjuer genomfördes med brukarföreträdare, skolverksamhet, kommun och landstingspsykiatri samt institutionsvård för att få fram vilken kunskap som efterfrågas.

Projektledningen gjorde även ett besök i Norge, på Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse i Oslo. Där är kommunikationen och kunskapen om dövas livsvillkor basen i hela verksamheten. Startskottet till verksamheten blev ett regeringsbeslut om att skapa ett center som erbjuder vård och stöd till teckenspråkiga med psykiatrisk problematik.

Mer information om projektet finns på www.vanersborg.se/hogskolecentrum under Centrum för Teckenspråk.

Många uppdrag till Högskolecentrum

Projektet är det nionde regeringsuppdraget som Högskolecentrum fått sedan 2005. Några uppdrag var att inventera utbildningsnivån i berörda verksamheter nationellt. Dessutom att tillsammans med Mittuniversitetet, Högskolan Väst och Malmö Högskola samt företrädare från olika berörda verksamheter/myndigheter utveckla, leda genomförandet och utvärdera ett nytt högskoleprogram Psykisk hälsa med inriktning mot särskild problematik. Högskolecentrum genomförde dessutom förstudien åt Socialstyrelsen inför regeringens satsning på fort- och vidareutbildning.

Tuija Viking
Projektledare

Vägledning om stöd till personer med ADHD

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att starta ett nationellt arbete vilket ska leda fram till en vägledning om stöd till personer med ADHD. I arbetet deltar en expertgrupp och en referensgrupp. Arbetet beräknas ta 2,5 år. I referensgruppen är Svenska Psykiatriska Föreningen representerad av undertecknad. En vägledning är inte så styrande som en riktlinje då vägledningen vänder sig till professionen och brukarna medan en riktlinje vänder sig till beslutsfattarna.

SBU fick 2009 i uppdrag från regeringen att ta fram riktlinjer för behandling av ADHD och autismspektrumstörning. Dessa är nu 2012 klara och SBU:s rapport *Diagnostik och behandling av ADHD och AST* finns att ladda ner från SBU:s hemsida.

Via kvalitetsregistret BUSA kan man få uppgifter om hur många i Sverige som använder centralstimulantia. Det har skett en fyrdubbling av användandet under de senaste fem åren. Centralstimulantia är ett narkotikaklassat läkemedel och bör enligt Läkemedelsverket ej användas av vuxna om de inte påbörjat medicineringsen innan 18 års ålder. Enligt SBU finns stark evidens för läkemedelsbehandling på kort sikt. I NMI (Nationella Medicinska Indikatorer) från Socialstyrelsen, SBU och SKL betonas stödet till patienten och dennes närstående.

De två huvudfrågor som Socialstyrelsen kommer att fokusera på är

- 1) Under vilka förutsättningar ska man vidta en utredning?
- 2) När ska läkemedel insättas? Här ska flera behandlingsmetoder ha prövats innan medicinering med centralstimulantia insättes.

En viktig frågeställning är också om ADHD ska klassas som en beteendestörning, funktionsnedsättning eller utvecklingsavvikelse. Detta får betydelse för vilken rätt man har till att få hjälp samt vilka aktörer som ska ge hjälpen. Det betonas att i det aktuella arbetet behövs det tas fram en tydligare kartbild och därigenom ett klagande kring vem som ansvarar för vad, exempelvis sjukvård, skola, socialtjänst och stödgrupper.

Astrid Lindstrand
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri
Styrelseledamot Svenska Psykiatriska Föreningen



Så minns vi Raffaella Björck

Mitt i sommaren, under efterlängtat semester, nåddes vi av det ofattbara, otänkbara beskedet – Raffaella Björck är död. En av de mest drivande, engagerade, brinnande personerna i svensk psykiatri är borta.

Raffaella föddes i italienska Perugia 1964. Läkarutbildningen i Rom förde henne sommaren 1989 som utbytesstudent till Stockholm, där hon träffade kärleken i form av svenske kollegan Erik Björck. För Raffaella personligen innebar det flytt till ett nytt land, erövring av ett nytt språk, äktenskap och tre barn. För svensk psykiatri innebar det högvinsten.

Raffaella flyttade permanent till Sverige 1992 men hann bli specialist i psykiatri i hemlandet. Svensk specialistkompetens erhöll hon 1997. Efter några år på dåvarande psykiatriska kliniken på Huddinge sjukhus fick hon tjänst som överläkare på Psykiatriska kliniken Karolinska sjukhuset, sedermera Psykiatri Nordväst, där hon sedan var verksam fram till sin död.

Det Raffaella framför allt brann för i sitt yrke var pedagogik och utbildning. Redan tidigt skapade och koordinerade hon ett ERASMUS utbytesprogram för lärare och medicinkandidater inom psykiatri (KI, King's College, Università "La Sapienza" i Rom). Hon verkade som lärare och handledare för studenter och underläkare.

2002-2007 var hon AT-studierektor för psykiatriavsnittet vid Karolinska Solna. Sedan 2003 var hon en sällsynt avhållen ST-studierektor på Psykiatri Nordväst, och hon var sammankallande i SPF:s nationella studierektorsnätverk. Hon var sedan 2005 medlem av SPF:s utbildningsutskott där hon gjorde stora och avgörande insatser för att höja kvaliteten på den svenska specialistutbildningen. Som målbeskrivningsansvarig gentemot Socialstyrelsen vid arbetet med psykiatriens nya målbeskrivning för ST-läkare la hon ner mycket tid och ansträngningar för att få det i hamn. Hon var lärare och ansvarig för utbildningen av ST-handledare inom Stockholmspsykiatri sedan 2006. Allra mest känd blev hon nog som en av initiativtagarna till METIS-projektet som hon sedan blev projektledare för. Hon ingick även i projektgruppen för en ny psykoterapiutbildning för ST-läkare.

Det är svårt att sammanfatta allt det som Raffaella hann utveckla, förändra och förbättra i svensk psykiatri. Genom att höja ambitionsnivån och kvaliteten i specialistutbildningen har hon medverkat till att förbättra den psykiatriska vården och organisationen i stort. Hon höjde ambitionsnivån, höjde kraven på kunskap och kompetens, hade ständigt nya idéer och visioner. Den medicinska etiken var alltid i fokus. Nyttänkande och viljestark drev hon igenom saker med en stor portion organisatorisk förmåga.

Tidigt påbörjade doktorandstudier rörande neurologiska "soft signs" vid schizofreni fick ett långt uppehåll då det var så mycket annat som skulle hinnas med – familj, arbete, alla projekt. Det senaste året hann hon dock återuppta forskningen, med glädje och entusiasm.

Raffaella älskade att baka och gladde ofta sina arbetskamrater med att ha med sig nybakat bröd eller cantuccini. Hon närde sedan många år en dröm om att en dag få starta ett bageri, gärna på KS-området, där de anställda skulle vara brukare från psykiatrin och där sjukhusets personal, patienter och besökare alltid skulle kunna köpa färskt väldoftande bröd.

Familjen, Erik och barnen, kom alltid först. Hur kunde hon få tiden att räcka till för så oerhört mycket annat? Och ändå alltid ha tid för var och en av oss i sin omgivning, med en enastående förmåga att omedelbart skifta fokus från det aktuella arbetet till den som för stunden behövde prata, diskutera något. Inget problem var så stort att det inte gick att lösa tillsammans över en kopp espresso.

Vital, intensivt levande och närvarande i allt. En kraftfull inspirationskälla med smittande arbetsglädje som fick oss andra att tänka att "Yes, we can".

Vi har förlorat en älskad vän, kollega och arbetskamrat. Svensk psykiatri har förlorat en sällsynt kraft. Det bästa vi kan göra nu är att kavla upp ärmarna och fortsätta det Raffaella påbörjade.

**Tove Gunnarsson
Elina Sarasalo
Lena Flyckt**

**Kolleger, arbetskamrater, vänner
Stockholm**

Foto: Carol Schultheis



Foto: Carol Schultheis

Vi väntar...

Vi väntar på att du plötsligt ska dyka upp. Du kommer instormande med ditt stora hårburr, en aning sen, med skratt i blicken och någon ny, fantastisk idé som du har och genast vill dela med oss. Din energi sätter sig direkt i rummet, vi smittas alla av den och skrattande undrar vi hur ska det här gå till, hur ska vi kunna genomföra detta? Enkelt svarar du att "Ingenting är omöjligt!". Och vi tror på dig. Och på oss själva.

Raffaella var en sådan person; en förebild, inspiratör, ledare och mentor. Raffaella var också maka och mor och på något sätt så lyckades hon alltid hitta tid för oss alla. Vi hade alla en plats i hennes hjärta.

Vi väntar fortfarande på att du ska dyka upp.

Vi saknar dig oändligt.

Vännerna och medarbetarna i METIS-projektet



**Enheten för unga med psykos/bipolär sjukdom
BUP Kliniken Stockholm**

Inbjudan till kurs Bipolärt syndrom och Psykotiska syndrom hos barn och unga

Enheten för unga med psykos/bipolär sjukdom vid BUP Kliniken Stockholm arrangerar på uppdrag av studierektorena i landet, en tre dagars kurs om Bipolärt syndrom och Psykotiska syndrom hos unga.

Kursens mål är att förmedla en fördjupad kunskap om dessa tillstånd vad gäller diagnostik, differentialdiagnostik, samsjuklighet och behandling.

Föreläsningar kommer att varvas med klinisk tillämpning, falldragningar och diskussioner. Kursmaterial skickas ut innan kursens början.

Föreläsningarna kommer även att beskriva teamets arbete, såsom Psykopedagogiska interventioner, PPI i familjearbete och i grupp KBT behandling i grupp och enskilt Egenvård och livsstilsfrågor, skola mm

Välkommen att anmäla dig även till gemensam middag 17/10

Målgrupp: Läkare specialiserade inom barn- och ungdomspsykiatri eller närliggande specialitet verksamma inom BUP

Tid: 17-19 oktober 2012 kl. 09.00-16.00

Plats: Piperska Muren, Scheelegatan 14, 112 28 Stockholm

Kostnad: 3500 kr

Anmälan Mailas till assistent gun.billstrom@sll.se senast **120907**, Tel 08-616 68 83
Anmälan är bindande och platsantalet begränsat.

Kursledning: Christina Bengtsson Macri, överläkare, Tel 08-616 68 60
Agneta Palmstierna, enhetschef, Tel 08-616 68 70



Fördelar med Cipralex® munsönderfallande tabletter

- 92 % upplevde att den munsönderfallande tabletten var enklare att ta än den traditionella tabletten².
- 70 % trodde att deras följsamhet kan förbättras av denna beredningsform².
- Enkla att administrera då inget vatten behövs.

Nu finns Cipralex® (escitalopram) som munsönderfallande tablett!

Den nya beredningsformen av Cipralex kan öka möjligheten till följsamhet och därmed remission¹. De munsönderfallande tabletterna med mintsmaak löses upp snabbt och priset är detsamma som för de traditionella Cipralex-tabletterna.



cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) Rx (F), ATC-kod: N6A, INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD). SPC 2012-01-19. 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, munsönderfallande tabletter 10- och 20 mg. För pris och vidare information, se FASS.se.

1. Navarro, Adv Ther (2010), 27 (11):785-795. 2. Nilausen, Linde, VanGerven, Poster presented at EPA Vienna 2011.

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

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

I våra stadgar står "Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften. För beslut om sådant medlemskap krävs minst 2/3 av de vid mötet röstande. Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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

En Pudel!



Det händer att saker blir fel
och att saker förändras
Datum kan kastas omkring,
konferenser ställs in
och bokstäver byter plats
Det händer alla och det har
säkert hänt i den här tidskriften

ADHD koloss på lerfötter

Antalet barn, ungdomar och vuxna som får ADHD-diagnos har ökat mycket. Vad beror det på? Vad är ADHD och varför sprids klart vilseledande uppgifter om ADHD?

Ärftlighet inte alls visad!

Det upprepas ständigt i alla läger från kliniker till forskare, från Socialstyrelsen till läkemedelsindustrin, att ADHD har hög ärftlighet. Detta är inte alls visat med den vanliga betydelsen av ärftlighet dvs. genetisk orsak kontra miljöfaktorer. Man har inte kunnat påvisa några gener för ADHD utom i mycket enstaka fall i samband med fragile X, Catch22, XXY- och XYY- syndrom. Detta rör sig om mindre än 1 % av alla med ADHD dvs. mindre än 0,05 % av alla barn.¹

De siffror som anges för "ärftlighet", 0,4-0,9 eller 40-90 %, är ett indirekt mått s.k. *heritabilitet* som man har fått genom beräkningar vid tvillingstudier. Heritabilitet är ett mått på hur mycket av *variansen i en population* som beror på gener. Det betyder *inte* att 40-90% av orsaken är genetisk!²

"I tvillingstudier undersöker man *konkordansen*, som är den fenotypiska överensstämmelsen mellan tvillingarna i ett par. Konkordansen anges i procent och är andelen tvillingpar där båda har egenskap av samtliga par där minst en har egenskapen".³

Sedan jämför man konkordansen för MZ, monozygota, och DZ, dizygota. Är konkordansen för enäggstvillingar större än den för tvåäggstvillingar talar det för någon form av ärftlighet. Man kan beräkna heritabiliteten på många olika sätt⁴, men att detta mått betyder något helt annat än ärftlig orsak borde vara lätt att inse av följande fakta:

Heritabiliteten kan bli mer än 1 dvs. mer än 100 %! Heritabiliteten för att vi har 5 fingrar, som definitivt är genetiskt styrt, är nästan noll då orsaken till färre antal fingrar nästan alltid är traumatisk och inte genetisk varför det genetiska bidraget till variansen är nästan noll.

Men om heritabiliteten som för ADHD är 0,4-0,9 vad bidrar den genetiska variansen med då? *Med samma tvillingmetod kan visas att heritabiliteten för TBC är lika hög som för ADHD nämligen 0,88.* Vi vet att TBC orsakas av en bakterie så den genetiska variansen måste här ha med sårbarhet/motståndskraft att göra. Men inga bakterier - ingen TBC!

Därför kan det faktiskt vara så, och mycket talar för det, att det finns miljöfaktorer utan vilka ADHD inte skulle uppstå även om det finns en genetisk sårbarhet som står för variationen i en population där alla utsätts för samma miljöfaktorer. Här krävs mer forskning men som den engelske barnpsykiatern Sami Timimi m.fl. skriver: "Research on possible environmental causes of ADHD type behaviours has largely been ignored, despite mounting evidence that psychosocial factors such as exposure to trauma and abuse can cause them."⁵

Vad står den stora variationen i heritabilitet för när det gäller ADHD?

Det stora problemet med tvillingstudier är "equal environment" dvs. enäggstvillingar och tvåäggstvillingar bedöms inte lika varför det är troligt att de också bemöts olika och det är då svårt att utesluta miljöfaktorer.

Det är känt och visar sig även i studier om ADHD att föräldrar överskattar likheter mellan enäggstvillingar och underskattar likheter mellan tvåäggstvillingar, kontrasteffekt, vilket då ger falskt för hög heritabilitet och också kan förklara hur den t.o.m. matematiskt kan bli mer än 100 %. Denna bias finns inte i lärarskattningar och de beräkningar som bygger på detta ger de lägre siffrorna för heritabilitet.

Ljungberg⁶ går igenom över 20 studier som i översiktsartiklar anses ligga till grund för att heritabiliteten för ADHD är ca 0.8. Det är skrämmande att se hur erkända forskare som Biederman och Faraone i sina översikter väljer de högsta siffrorna för heritabilitet där originalförfattarna själva kritiserar dessa och även redovisar lägre siffror. Och hur man helt bortser från att redovisa t.ex. kontrasteffekter fast originalförfattarna själva klart redovisar dessa. Det är också oklart om det verkligen alltid är ADHD man undersöker för ofta är de bara delsymtom som hyperaktivitet eller uppmärksamhet och inte barn som uppfyller kriterier för ADHD.

Varför fortsätter man ändå upprepa det helt obevisade påståendet att ADHD har hög ärftlighet?

Senast i raden är "BUP STHLM Riktlinjer 2012" som i övrigt verkar mycket gedigen och förtjänar att få stor användning. Men även om man under etiologi förnämligt tar med även miljöfaktorer, dock utan kvantitativt mått, skriver man om "Genetiska faktorer. Ärftligheten vid ADHD är hög. Tvillingstudier visar att ärftligheten spelar en dominerande roll vid förekomsten av ADHD. Man uppskattar att genetiska faktorer (cirka 60-90 %) har betydelse för uppkomsten av ADHD. Detta bekräftas av en annan tvillingstudie genomförd i Sverige där resultatet visar att individer med ADHD har mellan 45-90 % genetisk inverkan."

Denna bekräftande studie 2006⁷ skriver i abstract *genetic basis* men i texten är det klart att det är heritabilitet de beräknat.

ADHD neuropsykiatri - inte heller visat.

Något enhetligt objektiva biologiska underlag har enligt flera forskare⁸ inte kunnat påvisas. Tomas Ljungberg är docent i psykofarmakologi med hjärnans dopaminsystem som speciellt område och han har i en detaljerad genomgång visat att det vetenskapliga underlaget inte ger grund för någon dopaminhypotes eller annan biologisk förklaring utom i en liten subgrupp. Ingen har så vitt bekant i sak bemött Ljungberg. Han menar att det inte finns grund för att kalla ADHD ett "neuropsykiatriskt funktionshinder". "Resultaten visar istället att psykosocial belastning måste räknas in som egen riskfaktor vid uppkomst av AD/HD."⁹ Ljungberg menar att den modell som bäst förklarar uppkomsten av ADHD är en stress-sårbarhetsmodell.

Här är även sambandet mellan ADHD och anknytningsproblem viktigt att beakta.¹⁰

Bias ger brister i differentialdiagnostik

ADHD är en deskriptiv diagnos som bygger på symtom. Kriterierna har subjektiva mått som "ofta", "verkar" mm. Vidare krävs kliniskt omdöme i den differentialdiagnostiska bedömningen. I Mini-D står som differentialdiagnoser i E kriterierna bl.a. ångest, depression och dissociation. I det engelska originalet DSM-IV-TR 2000 p. 91 finns en hel sida¹¹ med differentialdiagnoser bl.a. "Inattention in the classroom may also occur when children with high intelligence are placed in academically understimulating environments. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder must also be distinguished from difficulty in goal-directed behavior in children from inadequate, disorganized, or chaotic environments".

Det förefaller uppenbart att, om man har en bias av att tro att det är visat att ADHD har hög ärftlighet och har en neuropsykiatrisk patologi, risken ökar för bristande differentialdiagnostik när det gäller miljöfaktorer och trauma. Jag har sett alltför många exempel där barn som utsatts för misshandel tidigt får ADHD-diagnos trots symtom på PTSD. Försvaret för ADHD-diagnosen brukar då vara man kan ha fler diagnoser, dvs. komorbiditet.

Visst! Man kan ha t.ex. benbrott, magsår och förkylning men de har tre helt olika symtombilder! Om man har en symtombild som kan förklaras med olika orsaker måste man använda kliniskt omdöme. Om ett barn som är som en propeller redan då det föds och lever i en välfungerande familj och har det bra på dagis och skola sedan blir misshandlat och får PTSD är det adekvat med två diagnoser. Men inte när misshandel började innan förlossningen. Där menar jag är den adekvata diagnosen PTSD och man behandlar det först. Om det sedan kvarstår symtom gör man en ny bedömning. Komorbiditet kan inte ersätta kliniskt omdöme och differentialdiagnostik.

ADHD hos flickor - andra symtom?

Eftersom ADHD alltjämt är en symtomdiagnos kan man inte ha andra kriterier för flickor.

Man måste i så fall införa en ny diagnos och eftersom man då har andra symtom kan man inte använda forskningen om behandling gällande en snävare diagnos.

Medicinering placebo eller korttidseffekt, och missbruksrisk?

Den stora MTA-studien som anses ligga till grund för att tillägg av medicin till t.ex. beteendeterapi ger bättre resultat hade ingen placeboarm!¹² Man kan därför av denna studie bara dra slutsatsen att medicin + beteendeterapi är bättre än beteendeterapi, men naturligtvis inte alls dra någon slutsats om att medicin + beteendeterapi skulle vara bättre än placebo + beteendeterapi. Mot bakgrund av neuropsykiatrisk bias i hela samhället är det sannolikt att placeboeffekten för ADHD-mediciner är stor, och större än för många andra mediciner.

Nu har SBU kommit med en omfattande rapport där man säger att det finns evidens för medicinsk behandling, även med placebokontroll, men menar också att "Det går inte att bedöma nytta och risker när behandlingen pågår längre än 6 månader".¹³ SBU har dock mycket höga krav, vilket också är grunden till ställningstagande att

Det "vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om datorstödd träning av arbetsminnet eller neurofeedback minskar symtom på ADHD hos barn i skolåldern" trots ett par studier av medelhög kvalitet som visar effekt.¹⁴

Man hänvisar också till placebostudier, men jag vet i skrivande stund inte om man använt aktiv placebo, dvs. placebo som ger samma biverkningar som farmaka och därmed bryter blindheten. Detta har betydelse vilket framgår av studier på antidepressiva. När det gäller äldre antidepressiva försvann hela skillnaden mellan farmaka och placebo när man jämförde med aktiv placebo.¹⁵

Det har alltid sagts att medicinering med centralstimulantia av barn med ADHD inte ger någon ökad risk för missbruk. Men nu säger SBU "Det behövs långtidsstudier för att bedöma om risken för missbruk i vuxen ålder påverkas hos personer som behandlats med centralstimulerande ADHD-läkemedel som barn."¹³

Det finns dock andra behandlingar som psykoterapi.

"Viktigast i sammanhanget är ändå de psykosociala faktorerna, med tanke på preventiva möjligheter. Deras betydelse har påvisats i flera tyska arbeten, tillsammans med goda resultat av stödåtgärder och psykoterapier. Den prospektiva »Frankfurter Präventionsstudie« omfattar ett normalmaterial av 500 förskolebarn i vardera åtgärdsgrupp och kontrollgrupp. Redan efter ett år gav psykologiskt kompetent personalhandledning klar symtomminskning. Uppföljning kommer att ske efter första skolåret, omfattande också ett större antal omsorgsfullt studerade psykoterapier med ADHD-barn. En annan tysk rapport beskriver 93 barn, varav 28 tidigare Ritalina-behandlade, som med goda resultat behandlats med barn- och familjeterapi.

Barnen kunde undan för undan bättre klargöra sina önskningar, rädslor och konflikter och därmed också ge upp sina störande beteenden och ADHD-symtom. Medicineringen kunde avslutas i 27 av de 28 fallen och hade vid uppföljningen sex månader efter terapislut inte behövt återupptas.¹⁶

Och att beteendeterapi borde passa bra är väl klart då den just kartlägger och verkar för att minska överskottsbeteende (för ADHD hyperaktivitet, impulsivitet) och öka underskottsbeteende (för ADHD koncentration).

Läkemedelsindustrins och patientföreningars negativa inverkan när det gäller vilseledande information om ärftlighet och neuropsykiatrisk orsak är också viktig.¹⁷

BUP:s ansvar

Vi måste verka för att vetenskap ska styra information, diagnos och behandling gällande ADHD. Önskvärt att barnpsykiatriska föreningen ordnar ett moratorium där dessa frågor kan tas upp i sin helhet.

Jan Pilotti
Ungdomspsykiater
Örebro
dr.pilotti@telia.com

(Endnotes)

1 Ljungberg, T. AD/HD i nytt ljus. 2008, s 54

5 Timimi S. and 33 co-endorsers (2004) A critique of the international consensus statement on ADHD. Clinical Child and Family Psychology Review 7, 59-63 citerad från Sami Timimi & Jonathan Leo eds. Rethinking ADHD, from brain to culture. Palgrave Macmillan 2009. p. 79.

7 Larson H. m.fl. Genetic Contributions to the Development of ADHD Subtypes from Childhood to Adolescence. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry 45 (8) 973-81.

8 Se Timimi S. et al not 5. och Ljungberg T. not 1. Ljungbergs sammanfattning i boken och en handout finns även på www.drpilotti.info/adhd.html.

16 Kihlbom, M. Etiologi och behandling vid ADHD. Glöm inte faktorerna omognad och psykosociala svårigheter. Läkartidningen nr 1-2 2011 volym 108, s 34-35. www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=15792

Av utrymmesskäl presenteras övriga endnotes på vår hemsida:
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



En läsebok i psykiatri

”Komplexa fall inom psykiatri” är en annorlunda bok i ämnet - en framställning som lika mycket hör hemma inom dramafacket som facklitteraturen, en vardagsnära hemma-hos- skildring som dock aldrig förlorar sitt fokus på disciplinens utmaningar och påfrestningar.

Författarna arbetar utifrån ett antal scener med fiktiva patienter i centrum, valda utifrån en komplex multisymtomatisk- och diagnostisk utgångspunkt. De koncentrerar sig på ADHD, borderlineproblematik, bipolaritet och autismspektrumstörningar vilka är vanliga inom psykiatri, enskilda eller i kombination. De aktualiserar frågan om när man ska tänka i termer av samsjuklighet respektive differentialdiagnostik. Arv och miljö, stress och sårbarhet utgör grundläggande utgångspunkter. Runt dessa fiktiva patienter och deras sjukdomshistoria och aktuella symtom skapas olika system, framför allt ett psykiatriskt team med olika befattningshavare: läkare, psykolog, kurator, vårdare med flera, men även patienternas familjesystem skymtar fram liksom socialtjänstens. Utgångspunkten är fyra olika patient – behandlarpar där behandlaren har anledning att fundera hur arbetet fortskrider, sin egen förståelse av patienten och val av arbetssätt.

Aktörer på den psykiatriska scenen

Läsaren lär undan för undan känna dessa fiktiva patienter i och med att bilden av dem både som personer och som patienter expanderar steg för steg på ett intressant och trovärdigt sätt. På samma sätt växer bilden av de olika behandlarna fram med träffsäker skildring dels av deras professionella styrka och begränsningar och dels av deras personliga erfarenheter och egenheter. Författarna visar hur behandlares egna trauman, drag av såväl ADHD- som AST, både ger en bas för empati med patienter och skapar begränsningar vad gäller följsamheten i patientkontakten. Man lär sig att leva med varandras egenheter och dra nytta av varandras olika kompetens. Igenkännandes leende hos mig som läsare bekräftar att författarna ofta hittar rätt i sina beskrivningar.

Komplexa fall inom psykiatri

Eleonore och Göran Rydén
Natur och Kultur 2012

Modell för att sortera i komplexitet

Författarna har utarbetat en mångfacetterad modell för problemanalys som de presenterar i detalj. Den bygger på olika aspekter av aktuell livssituation och problematik, medfödda förutsättningar, erfarenheter och problem under uppväxten. För att lättare finna tyngdpunkterna i denna komplexitet har de prövat en skattningsskala som grafiskt kan fånga en profil. Detta underlättar bedömning av vad som kan vara påverkbart med någon form av psykoterapi, vad är mer "biologiskt" och öppnar sig för medicinering och vad som kräver förändring av omgivningens/miljöns natur, inklusive förväntningar på patientens förmåga. När behandlingen av patienter med komplex problematik kör fast kan det i praktiken bero på att balansen mellan dessa olika insatser inte är optimal. Modellen i sig bygger inte på några "överraskningar" men verkar funktionell vad gäller att skapa reda i det vardagliga arbetet.

Kompletterande teman

Självordsrisk och självordsbedömning blir belyst inte minst vad gäller riskfaktorer. Men författarna tar också upp mer laddade frågeställningar som för vems skull görs bedömningen. Naturligtvis i första hand för patientens, men därutöver...? Även möjliga nackdelar med inläggning vid självordsproblematik genomlysas på ett tankeväckande sätt.

Författarna fäster uppmärksamheten vid agentskap – att känna att man äger sina egna handlingar och att dessa tillmäts betydelse – motsatsen till att känna sig som offer för opåverkbara omständigheter. Känslan av egen kontroll är ofta låg vid många psykiatriska tillstånd vilket kan bli grogrund för passiv aggressivitet och bitterhet. Själva hjälpsituationen rymmer en ojämlikhet som utmanar detta existentiella läge. Här gäller det för behandlaren att med respekt för patientens självständighet balansera omhändertagande och hjälp mot att lämna utrymme för och stimulera patientens förmåga att ta mer eget ansvar. Inte minst utmanas behandlaren förmåga att handskas med de känslor som väcks i samspel med patienten.

Resurser för samarbete

Av framställningen framgår hur viktigt samarbetet inom ett behandlingsteam är för att vidga det perspektiv som kan behövas när det gäller komplicerade fall. När en behandling tycks köra fast är detta extra viktigt.

Det känns upplyftande att läsa denna nyanserade, vidsynta beskrivning av det psykiatriska arbetet. I denna positiva känsla erinrar jag mig plötsligt att Eleonore och Göran Rydén inte skildrar en verklighet utan en fiktion byggd på ideala förutsättningar och min känsla övergår i viss betänksamhet. Jag tror att den psykiatri, med de förutsättningar den kräver nog finns – någonstans – men har en obehaglig känsla av att den kanske är ganska sällsynt och att psykiatri på många håll snarare bedrivs i ett slags undantagstillstånd som kommit att mer eller mindre permanentas vilket innebär att hela dess potential inte kommer patienterna till del.

Angelägen läsning

En fyllig ordlista underlättar läsning och förståelse. Boken saknar referenser vilka faktiskt knappast behövs då man i stort sett laborerar med element av tidigare väl känd kunskap. Boken borde kunna ha en bred läsekrets från behandlare av skilda slag till såväl patienter som anhöriga. Inte minst viktigt vore det om politiker och administratörer kunde ta till sig bokens perspektiv. Den kan rekommenderas inte minst till yngre medarbetare som därigenom kan skaffa sig en referenspunkt beträffande hur psykiatri kan organiseras och bedrivs när det finns goda resurser. Den har en given plats i i ST-läkarutbildningen inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som rätts- och allmän psykiatri.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Två nya hedersledamöter i SPF

Johan Beck-Friis...

... utsågs till hedersledamot med följande motivering:

"Som docent i psykiatri och psykoanalytiker har Johan Beck-Friis forskning inom neuroendokrinologi med fokus på melatoninets roll vid depression fördjupat kunskapen om depressioner och deras behandling. På ett i bästa mening populärvetenskapligt sätt har han utvecklat sina tankar i två böcker som nått stor uppskattning och spridning i befolkningen. Johan Beck-Friis integrering av olika sätt att förstå och behandla den deprimerade patienten speglar på ett föredömligt sätt såväl människans komplexitet som psykiatrins strävan efter helhetssyn."

Johan blev med. lic. 1968 och specialist i psykiatri 1974. Han gjorde sin specialistutbildning på psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus i Stockholm, där han sedan kom att vara verksam fram till 1992, så småningom som överläkare och högskolelektor. Många som gjort sin psykiatriplacering på S:t Göran som läkarstudenter under den tiden, inklusive undertecknad, minns honom väl som en uppskattad föreläsare och kursledare. Hans föreläsningsverksamhet har förutom grundutbildning även omfattat specialistnivå, sjukvårdsteam och allmänheten. Under senare år har han dessutom medverkat i Svenska Läkaresällskapets serie Konst och Läkekonst.

1983 blev Johan med dr efter att ha disputerat på avhandlingen *Melatonin in depressive disorders – a methodological and clinical study of the pineal-hypothalamic-pituitary-adrenal cortex system*. Han blev sedan docent i psykiatri 1987.

I Svenska Psykiatriska Föreningens stadgar, sjätte paragrafen, slås det fast att:

Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften. För beslut om sådant medlemskap krävs minst 2/3 av de vid mötet röstande. Till hedersledamot kan även icke läkare väljas.

Vid årsmötet i Göteborg i mars utsågs två nya hedersledamöter, Lars von Knorring och Johan Beck-Friis. De båda porträtteras här:

Efter avhandlingsarbetet utbildade sig Johan i psykoanalys vid Svenska psykoanalytiska föreningens institut. Han är medlem i Svenska psykoanalytiska föreningen och i International Psychoanalytic Association.

Johan slutade sin anställning på St Göran 1992 och arbetade sedan privat som psykiater och psykoanalytiker fram till 2008.

Johan har varit mycket aktiv i SPF. Under åren 1975-1980 var han med i styrelsen, först som ledamot, därefter som facklig sekreterare 1976-77 och som vetenskaplig sekreterare 1978-80. Han har även varit ledamot i Läkarförbundets Centrala förtroendenämnd.

De två böcker som är en del av skälen till att Johan nu utnämnts till hedersledamot är *När Orfeus vände sig om. En bok om depression som förlorad självaktning* (Natur & Kultur 2005) och *Den nakna skammen. Grund för depression eller väg till ömsesidighet* (Natur & Kultur 2009).

"Tänk om alla vore så kloka som han", skrev Karin Johannisson i sin recension av *Den nakna skammen* i DN januari 2010. "Alltså inte prestigestinn positionering och tröttsam tvist om natur/kultur, utan kreativ dialog om depressionens komplicerade väsen".

**För SPF:s styrelse
Tove Gunnarsson**

Se även separat artikel av Johan Beck-Friis på sidan 44.

Lars von Knorring...

... utsågs till hedersledamot med följande motivering:



Foto: Carol Schultheis

"Som professor i psykiatri i Uppsala, med mer än 300 publikationer och forskning främst om depressioner och psykofarmakologi, har Lars haft en central roll i svensk psykiatri i många olika sammanhang, varit ett känt namn vid internationella kongresser samt starkt bidragit till den svenska psykiatrins utveckling. Utöver detta har Lars varit ordförande i Svenska Serotoninsällskapet 1991-2004.

Han har varit en av dem inom Svenska Psykiatriska Föreningen som alltid värnat samarbete mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

För Svenska Psykiatriska Föreningens räkning har han varit mycket aktiv i det nordiska samarbetet i olika roller och bl.a. varit Editor-in-chief för *Nordic Journal of Psychiatry* 1991-2004. I detta har han varit drivande för att inkludera baltisk psykiatri i den nordiska gemenskapen. För Svenska Psykiatriska Föreningens räkning gjorde Lars, ihop med andra, en stor insats i samband med att Svenska Psykiatriska Föreningen var värd för den Nordiska Psykiatrikongressen i Stockholm 2009."

Lars blev med. kand. i Göteborg 1966, med.lic. vid Umeå universitet 1972, och specialist i psykiatri 1976. Han disputerade 1975 vid Umeå universitet med avhandlingen *The Experience of Pain in patients with depressive disorders*, och blev året därpå docent.

Fram till 1989 var Lars verksam vid Psykiatriska kliniken, Umeå universitet, som underläkare, överläkare, klinisk lärare och t.f. professor. Därefter gick flyttlasset söderut då han erhöll en professur i psykiatri vid Institutionen för Neurovetenskap vid Uppsala universitet. Under åren 1979 – 1984 samt 1985-1986 innehade han även en särskild forskartjänst vid Medicinska forskningsrådet. Som huvudhandledare och bihandledare har Lars fört ett flertal doktorander fram till disputation, och han har även varit flitigt anlitad som opponent.

Bland övriga insatser för svensk psykiatri kan nämnas att Lars varit registerhållare för Kvalitetsregister ECT, ledamot i styrgruppen, för Kvalitetsregister Bipolär, vetenskapligt råd vid såväl Socialstyrelsen som Läkemedelsverket, samt vetenskaplig rådgivare för Kriminalvården.

Sedan 2011 är Lars professor emeritus men är fortsatt verksam såväl i Uppsala som vid Psykiatriskt forskningscenter i Örebro.

För SPF:s styrelse
Tove Gunnarsson

Var slutar texten?

Denna sommar har jag läst en förtätad, kunskapsrik och tänkvärd bok "Var slutar texten?" av författaren och litteraturvetaren Gunnar D Hansson. I den diskuterar han olika litterära grundfrågor, bland annat essäformens tillblivelse och historia. Han ger oss en definition av begreppet Essä som jag tidigare inte tänkt över och varit medveten om. Men plötsligt förstår jag att mitt eget sätt att skriva t.ex. de båda böcker som i våras förlänade mig hedersmedlemskap i Svenska Psykiatriska Föreningen, just är präglad av essän som litterär form. Det är två böcker i essästil som jag skrivit.

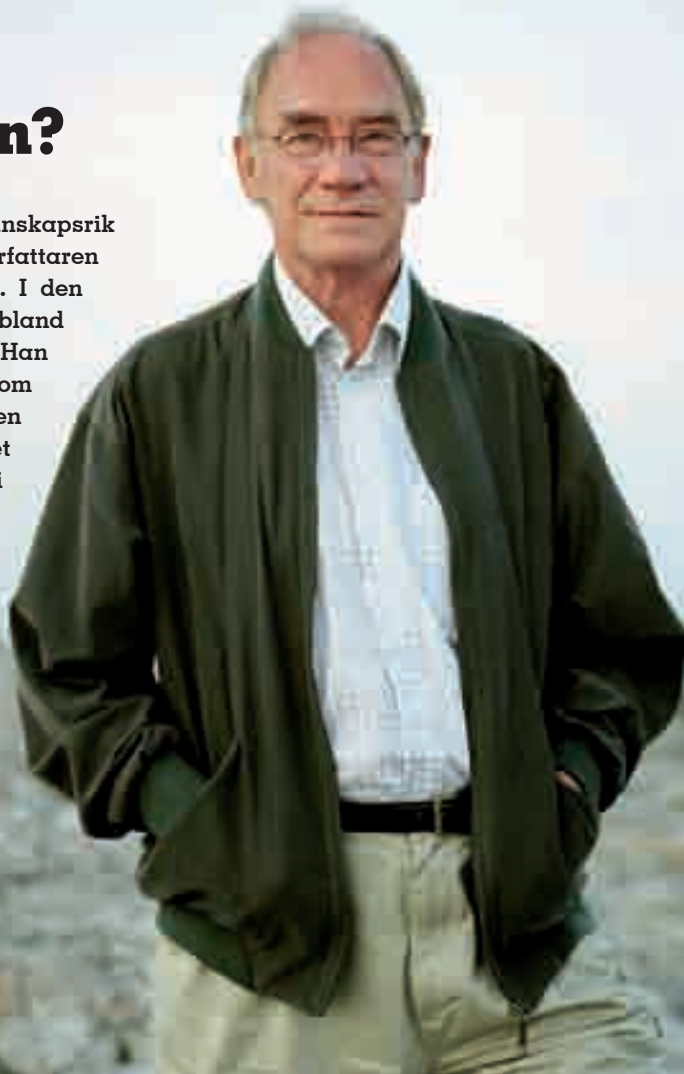


Foto: Mats Bäcker

Essäns historia är lång och motsägelsefull och går tillbaka till Montaignes (1533 – 1592) och Platons (428/27 – 348/49 f. Kr) dagar. Den balanserar i en egen genre mellan konst och vetenskap och tar sitt ursprung ur båda. Hansson skriver att essän är ett slags "litterär förvandling av tanken under skrivandets gång" (sid 17). Den utgör en berättares personliga beskrivning och reflektioner över ett givet vetenskapligt tema eller fenomen. Den utgår från ett vetenskapligt frambringat material och översätter detta via framför allt metaforisk teknik till nya dimensioner. Den ger en ny gestaltning åt det tidigare gestaltade och skapar på så sätt förutsättningar för en rikare inre dialog. Den får oss att psykiskt växa. Hansson citerar konstprofessorn Ragnar Sandberg som skriver "Det är den inre monologen som håller oss vid liv, denna väldiga röst med många stämmor, dunkla antydningar, flyktiga bilder och ogripbara tecken" (sid 26). En essä kan beröra vilket ämne som helst men har alltid människan som allmänt studieobjekt.

Det är när vi plötsligt eller successivt möter något nytt och främmande som vårt tänkande får näring, och nya lösningar av gamla etablerade frågeställningar och "sanningar" kan visa sig. Så har det varit för mig när jag började reflektera över för mig viktiga frågor såsom: vad är en depression och varför blir vi i vissa skeenden deprimerade? Vad förenar och vad skiljer depressionen från liknande men naturliga tillstånd som sorgen? Vad är gränsen mellan frisk och sjuklig nedstämdhet? Det är frågor som jag burit med mig under hela mitt yrkesliv som psykiater och senare psykoanalytiker. Svaren är inte givna utan kräver en kontinuerlig bearbetning.

En tanke föder en ny tanke och ett svar förvandlas till en ny fråga. Essäformen inbjuder till denna process genom att hela tiden söka nya vägar och framställningssätt. Det rör sig om en "kombinationskonst" (sid 25).

Mitt intresse för depressioner och min önskan att på djupet försöka förstå dessa tillstånd, går tillbaka till en händelse som ung när jag mötte en nära anhörigs plötsliga insjuknande i en djup och allvarlig psykotisk depression som varade under en lång tid men till sist gick över. Vetskapen om att en sådan djup depression kan gå över för att sedan aldrig mer visa sig, har övertygat mig om att även de djupaste depressioner är möjliga att nå och komma igenom. Min önskan har varit att förstå hur detta är möjligt och vad som kan stå i vägen. Det är där jag ser nödvändigheten att utnyttja olika kunskapsområden och en kombination av dessa. Det finns ingen universalmetod som bryter låset i alla depressiva former. Bakgrunden är alltid multifaktoriell.

Det är kombinationen av medicinska, sociala och psykologiska faktorer som står i centrum. Men vad är det som förenar dessa faktorer till att utlösa en depression? Vilka kvalitativa förändringar kan anses specifika just för depressionen, oavsett dess form, grad och förlopp? Mina tankar och min bearbetning av dessa har framför allt fört mig in på två områden: innebörden av begreppet självaktning respektive den komplicerade frågan om skuld och skam.

Min första uppsats – eller essä – i ämnet kallade jag *”Narcissismen är depressionens moder”*. Att få möjlighet att skriva den hjälpte mig att fokusera på självaktningen för att känna igen en depression och att kunna formulera en tydlig avgränsning mellan depressionen och den naturliga sorgen. Resultatet blev min tanke att självaktningen är specifikt påverkad eller förlorad vid depressionen, medan

den vid sorgen är intakt. I den senaste essän *”Skam, skuld och depression”* som utkommer denna månad, diskuterar jag på samma tillvägagångssätt skammens och skuldens komplexa förhållande till varandra som en möjlig grund till uppkomsten och sedan utvecklandet av depressionen. Jag reser frågan om ett förmodat skam-skuld komplex kan bidra till den affektiva men även kroppsliga låsningen av depressionens inre. Upprättelse respektive gottgörelse blir då två möjliga vägar ut ur detta känslomässigt låsta komplex. Det är dessa frågor – och andra – som jag utvecklat i böckerna *”När Orfeus vände sig om - en bok om depression som förlorad självaktning”* och *”Den nakna skammen – grund till depression eller väg till ömsesidighet”*. Jag är glad, stolt och mycket tacksam över utnämningen till hedersmedlem i föreningen. Den stimulerar mig att fortsätta vidare.

Johan Beck-Friis

Referenser:

Hansson, Gunnar D: Var slutar texten? Litterär gestaltungs skriftserie N:o 10, Göteborgs Universitet, 2011

Beck-Friis, Johan:

- Narcissismen är depressionens moder, Divan 1, 1997
- När Orfeus vände sig om, Natur och Kultur, 2005
- Den nakna skammen, Natur och Kultur, 2009
- Skam, skuld och depression, Bidrag i Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie N:o ??, under utgivning 2012

Foto: Carol Schultheis



Psykiatrins läkare bäst på att prata om levnadsvanor

Vi i psykiatrin är faktiskt bäst! Bäst på att prata med våra patienter om levnadsvanor! Den nationella patientenkäten som SKL genomför visade 2010 att psykiatrer klart överskred andra specialisters frågande om kost, alkohol, motion och rökning. För att förenkla det hela litet.

Varför viktigt?

Enkäten säger inget om varför frågorna togs upp, hur länge eller på vilket sätt man samtalade eller om hur det gick. Om någon metod användes, exempelvis motiverande samtal får vi inte reda på där. Men det är en god början att mäta att det är så. Vi verkar tycka att det är väsentligt hur patienterna inom psykiatrin har det med sina levnadsvanor och som faktiskt är något som går att påverka. Som då i sin tur kan ge en mer välmående och kanske även friskare patient. Vi vet att sunda levnadsvanor kan förebygga 80 % av all kranskärslsjukdom och stroke, och 30 % av all cancer (Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, 2011).

Det riktlinjearbete som pågår inom föreningen bland annat med "Metabola riktlinjer vid svår psykiatrisk sjukdom" (<http://www.svenskpsykiatri.se/documents/2010/metabolrisk.pdf>) och som nu implementeras bidrar givetvis till att frågorna om levnadsvanor tillmätts större betydelse.

Psykisk sjukdom mätt som psykiatrisk diagnos ger individen sämre vård (Socialstyrelsen, Öppna jämförelser, psykiatrin, 2010) och innebär i sig en risk för kroppslig sjukdom. Urban Ösby med flera har konstaterat att såväl bipolär som unipolär affektiv sjukdom innebär en ökad risk att avlida av hjärt-kärlsjukdom jämfört med den som inte har någon diagnos.

Vilka levnadsvanor?

De levnadsvanor som Socialstyrelsen nu granskat är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Som tidigare nämnts så handlar riktlinjerna inte om evidensen för att bättre levnadsvanor ger mer hälsa utan vilka metoder sjukvården kan använda för att stötta patienterna att förändra sina vanor. Kort sagt, hur gör vi när vi lyfter frågorna, hur kommunicerar vi för att uppnå rökstopp, öka dosen motion eller skära ner på alkoholintaget.



råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Nedan följer en kort beskrivning av de olika levnadsvanorna och vilka typ av råd som befunnits ha störst vetenskapligt värde.

För att se en kort genomgång av vad råden innebär, tidsåtgång och innehåll se sid 21 i foldern Nationella sjukdomsförebyggande metoder 2011 (kan laddas ner från Socialstyrelsens hemsida, www.socialstyrelsen.se).

Tobak: Daglig rökning hos vuxen får vara exempel och här har kvalificerat rådgivande samtal högst prioritet.

Riskbruk av alkohol: Här får riskbruk hos vuxna vara exempel. Rådgivande samtal och webb- och datorbaserad rådgivning får högst prioritet.

Otillräcklig fysisk aktivitet: Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination, stegräknare och särskild uppföljning. Även dessa råd gäller vuxna med otillräcklig fysisk aktivitet.

Ohälsosamma matvanor: Kvalificerat rådgivande samtal får högst prioritet när det gäller vuxna.

På gång

Det allra viktigaste steget är att förankra arbetet i den psykiatriska vården i hela landet. Ett uppstartsmöte planeras och alla intresserade uppmanas att höra av sig. Då det finns medel i projektet kommer resa och eventuellt uppehåll att ersättas.

Jag kommer gärna till er och informerar på ledningsgruppsmöten, utbildningar eller andra relevanta tillfällen.

Håll koll på fliken på vår hemsida (www.svenskpsykiatri.se), där aktuella utbildningar, kongresser ska annonseras och förstås bakgrund och material som du kan använda.

Socialstyrelsen har delat upp åtgärderna i tre nivåer: enkla

Under vår egen kongress nästa år, SPK 2013, kommer ett tema i det vetenskapliga programmet att vara LEVNADSVANOR, där redan nu Mai-Lis Hellenius tackat ja.

Vi kommer också att erbjuda en introduktion till Motiverande samtal i form av workshop. Där tror jag att jag lyckats fånga en av de mest hängivna och kunniga inom området, Astri Brandell Eklund.

Ambassadör

Vill du vara ambassadör i levnadsvaneprojektet för din avdelning, din klinik, eller psykiatri i ditt landsting rent av? Så småningom delta i utbildning av kollegor och teamkollegor när du först utbildat dig själv. Vår princip är att utbilda utbildare för att få kunskap och färdigheter att sprida sig som ringar på vattnet! I så fall kontakta mig (sektionsansvarig)!

Till sist

Vi är ju redan bra (jämförelsevis bäst!) på att lotsa och hjälpa våra patienter till en mer hälsosam livsstil! Men vi kan bli ännu bättre!

Kontaktuppgifter

Jill Taube

Psykiatriker och projektledare för FaR i SLL,

Centrum för allmänmedicin, Stockholms läns landsting.

**Sektionsansvarig för SPF i arbetet med implementering av
Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder
2011**

Jill.taube@sll.se

070-484 62 83, 0722 41 10 88

Foto: Carol Schultheis





Foto: Carol Schultheis

Född

Juli 1949.

Bor

Villa i Bromma Kyrka.

Familj

Make Jan och två "utflugna" barn, Magnus som är 27 år och Marie som är 25 år.

Arbetar

Ja en tredelad tjänst 1. Programordförande för Psykos inom Centrum för Psykiatrforskning 2. Processledare i Stockholm för implementering av Nationella Riktlinjer för psykosociala insatser vid Schizofreni 3. Överläkare vid Norra Stockholms Psykiatri med ansvar för klinikens forskarskola.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Jag åker så ofta jag kan tillsammans med maken till Dalarna till vår gård "Tillflyckten" där vi målar, snickrar, odlar och mår gott. Vi sportar gärna och ofta; simmar, cyklar, spelar tennis på sommaren och åker skidor och skridskor på vintern.

Favoritmat

"Långkok". Jag fick en kokbok om långkok av Robert Bodén när jag hade varit opponent vid hans disputation och den har jag använt flitigt.

Senast lästa bok

Ingrid Betancourts beskrivning av sin tid som gisslan hos FARC-gerillan i Colombia "Även tystnaden har ett slut". En fascinerande skildring. Den regniga kalla sommaren i Dalarna framstod som paradisk i jämförelse med dessa strapatser.

10 frågor till.....

I detta nummer möter Du

Lena Flyckt

Vice ordförande, SPF

Vad gör Dig lycklig?

Att vara i Dalarna med min familj, att arbeta med forskning och vårdutveckling inom psykiatri med mina fantastiska medarbetare Helena, Louise och Marie.

Att lyckas få en artikel publicerad och att vara lat.

Vilka förebilder har Du?

Min största förebild både som människa och yrkesperson är min pappa som tyvärr gick bort för många år sedan alldeles för tidigt. Min make Jan är en förebild i omsorg om sin familj, sitt positiva och ärliga sätt och sin godhet. Min forskningshandledare professor Frits-Axel Wiesel var en förebild för att han brann för en idé; psykiatrisk forskning.

Vilka är SPF:s största utmaningar under de närmsta åren?

Som vision vill jag sätta främst att psykiatri skall bli en trovärdig och evidensbaserad specialitet.

Dit hör att SPF bör verka för att forskning skall vara meriterande i en yrkeskarriär inom psykiatri så att flera ST-läkare/psykiatriker vill forska och därmed se fördelen med att införa forskningsfynd i klinisk praxis och att kritiskt kunna värdera sin verksamhet.

Kanske en sådan utveckling också skulle öka viljan att bli chef.

Jag tycker att SPF skall medverka till att förverkliga kvalitetsregistren; att öka deras täckningsgrad och därigenom att öka möjligheten att ge "feed-back" till verksamheterna så att chefer och personal kan dra nytta av dem för att effektivisera och kvalitetsförbättra utifrån mer objektiva mått än hittills.

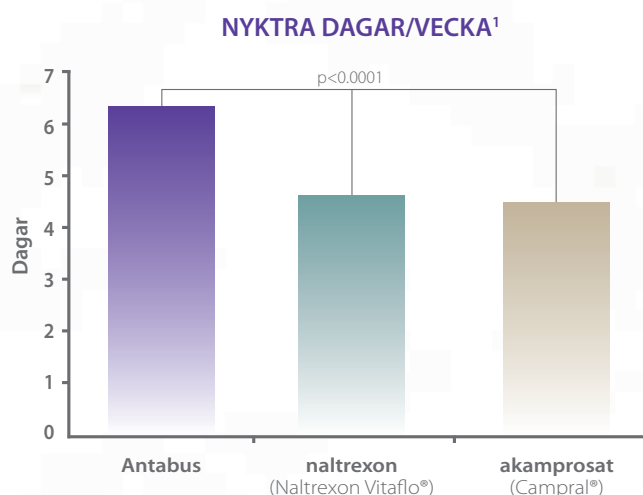
Slutligen bör SPF medverka till att psykiatri finner sin rättmätiga plats som en specialitet som det bör satsas på både inom forskning och inom klinisk verksamhet. Psykisk ohälsa ökar mest framförallt hos ungdomar och snart kommer att ligga på första plats bland folksjukdomar vilket bör avspeglas i satsningar där SPF kan bidra med sakkunskap om fördelning av resurser men också genom att synas och höras i den offentliga debatten.

Stina Djurberg
SP Redaktion



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 psykos, 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

Svenska psykiatriska föreningen i Almedalen

Solen sken och det fantastiska ljuset som bara finns på Gotland gjorde mig glad liksom alla människor som uppenbarligen var i Visby för Almedalsveckan.

Det myllrade av sommarklädda politiker och var man än såg såg man ett känt ansikte.

På caféet på Hästgatan var SPF med och arrangerade Psykisk hälsa-kafé tisdagen tredje juli, från klockan åtta till sjutton. Det lär ha varit fler besökare än tidigare år och en hel del stannade till vid vårt informationsbord på trottoaren utanför. Intressanta diskussioner och levnadsberättelser delgavs oss och alla våra broschyrer tog slut.



SPF hade i år ett inslag under dagen med rubriken: Vad kan psykiatri göra för människor med ADHD annat än att ge piller? Och hur hjälper vi barnen? Dr Lena Eidevall, FOUU-koordinator, Psykiatri Skåne, tog upp barnens situation och dr Charlotta Munck och leg psykolog Cecilia Pihlgren, Psykiatri Nordväst, Stockholm, berättade om ADHD-behandling. Det var mycket välbesökt och det blev en hel del frågor och diskussioner med publiken.

Vår ordförande hade bråda dagar. Redan på tisdagen tredje juli var Lise-Lotte med Sveriges Psykologförbund i en debatt om Psykiatri utan psykologi.

Under onsdagen deltog hon i en debatt angående **Kvinnor med självskadebeteende som vårdas inom rättspsykiatri – Hur kunde det bli så?**

Kristina Sygel, ordförande i Rättspsykiatriska föreningen, menade att man inom rättspsykiatri "är bra på ramar och därmed att få patienten att överleva".

Ing-Marie Wieselgren från SKL tyckte att "vi behöver en stor verktyglåda" och samarbeta mer – de sociala myndigheterna och vården.

Lise-Lotte Risö Bergerlind påpekade att vi måste bli bättre på att få beslutsfattare att förstå.

I övrigt deltog författarna Therese Eriksson och Sofia Åkerman, Heidi Stensmyren från Läkarförbundet och Joakim Erdtman.

Det blev en bra och nyanserad debatt i ett rum där hälften av oss besökare fick sitta utanför på en terrass.



Lite senare på dagen var det dags för en ny diskussion med Ing-Marie Wieselgren, Marita Sandqvist, vch på en vårdcentral inom Bräcke Diakoni, Anders Printz, SoS, och Ove Andersson från distriktsläkarföreningen. Då gällde det **Patienterna som ingen vill ha.**

Lotta påpekade att i takt med att vår verksamhet blivit prioriterad har vi generellt sett fått mindre resurser.

Ing-Marie Wieselgren menade att vi kanske inte utnyttjar resurserna på bästa sätt.

Ove Andersson tog upp att det är allas ansvar att minska psykiatiseringen. Vi borde rigga systemen så att vi slipper gränsdragning.

Primärvården upplevs som slasktratt och man har inte alltid kunskap och det är en resursfråga, ansåg Marita Sandqvist. Vi hade samma diskussion för 3-4 år sedan. Trots att regeringen sett till att det kommit mer pengar, menade Anders Printz.

Vår ordförande tog upp Vårdgarantin som en bov i dramat. Ett trevligt och aktuellt samtal.

Vi som var på Almedalsveckan var på många möten och höjde våra röster även från publikhåll. Kontakter togs och planer om framtida samarbete växte fram.

Trots den kalla sommaren fanns en hel del vi kunde göra för att sprida vårt budskap.

Maria Starrsjö
Almedalsansvarig
Text och foto



Foto: Carol Schultheis

Vissa frågor kan inte negligeras



Foto: Shutterstock Jezper

Som människa ställs man inför ett antal frågor: dessa frågor är inte valbara. De kommer så att säga på köpet. De ingår i livets själva förutsättningar, de finns med i given: med livet kommer livets frågor. De är obligatoriska. De finns där även om man låtsas som att de inte finns. Och de insisterar ständigt på svar.

Frågor såsom: Var kommer jag ifrån? Vart är jag på väg? Vad består mitt ansvar som människa i? Vilka förväntningar finns på mig? Vad kan just jag bidra med? Var är min plats i samhället? Vad är rätt och vad är fel? Vilka är jag ansvarig inför? Vilka svårigheter har just jag? Vad skall jag vara tacksam inför? Hur skall jag acceptera att livet inte går att kontrollera och att det man har kan tas ifrån en? Vem skall jag lita på? Vem kan jag lära av?

Hur skall jag leva mitt liv så att jag som gammal kan vara nöjd med min insats och mitt liv? Vad innebär det att vara kvinna eller man? Hur skall jag hitta en plats i världen utanför min ursprungsfamilj? Vad skall jag bidra med i samhället? Vad är min uppgift? Hur kan jag njuta på ett bra sätt? Hur skall jag inrätta ett sammanhang som blir meningsfullt för mig och andra? Hur vill jag uppföstra mina barn? Vad är viktigt här i livet? Hur skall jag acceptera att livet är ofullkomligt och bristfälligt?

Hur skall jag inrätta mitt kärleksliv? Vad begär jag? Hur skall jag kunna åldras med värdighet? Hur skall jag lära mig acceptera min kropps förfall? Hur skall jag sörja de besvikelser och misräkningar jag råkar ut för i livet?

Vilken tyngd och betoning frågorna har beror på var och en: alla är vi olika. En del av dem kan man bara delvis besvara, och en del av dem återkommer i olika skepnader vid olika tillfällen under hela livet. Man kan givetvis ta hjälp av andra kring dessa frågor, men man är utlämnad åt sig själv när man avger svaret. Då måste man stå där ensam. Någon annan kan inte besvara frågorna åt en: det fungerar bara under en kort tid. Och det är djupt mänskligt att vilja undvika en del

av dessa frågor, att ge skenbara svar på dem, att gömma sig bakom någon annan och kopiera deras svar. Man får helt enkelt ta det i sin egen takt.

I de flesta fall blir man svaret skyldig. Ibland saknar man tillräckliga erfarenheter för att kunna besvara en fråga. En del frågor är en ansträngning hela ens liv. En del av frågorna ändrar man svar på under livets gång. Vissa svar är oåterkalleliga. Arbetet kring dessa frågor är det väsentliga, att man anstränger sig kring att fundera över sin plats och sin uppgift: mer det än att leverera svar. I denna ansträngning tar vi ansvar och visar oss ödmjuka inför uppgiften det innebär att vara människa. Det är ett evigt arbete.

Ens mänsklighet måste ständigt erövras.

Förutom att vi själva ställs inför dessa frågor möter vi som arbetar i psykiatri dem varje dag genom patienterna. På ett många gånger mycket drabbande sätt. När livet blivit trasigt ställs saker på sin spets: lidandet aktualiserar en mängd frågor i en människas liv. Lidandet gör många gånger livets frågor än mer akuta och påträngande. Så skall det vara. Det är också en möjlighet. Förutom att allt givetvis kan gå åt helvete. Vi har de frågor vi har. Alla dessa frågor som gör oss till människor.

Det är inte givet att det är frågor som hör hemma i sjukvården, men de drabbar oss hur vi än försöker lotsa in dem på något annat spår: såsom att få patienterna att formulera sitt lidande i förhållande till sjukvårdens språk. Vi får vara ödmjuka, vi får inte förhastat skynda till och erbjuda svar som inte erkänner allvaret i frågan. Många gånger är vår uppgift mer att vara behjälpliga kring frågan, och inte så mycket med svaret.

Anders Almingefeldt
Leg. psykolog, leg. psykoterapeut
Alingsås

Nordic Congress of Psychiatry i Tromsø

5 – 8 juni 2012

Foto: Shutterstock irakite

Förra gången var i Stockholm 2009 när Sverige var värdland och därmed var det vi; SPF, som hade ansvaret att organisera kongressen. Det var mitt första år som ordförande och jag minns väl hur mycket arbete det var men också hur tacksam jag var för alla som bidrog, inte minst den vetenskapliga kommittén och organisationskommittén. Det blev, efter en del farhågor, en stor succé!

Enligt stadgarna i den Nordiska Psykiatriska Föreningen, NPA, skall kongressen rotera mellan NPA:s medlemsländer. Då, 2009, valdes Estland in som land nr 6. I år har vi valt in Lettland och Litauen och NPA består framöver av 8 länder. Eftersom vi enligt nuvarande stadgar skall ordna NCP vart tredje år dröjer det långt mellan varje gång, för Sveriges del 18 år innan det blir vår tur.

Kongressen i Tromsø hade en fantastisk natur som inramning, vackrare än så här kan det inte bli. Dessutom hade vi välsignats med sommarväder och klarblå himmel de flesta dagarna. Midnattssolen är osannolik...

Kongressen lockade ca 300 deltagare och hade ett brett program under de fyra dagarna. Kulturella aspekter, genetik, farmakologi, omsorgspsykiatri, yngre-psykiaterprogram, brukaraspekter mm stod på programmet. Några av de svenska symposierna var kring bl.a. psykiatriska kvalitetsregister, under ledning av Lars Kjellin, samt Lundbystudien under ledning av Per Nettelbladt. I symposiet kring sömn fanns Jerker Hetta med och Lars Jacobsson ledde ett symposium om mental hälsa i den samiska befolkningen.

En trevlig kongressmiddag gick också av stapeln med trevlig samvaro, planerad och spontan underhållning och god mat. Mycket lyckat!

Som ni förstår hade vi givande och trevliga dagar. Vi tackar den norska psykiatriska föreningen för det stora arbete de lagt ned på att göra kongressen till en så givande mötesplats!

Nästa kongress blir i Köpenhamn 2015, preliminärt i september. Efter det har vi diskuterat om vi skall ändra formerna för NCP. Om vi vill det kräver det ändrade stadgar för NPA vilka måste beslutas i styrelserna för alla de ingående ländernas psykiatriska föreningar. Vi bildade en arbetsgrupp inom Joint Committee (JC) som skall fundera på vilka förändringar vi kan göra inom ramen för de stadgar vi har idag. Det finns mycket vi kan lära från våra nationella kongresser, inte minst från vår svenska SPK.

Mer klinisk innehåll, mer utbildningsdelar riktade mot ST-läkare resp. specialister, kulturella infallsvinklar på psykiatriområdet var områden vi diskuterade som komplement till det vetenskapliga programmet. Arbetsgruppen fortsätter sitt arbete och vi kommer att diskutera vidare på nästa styrelsemöte i JC i november i Stockholm.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

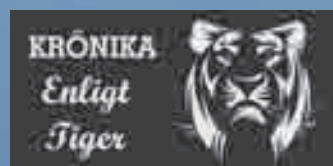


Foto: Carol Schultheis

"Vill gå ut!" utropar dottern när jag är halvvägs genom morgonens filtallrik och har läst första stycket i ledarspalten i dagens tidning. Hur semesterar man med en tvååring? Där vi i höstas ledigt reste till Hong Kong får vi nu ta till rena cirkuskonster för att överleva en timmes flygning inrikes.

Som tidigare när vi inte riktigt vetat hur vi ska bete oss har vi låtit dottern visa vägen. Vi har tillbringat sommaren hemma och på släktens sommarviste, platser där dottern själv kan välja aktivitet och där benen kan vara fulla med spring. Det har inte varit svårt att släppa arbetet, då vår unga mindfulness-coach på ett resolut sätt har sett till att vi är närvarande i nuet. Snabbt insåg vi att det där med att "bara vara" ingalunda var så bara.

Här är det lätt att förfalla till en längtan till "Bamse-klubben" och andra avlastande aktiviteter som kan fungera när man reser med lite äldre barn. Det kan dock vara nog så hisnande att färdas med "the toddler" (småbarnet) genom den svenska sommaren. Överallt är spännande och världen vimlar av sniglar, skalbaggar, vattenkannor och andra sensationer. När vår unga tös strosar omkring med munnen full med smultron är det svårt att hålla tillbaka ett leende.

Även dagar med sämre väder kan ha sin charm. Med ett par schyssta galonbyxor och stövlar kan man slå världen med häpnad. Som Singing in the rain i vattenpölnarna, med steppande och rikligt med plask. En tur till Spårvägsmuséet med dess minitunnelbana mellan ett fiktivt Slussen och ett folkhemsnostalgiskt Hökarängen blir samtalsämne i flera dagar framöver, sammanfattat av dottern med "åkte litet litet tåg!"

Förvisso kommer sommaren i mångt och mycket till vår

undsättning. "Summertime, and the livin' is easy". Jag passerar en grupp turister som utbrister: "nice climate. I like it!" Det är svårt att tänka sig samma yttrande under november månads gråa töcken, när en hel dag kan gå utan att man vet säkert om solen överhuvudtaget gått upp. För även om sommaren varit ovanligt sval, är det svårt att förneka dess skönhet. När jag går på landsvägen i färggranna fjärlars sällskap och låter blicken tjasas av blommande dikesrenar, undrar jag stilla varför vi blickar ängsligt mot horisonten, när det som är vackert är rakt framför oss.

Åter i vardagen hinner vi redan första arbetsveckan bli uppringda av dagis som meddelar att dottern är för hängig för att vara där.

Temperaturen 37,9 grader används som argument för att dottern behöver hämtas. Diskussionen kring gränsen för feber leder ingen vart, "där tycker man ju lite olika", säger personalen på dagis. Nåväl, det räcker ju med att barnet inte orkar vara på dagis, och vi har accelererat från noll till VAB på mindre än fyra dagar.

Innan vardagens mer oglamourösa sidor kom i dagen rekapitulerade dottern hemsemestern (hemestern) allt medan vi cyklade förbi den. Den glada hälsningen till bollplanen: "spelade bandy där med pappa" värmd hjärtat ända in till roten. Det slår mig då, hur rik min småbarnssommar ändå har varit.

Mikael Tiger
Överläkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm



**DET ÄR MER
ÄN ATT PATIENTEN
INTE TOG
SIN TABLETT.**

**DET ÄR EN SIGNAL
ATT GÖRA NÅGOT
ÄNNORLUNDA.**

SBU konkluderade nyligen att olanzapin och klopazapin bör rekommenderas i högre grad än vad de gör idag eftersom dessa läkemedel medför lägre dödlighet och självmordsrisker samt färre återinläggningar än de flesta andra antipsykotiska läkemedel.¹

Med ZypAdhera™ får dina patienter med schizofreni effekten av olanzapin i en långtidsverkande beredningsform.

Är det dags att erbjuda dina patienter med schizofreni som har dålig behandlingsföljksamhet en ny möjlighet?

1. http://www.sbu.se/upload/psykiatrirapport_regeringen120111/Psykiatri_slutredovisning.pdf

ZYPADHERA 210 mg, 300 mg, 405 mg pulver och vätska till injektionsvätska, suspension (olanzapin)

ATC-kod: N05AH03. **Indikationer:** Underhållsbehandling av vuxna patienter med schizofreni som stabiliserats under akut behandling med oralt olanzapin. **Kontraindikationer:** Känd risk för glaukom med trång kammarvinkel. **Varning:** Ska endast ges som en djupt intramuskulär, gluteal injektion. Efter varje injektion ska patienten observeras med avseende på tecken och symtom tydande på olanzapinöverdos i minst 3 timmar av kvalificerad personal med tillgång till sjukvårdsresurser. Man bör förvissa sig om att patienten är klar och vaken och inte har några tecken eller symtom på överdos, och patienten ska observeras i 3 timmar efter injektionen. Innan injektionen ges ska läkaren/sjuksköterskan bestämma att patienten inte ska resa till sin bestämmelseort ensam. **Datum för översyn av produktresumén:** 2011-11-24. **För ytterligare information och priser** se www.fass.se. Rx, F.
Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se. 2011.12.09



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.

Jag stödjer Psykiatrifonden:
Maud Nycander

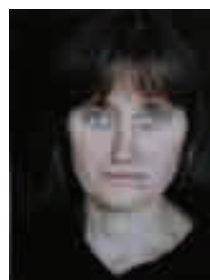


Foto: Lars Tunbjörk

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

PSYKIATRIFONDEN
WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE

Angående avregistreringen av Trilafon - det lönar sig att debattera!

Svenska Psykiatriska Föreningen har engagerat sig i frågan om avregistrering av Trilafon som planeras ske under hösten 2012. I en debattartikel i Läkartidningen i juli 2012 av ordförande och vice ordförande anfördes att patienterna kommer att drabbas eftersom Trilafon är ett rekommenderat och ofta förskrivet preparat för patienter med psykosjukdom, psykiatrins kanske svåraste och mest sårbara patientgrupp.

Trilafon godkändes 1957 och har således funnits länge på marknaden. Det används främst i de nordiska länderna. Läkemedlet används bland annat av personer som lider av schizofreni eller bipolär sjukdom. Enligt Socialstyrelsen hämtades Trilafon ut av 7.056 patienter i Sverige under 2011.

Debattartikeln väckte stöd hos psykiaterkåren och kommenterades flitigt i Läkartidningens "debatt på webben". Glädjande nog tycks frågan ha resulterat i att APL (Apoteket Produktion och Laboratorier), en av Europas största tillverkare av extempore-beredningar, överväger att ta upp tillverkningen av Trilafon efter avregistreringen om det medicinska behovet inte kan tillgodoses av alternativen, enligt APL:s vd Eva Sjökvist-Saers.

Läkemedelsföretaget MSD har också svarat i en första replik på debattartikeln i Läkartidningen att de undersöker möjligheten att öka lagren av Trilafon-decanoat så att det räcker fram t.o.m. november.

Det senaste inlägget på Läkartidningens "debatt på webben" kom från MSD daterat 2012-08-28. De ansöker nu om att få dra tillbaka avregistreringen av Trilafon-decanoat till följd av debattinlägget från Svenska Psykiatriska Föreningen. Utgången av detta har vi inte sett men det är mycket tillfredsställande att psykiaterkåren genom SPF kan påverka i en så viktig fråga. Det ger "råg i ryggen" att vi skall debattera och göra oss synliga även i andra viktiga frågor som berör vår profession och våra patienter.



Foto: Shutterstock Lena S

Vi välkomnar därför att fler inom föreningen kontakter oss och/eller skriver i vår tidskrift eller i Läkartidningen när något behöver sägas – "enade vi står, söndrade vi falla".



Foto: Carol Schultheis

För Svenska Psykiatriska Föreningen
Lena Flyckt, vice ordförande

Rapport från METIS psykoterapiprojekt: Nu händer det!

Nu händer det

Snart kan Sveriges alla ST-läkare i psykiatri gå en grundläggande psykoterapiutbildning som är anpassad för deras behov!

- I augusti startade en grundläggande psykoterapiutbildning i Umeå, där ST-läkarna i Norra regionen kan välja mellan psykodynamisk psykoterapi (PDT) och kognitiv beteendeterapi (KBT) som fördjupning/handledd praktik.
- I september startar en andra omgång av anpassad psykoterapiutbildning med fördjupning i KBT för Stockholmsregionen i regi av Kompetenscentrum för psykoterapi/ Centrum för psykiatriforskning.
- Januari 2013 anordnar Landstinget i Östergötland en anpassad utbildning med KBT-inriktning i regi av Psykologpartners för ST-läkare i Sydöstra regionen.
- Södra regionen startar utbildning hösten 2013 i regi av Socialhögskolan vid Lunds universitet, där ST-läkarna kan välja mellan PDT och KBT som fördjupning/handledd praktik.
- Västra regionen (Västra Götaland, Norra Halland) och Mittregionen (Gävleborg, Dalarna, Uppsala, Värmland, Örebro, Västmanland, Sörmland) avser också starta utbildning under 2013, men i skrivande stund är inte startdatum fastställda.
- ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri har redan en nationell, anpassad psykoterapiutbildning som ges i regi av BUP-divisionen i Stockholm.

Utan METIS, ingen ny psykoterapiutbildning

Redan i december 2010 av SP berättade Raffaella Björck att det var dags att göra något åt psykoterapikursen under ST i psykiatri. METIS-projektet hade i samarbete med hela Sveriges vuxenpsykiatri sedan 2007 utvecklat SK-kurser som skulle kunna ges i alla regioner med gemensam standard och ett pedagogiskt koncept som innebär integrerad teori och praktik. Nu var det dags att ta itu med den obligatoriska, och omdiskuterade, psykoterapikursen. En arbetsgrupp hade på uppdrag av SPF formulerat kompetensmål under 2010, men också insett att det skulle bli en pappersprodukt om man inte gick vidare med konkret kursutveckling. Jag fick frågan om jag kunde tänka mig att bli projektledare för ett delprojekt inom METIS med syfte att skapa en bättre balans mellan ST-utbildningens olika moment genom att komplettera METIS kursutbud med en ny och anpassad grundläggande utbildning i psykoterapi. Tanken var att skräddarsy utbildningen så att den bättre skulle passa den nya utbildningsplanen (SOSFS 2008:17) och bara beröra ämnen som ST-läkarna inte lär sig någon annanstans. En utmaning som det var svårt att tacka nej till!

METIS psykoterapiprojekt

Vi startade mars 2011 som ett delprojekt inom ramen för METIS-projektet och fick under 2012 särskilda medel från Socialdepartementet för att skapa en grundläggande psykoterapiutbildning för ST-läkare.

Projektgruppen har bestått av Raffaella Björck, Annika Sander Björck, Peter Lönnqvist och jag. Initialt ingick också ST-läkare Eva Johansson från Umeå och pedagogisk facilitator Carl Savage. Målen formulerades som att utbildningen skulle svara väl mot krav och behov i mötet med olika patientgrupper, att den skulle vara obligatorisk för specialistexamen, vara välförankrad, ge behörighet att söka

legitimationsgrundande utbildning i psykoterapi och att det senast vid ingången av 2013 skulle finnas en välintegrerad psykoterapiutbildning. Vi ville att ST-läkare, handledare, och utbildningsansvariga inklusive verksamhetschefer, skulle uppfatta utbildningen som väl anpassad för behoven, integrerad, tidseffektiv och i balans med övriga utbildningsmoment.

Eftersom psykoterapiutbildningen omfattar färdighetsträning som ska få mogna över tid, och att integration mellan teori och praktik är viktig, krävs nära samarbete med lokala handledare. Det finns ca 750 ST-läkare i psykiatri i Sverige. Vi bedömde därför att det finns behov av en anpassad psykoterapiutbildning i alla sjukvårdsregionerna. Jag skrev till nationella nätverket för studierektorer i psykiatri och bad om synpunkter och vände mig till de samordnande studierektorerna för rekrytering av kursutvecklare.

Processen och resultat

Kursutvecklare rekryterades från alla sex sjukvårdsregionerna och från Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). De representerar tre psykoterapiinriktningar (PDT, KBT och familjeterapi), olika grupper (psykiatriker, psykologer, socionomer, universitetsanställda, landstingsanställda, enskilda utbildningsanordnare, studierektorer i psykiatri, patient- och närståendeorganisationer samt ST-läkare i psykiatri). Sex utvecklingsseminarier har genomförts under perioden oktober 2011-september 2012. Arbetet har bedrivits enligt s.k. Constructive Alignment, dvs. att vi tog fram kompetensmål och att lärande- och examinationsmål relaterades till dessa. Kursutvecklarna har arbetat vidare på hemmaplan. Vi har förankrat och samrått med en särskild referensgrupp, METIS styrgrupp, SPF, SFBUP, SKL, studierektornätverket, Socialdepartementet, m.fl.

En nationellt gemensam utbildningsplan för grundläggande psykoterapiutbildning utvecklades och godkändes av SPF, se METIS-projektets hemsida; www.metisprojektet.se, Psykoterapiprojektet. Principfrågor har diskuterats ingående, framförallt hur en bred och tidig teoretisk utbildning ska kunna balanseras med fördjupad färdighetsträning och klinisk tjänstgöring inom en begränsad tidsram. Diskussionens vågor har svallat fram och tillbaks! Vi landade i att utbildningen ska omfatta tre terminer med begränsning till 20, max 25 teoretiska dagar. Centralt för lärandet är integrering av teori och praktik varför handledning vid patientarbete spelar stor roll och kan innehålla rent undervisande moment. Patientarbete bedrivs företrädesvis inom en inriktning och handledning ges kontinuerligt i grupp om 3-4 ST-läkare under sammanlagt minst 120 timmar.

Vilka regler gäller?

Under hela projektiden har Högskoleverket (HSV) haft pågående utredningar inom psykoterapiområdet på uppdrag från Utbildningsdepartementet. En rapport kom 2010 – "Ökad kvalitet i psykoterapiutbildningar",

HSV 2010:9R. I denna utredning föreslogs bl.a. att grundläggande psykoterapiutbildning skulle ges för yrkesgrupper separat, men också en kraftigt ökad omfattning av psykoterapeutexamen. Mars 2011 fick HSV nytt uppdrag att utreda psykoterapiutbildningarna vilket redovisades årsskiftet 2011-2012 i rapporten "En ny psykoterapeutexamen", HSV 2011:20 R. I korthet föreslog utredaren en ny, sammanhållen psykoterapeutexamen på 120 högskolepoäng och med inträdeskravet universitetsexamen på grundnivå. Läkarna skulle i praktiken bli utestängda från psykoterapeutexamen. Istället föreslog utredaren att "IPULS utökar sin utredning så att den omfattar en mer fullständig utbildning i psykoterapi".

IPULS, projektet, SPF och SFBUP tillbakavisar detta förslag. Det är inte möjligt att lägga in en fullständig psykoterapeutexamen i specialistexamen. Som vi ser det innebär förslaget risker för patientsäkerheten och SPF har tillsammans med SFBUP lämnat ett yttrande till Utbildningsdepartementet. Men vad innebär det här för oss? Jag tänker att specialistexamen i barn-, ungdoms- eller vuxenpsykiatri (med grundläggande psykoterapiutbildning) sedan länge inneburit behörighet till psykoterapeututbildning och att det rimligen bör fortsätta göra det. Särskilt när vi kommer ifrån att utbildningen specificeras i antal timmar och istället relateras till uppnådda kompetensmål. Majoriteten av Sveriges psykiatriker kommer inte att vidareutbilda sig till psykoterapeuter, men det är viktigt att denna specialiseringsväg står öppen. Sista ordet i frågan är inte sagt. Någon gång i höst kommer Utbildningsdepartementets beslut och vi bör under tiden jobba på mot våra mål.

Konsolidering och vidareutveckling

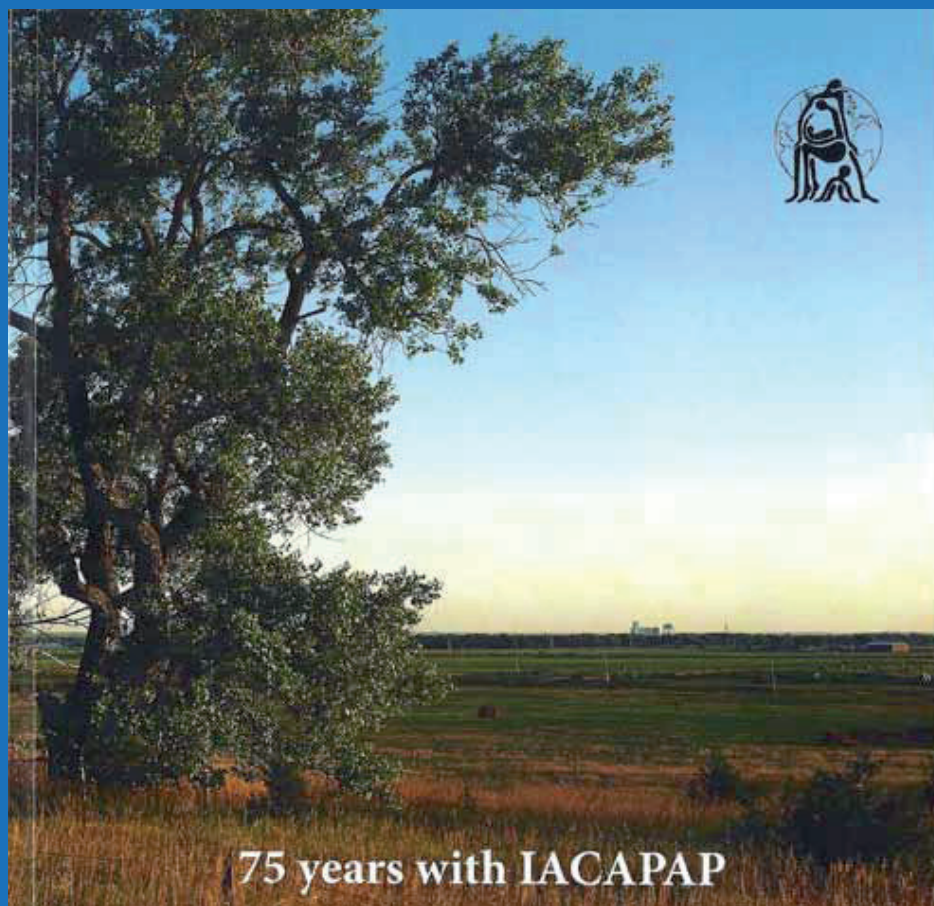
Några sjukvårdsregioner kommer ha startat psykoterapikursen vid ingången till 2013, andra är på gång under 2013. Förutsättningarna ser så olika ut i regionerna. Sista tiden har vi fått omskakande bud. Raffaella har lämnat oss och nyligen fick vi veta att huvudmannaskapet för SK-kurser går över till Socialstyrelsen vilket innebär att IPULS läggs ned. Vi i projektgruppen tänker att arbetet ska föras i hamn och vidareutvecklas ändå. Det finns hopp om fortsatt ekonomiskt stöd för ett centralt kansli för METIS-kurserna och en fortsättning av psykoterapiprojektet.

Under hösten 2012 kommer vi att skicka en enkät till studierektorer, ST-läkare, kursgivare och verksamheter för att följa kvalitet, acceptans och lämplig dimensionering av psykoterapikurserna, samt vill följa upp med motsvarande enkät under 2013-2014.

Stort tack till alla kursutvecklare, referensgruppen, studierektorer och alla andra som stödjer arbetet!

Cecilia Svanborg

Överläkare, leg psykoterapeut, Psykiatri Sydväst, Stockholm
Projektledare METIS psykoterapiprojekt



The History of IACAPAP

By Kari Schleimer MD,
PhD

Denna bok beskriver IACAPAPs (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) historia från dess grundande och tidiga år fram till dagens situation. Den är rikligt illustrerad och nämner många personer, som bidragit till föreningens utveckling, liksom alla kongresser under årens lopp, publikationer, studiegrupper, forskningsseminarier och mycket annat. Den kan erhållas via författaren kari.schleimer@comhem.se och Inst. för BUP, KI.



Universitetsöverläkare vuxenpsykiatri Vuxenpsykiatriska kliniken i Norrköping

I en gemensam satsning tar Landstinget i Östergötland och Hälsouniversitetet, Linköpings universitetet, första steget för att omvandla Vrinnevisjukhuset till ett fullt utbyggt undervisningssjukhus.

Arbetsbeskrivning

Som psykiatriker på Vuxenpsykiatriska kliniken erbjuds du:

- tillsvidareanställning på 100 % med möjligheter till personlig anpassad sysselsättningsgrad,
- möjlighet till placering vid en allmän öppenvårdsmotagning med del av tiden inom en specialicerad sektion, NP, psykos, personlighets störning med flera.
- Du kommer att vara handledare för yngre läkare och kandidater på kliniken.
- Vi ser gärna att du vill vidareutveckla dig inom någon subspecialitet inom psykiatri, exempelvis neuropsykiatri eller dubbeldiagnos.

Vi erbjuder en tjänst som överläkare med tidsbegränsat tilläggsuppdrag för forskning. Du får 30% tid för klinisk forskning i tre år, med möjlighet att efter prövning få tilläggsuppdraget förlängt med ytterligare tre år.

Vi söker dig som är:

minst disputerad, aktiv forskare och specialist i vuxenpsykiatri

För mer information om tjänsten, kontakta verksamhetschef Magnus Runqvist, 010-104 22 10, magnus.runqvist@lio.se. Allmänna upplysningar om universitetsöverläkare kan lämnas av Nina Nelson, FoU-ansvarig chefläkare, 0702-98 13 28, nina.nelson@lio.se

Vrinnevisjukhuset i Norrköping är ett lagom stort sjukhus med alla dess fördelar. Det kännetecknas av korta beslutsvägar, bra samarbete mellan de olika klinikerna inom Vrinnevisjukhuset men också med Universitetssjukhuset i Linköping. Vuxenpsykiatriska kliniken består av två öppenvårdsenheter med specialiserade sektioner, två slutenvårdsavdelningar och en akutenhet med mobilt team.

Välkommen med din ansökan via www.lio.se/jobb. Sista ansökningsdag är den 10 oktober 2012.

www.lio.se
www.hu.liu.se

Ett samarbete mellan Landstinget i Östergötland
och Hälsouniversitetet, Linköpings universitet



NCP i Tromsö

- en inspirerande resa!

Den 30:e Nordiska Kongressen i Psykiatri var ett givande evenemang för en person som är intresserad av människor och deras olika upplevelser, båda aktuella och fenomenologiska. Kongressen ägde rum juni 2012 i Tromsö, Nordnorge.



Jag fick bidrag till att åka till kongressen av Svenska Psykiatriska Föreningen för att presentera min forskning om kopplingen mellan psykisk sjukdom och kriminalitet på Island och är väldigt tacksam för det.

På kongressen fanns ett brett urval av inspirerande ämnen. En höjdpunkt var de energiska föredragen av professor Kenneth S. Kendler där han presenterade sina rön om överlappningen mellan genetiska och miljömässiga riskfaktorer, sina åsikter om den kommande DSM-5 och hans egen metamorfos från reduktionism till pluralism. Särskilt intressanta var symposierna om genetiska rön om schizofreni, den unika epidemiologiska studien "The Lundby Study", "etik i praktik", och psykofarmakologisk användning utifrån evidensbaserad kunskap. Professor Merete Nordentofts föredrag om förkortad livslängd hos psykiatrins patienter tyckte jag var intressant eftersom min forskning berör samma tema och det är en av de mest angelägna utmaningarna som vi inom psykiatrisk vård sysslar med. Kongressens tema var "Understanding Mind And Crossing Borders" och en del föreläsningar berörde transkulturell psykiatri. Bland annat med fokus på migranter och olika uppfattningar om psykiska symptom i olika kultursammanhang. Detta ämne är ju aktuellt hos oss alla som jobbar inom psykiatri i ett mångkulturellt samhälle.

Tromsö är en fantastisk stad att resa till med sina vackra fjäll, hav och självklart midnattssol. Det är verkligen värdefullt att få lämna den ofta överbelastade kliniska vardagen och få en chans att reflektera över fler perspektiv av sitt framtidsyrke. Många av föreläsningarna gav mig inblick i den otroligt spännande och mångsidiga värld som psykiatri är och alltid kommer att vara.

Jag vill uppmuntra mina kollegor att engagera sig aktivt i forskning bland annat för att kunna få del av samma glädje som jag fått över att upptäcka nya idéer, fenomen och synpunkter. Det är inte mindre viktigt att börja tidigt så man får fördjupad kunskap och erfarenhet om alla aspekter av psykiatri och därmed själv kunna bli glad och nöjd med livet, kunna hjälpa våra patienter på ett både professionellt och evidensbaserat sätt och kanske bidra till ett bättre samhälle.

Steinn Steingrímsson
ST-läkare i psykiatri
Östra/Sahlgrenska Universitets Sjukhus
steinn.steingrimsson@vgregion.se
Foto: Hanne Krage Carlsen



Referat från APA:s årsmöte 2012 i Philadelphia om Transference Focused Psykoterapi för individer med borderline personlighetssyndrom

APA:s (American Psychiatric Association) årsmöte hölls i Philadelphia 5 - 9 maj. Mötets tema "Integrated Care" samlade över 20 000 deltagare från hela världen. Det vetenskapliga programmet spänner från psykofarmakologi, personlighetsstörningar, psykotiska syndrom, psykoterapi, beroendesjukdomar, ångest och depressionssyndrom till DSM V. Utbudet är stort och det kan bli svårt att välja då det pågår flera seminarier, kurser, föreläsningar, workshops, symposier, vetenskapliga möten och forum samtidigt. Jag gick en kurs om Transference Focused Psykoterapi och fick lära mig det senaste.

Foto: Shutterstock Elena Ray

Transference Focused Psykoterapi är en evidensbaserad psykodynamisk psykoterapi för individer med borderline personlighetssyndrom. Psykiatriprofessorn Otto Kernberg och hans team bestående av forskare, kliniker och teoretiker har arbetat under de senaste 40 åren med att forska om och utveckla TFP som bygger på objektrelationsteorin. TFP följer den nya definitionen av borderline personlighetssyndrom som är på väg in i klassifikationssystemet DSM V. Det finns vetenskapligt stöd för TFP och flera randomiserade och kontrollerade studier visar att TFP är överlägsen jämfört med kontrollgrupper där patienten fick stödsamtal. Idag undervisas TFP i många länder.

Vad är borderline personlighetssyndrom?

Utmärkande för en individ med borderline personlighetssyndrom är en övervikt av negativa affekter, en icke specifik jag-svaghet samt hypotesen att individens inre värld antas vara uppbyggd utifrån den psykologiska försvarsmekanismen splitting där tankar, känslor, föreställningar om självet och betydelsefulla andra är uppdelade i dikotoma erfarenheter av "bra eller dåligt", "svart eller vitt", "allt- eller- inget". Till skillnad från andra behandlingar för individer med borderline personlighetssyndrom bygger TFP på detta antagande. Eftersom patienten uppfattar sig själv och betydelsefulla

andra utifrån splitting dvs. ett så kallat "antingen-eller-tänkande" leder splittingen till kaotiska relationer, impulsivt självskadebeteende, ångest, depressiva besvär samt andra symptom. Splittingen grundar sig på en modell av en inre värld där, vid upprepade tillfällen från tidig ålder och under lång tid, starkt laddade känslomässiga erfarenheter införlivas.

Dessa upplevelser bildar psykologiska enheter vi kallar för "objektrelationsdyader." De består av känslomässiga minnen, erfarenheter och specifika föreställningar om sig själv och betydelsefulla andra och är sammankopplade med en specifik affekt. En viss dyad representerar en viss föreställning om självet tillsammans med en viss föreställning om betydelsefulla andra ihopkopplad med en viss affekt. Dessa dyader är inte exakta minnesbilder av historiska händelser utan återger den starkt laddade föreställningen med tillhörande affekt såsom dessa upplevdes.

De goda erfarenheter borderlinepatienten haft som barn och vuxen bildar en isolerad kärna av idealiserade objektrelationsdyader som patienten kan använda för att skydda sig mot de dominerande förföljande och negativa erfarenheterna.

Splittingen mellan idealiserade och förföljande tillstånd under inflytandet av negativa affekter hindrar en normal psykologisk utveckling och integrering av både positiva och negativa objektrelationsdyader. Normalt bidrar en sådan integration till uppbyggnaden av en sammanhållen inre psykologisk helhet med en mogen och flexibel upplevelse av sig själv och andra. Hos individer med borderline personlighetssyndrom sker ingen sådan integration.

Det leder till att borderlineindividen fortsätter att leva under stark påverkan av negativa affektstillstånd som stör mentaliseringsprocesserna och förmågan att reflektera över sitt och andras mentala tillstånd. De förlorar förmågan att förstå andra, att se helheten i en viss situation vilket leder till att de misstolkar andra och att katastroftankar tar över. Andra uppfattas lätt som hotfulla och avvisande under inflytande av splittingen och förmågan att bedöma verkligheten realistiskt förloras när inte tidigare erfarenheter är tillgängliga.

Identitetsstörning

Individen lever med splitting, brister i mentaliseringsförmåga och står därför utlämnad inför tillfälliga mentala tillstånd som är mer eller mindre ogrundade. Borderlineindividen saknar ett "observerande-jag" och är omedveten om det.

Tillståndet kallas för identitetsstörning och är en kronisk mental struktur som kännetecknas av splitting av föreställningar om självet och betydelsefulla andra under inflytandet av negativa okontrollerade affekter som leder till en oförmåga att engagera sig på djupet i relationer med

andra, att utveckla djupa kärleksrelationer, att engagera sig i ett yrke.

När negativa affekter överväger, motverkar det sammanfattningsvis en normal neutralisering och integrering av nyanserade objektrelationsdyader. Den kroniska splittingen av objektrelationsföreställningar i antingen idealiserade föreställningar om självet och betydelsefulla eller förföljande andra bevarar de negativa affekterna pga. att det stör integration av affekter. Därför kommer individen att leva sitt liv med en subjektiv erfarenhet som är kluven, rigid, icke flexibel och osammanhängande.

TFP etiologi

TFP utgår från en multifaktoriell förklaring. Borderlinepersonligheten uppstår i samverkan mellan genetiska, konstitutionella och omgivningsfaktorer där individen kan ha varit utsatt för störd anknytning, svåra fysiska traumata eller sexuella övergrepp. De kan ha bevittnat fysiskt eller sexuellt våld eller levt tidigt i en kronisk dysfunktionell familj.

Behandling med Transference Focused Psykoterapi

Under de senaste fyrtio åren har Otto Kernberg och hans team utvecklat TFP som är numera en manualiserad psykoterapi som följer APA:s riktlinjer för behandling av borderlinepersonlighetssyndrom.

TFPs målsättning är att lösa upp identitetsstörningen, att övervinna splittingen mellan idealiserade och förföljande internaliserade objektrelationer och att under terapiprocessen integrera dem och samtidigt integrera de splittade affektstillstånd som utgör kärnan i borderlinesyndromet.

TFP fokuserar på samspelet mellan patienten och terapeuten vilken ger den bästa förståelsen av patientens inre värld. Eftersom patienten nödvändigtvis lever ut sina dominerande objektrelationsdyader i överföringen arbetar patienten och terapeuten aktivt med det som sker i rummet "här-och-nu" så att olika uppfattningar av den delade verkligheten kan diskuteras under terapisessionerna.

Förutsättningar för behandling med TFP

Innan behandlingen inleds görs en allmän bedömning med hjälp av en semi-strukturerad intervju utvecklad av Kernbergteamet vilken följer DSM Vs kriterier för borderline personlighetssyndrom. Därefter diskuteras kontraktet steg för steg.

TFP lägger stor vikt vid kontraktskrivning och vid terapins ramar. TFP kan inte inledas förrän kontrakt och ramarna är tydligt bestämda. Ett flertal kontraktkriterier bör vara uppfyllda för att kunna hantera det hot att förstöra behandlingen som patienten riskerar att hamna i och för

att hindra patientens utagerande och självdestruktiva handlingar. Patienten kan, utöver TFP, även behöva behandling för beroendesjukdomar, ätstörningar och farmakologisk behandling vilket diskuteras under kontraktprocessen.

TFPs principer

TFP innehåller tre principer som terapeuten följer under behandlingen nämligen strategier, taktiker och tekniker. *Strategier* är ett begrepp som beskriver målet att nå under varje timme och även långsiktigt under hela behandlingen. *Taktik* är ett begrepp som säkerställer förutsättningarna för det terapeutiska arbetet och hjälper terapeuten att behålla en känsla av trygghet, förmågan att reflektera fritt och att säkra terapiprocessen. Den viktigaste taktiska interventionen är kontraktdiskussionen.

Den viktigaste *tekniken* inom TFP är tolkningar som börjar med förtydliganden, klargöranden och försiktiga konfrontationer av det patienten upplever "här-och-nu" i terapirummet tillsammans med terapeuten. Klargörande innebär att patienten blir medveten om hur han upplever sig själv och andra dvs. särskilt terapeuten under sessionen. Konfrontation innebär att terapeuten påpekar alla motstridigheter i patientens berättelse och särskilt det faktum att patienten uppfattar sig själv och terapeuten på totalt olika sätt under olika terapitimmars. Tolkningar är terapeutens försök att föreslå en hypotes för patienten med syftet att lösa upp klyvningen mellan idealiserade och förföljande objektrelationsdyader. Genom tolkningsprocessen ökar patientens förståelse av sitt omedvetna dysfunktionella beteende.

Förändringar som uppnås med TFP

Att terapeuten under behandlingen med TFP säkrar ramar och en stabil struktur med kontinuitet samt gränssättning som följer kontraktet leder till förändringar. En undersökning av omedvetna konflikter med splittingsmekanismer som dominerande försvar såsom de visar sig i relation till terapeuten leder till kognitiva och affektiva förändringar, minskad splitting och identitetsintegration.

Sophie Steijer

**Överläkare, leg. psykoterapeut
Järvapsykiatri, Stockholm**

Referens

Boken "*Psychotherapy for borderline personality, Focusing on Object relations*" John F. Clarkin, Frank E. Yeomans, Otto F. Kernberg (2006) beskriver strategier, taktik och tekniker för behandlingen.



Foto: Carol Schultheis

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

återfallsprevention^{1,2,3}

Vecka 24

Behandlingsvar^{1,2}

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid¹



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/suicidtankar, 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. 1,3 % 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 tre, sex (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 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.

Senaste översyn av produktresumén mars 2012. För fullständig information se www.fass.se

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, 10/2011, 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, mått 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



En organisation i jakt på sitt sanna väsen

De avslutande mollklangerna från Edvard Griegs "Hukommelser" lämnar långsamt flygeln och svävar ut över det berg- och havslandskap som omger staden Bergen. Griegs romantiska verk, som inspirerats av den norska folkvisetraditionen, anses ha haft en central roll i att återskapa Norges

nationalidentitet. Att delegaterna från Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) Section and Board of Psychiatry sökt sig till Griegs forna bostadshus en lördagskväll i april kan, för den som vill, ses som signifikativt för en organisation i jakt på sitt sanna väsen.

Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) bildades 1958 och är en övergripande specialistförening för samtliga medicinska specialiteter inom EU. Section of Psychiatry etablerades 1990, och UEMS Board of psychiatry 1992. Enligt UEMS statuter utser specialitetsföreningen i varje EU-land två delegater som deltar på de möten som ordnas två gånger årligen i de olika medlemsländerna. 2010 arrangerade Sverige ett möte, och nu var det alltså Norges tur.

Det övergripande syftet med UEMS Section and Board of Psychiatry är att harmonisera specialistutbildningarna i psykiatri ("training in psychiatry") inom EU-länderna och därigenom möjliggöra rörelsefrihet över landgränserna för specialister i psykiatri. UEMS Section arbetar med flera aspekter av det psykiatriska ämnesområdet, och organiserar bland annat arbetsgrupper kring frågor där sektionen vill formulera sin ståndpunkt ur ett pan-europeiskt perspektiv. Exempel på aktuella områden är psykiatrisk tvångsvård, äldrepsykiatri, "models of delivery" och kvalitetssäkring av specialistutbildningarna, där Sverige nyligen haft en aktiv roll. UEMS Board är inriktad främst på utbildningsfrågor både på grundutbildningsnivå och ST-nivå, och hanterar det konkreta arbetet med att harmonisera utbildningarna inom EU.

På mötet i Bergen deltog 30 delegater från 22 olika länder, samt representanter för European Federation for Psychiatric Trainees (EFPT) och European Psychiatric Association (EPA). Bland de frånvarande länderna återfanns Frankrike och

Italien, som uteblivit från möten de senaste åren (och heller inte betalat medlemsavgiften...). Marc Hermans, Belgien, är nuvarande ordförande för UEMS Section och James D Strachan, UK, har motsvarande roll i UEMS Board, medan andra funktioner är gemensam för bägge styrelserna.

Varje möte följer en förutbestämd ordning, där första dagen ägnas åt ett besök på en lokal psykiatrisk vårdenhhet. Andreas Landsnes, chef för akutkliniken på psykiatriska kliniken i Bergen, berättade den här gången om hur psykiatrin är organiserad i Norge, och Professor Edvard Hauff från Oslo redogjorde för det norska utbildningssystemet.

Ett centralt tema för mötets andra dag var målet och arbetssättet för UEMS Board & Section. De bägge styrelserna hade inför mötet förberett en analys av styrkor, svagheter, möjligheter och "hot". Under diskussionen kring dokumentet kunde man konstatera att det för närvarande råder en osäkerhet kring vad organisationen egentligen ska arbeta med. Vidare anses arbetsmetoderna lida av viss ineffektivitet. En ståndpunkt som framfördes flera gånger är att vi behöver återgå till en tydligare syn på UEMS som fackligt inriktad organisation, med syfte att skapa ramverk för utbildning på nationell nivå till skillnad från vetenskapliga och kliniskt inriktade föreningar som exempelvis European Psychiatric Association (EPA). Slutligen finns det en del åsiktsskillnader i sakfrågor, såsom modellen för avgifter inom UEMS, samt vilka språk som ska vara officiella inom organisationen.



En fråga som väcktes var vem som ansvarade för implementeringen av sektionens dokument, där vissa menar att "impact" är mycket låg och att det kan ifrågasättas om det egentligen ingår i UEMS uppdrag att producera dessa.

Under dag tre avhandlades traditionsenligt agendan för UEMS Board, med frågor främst kring utbildning. Nyligen samarbetade representanter för UEMS Board of Psychiatry tillsammans med EFPT för att ta fram dokumentet European Framework for Competencies in Psychiatry (EFCP) 2007-2009. I dokumentet anges ett antal kompetenser som anses vara nödvändiga för psykiatriker. Utgående från Board har man också upprättat ett Visitation Team som inspekterar och utvärderar utbildningsinstitutioner. Tanken är att man genom detta kan kvalitetssäkra att utbildningen ges enligt UEMS rekommendationer. Kanske något för IPULS att beakta nu när de tagit över det som tidigare kallades SPUR-inspektionerna?

En viktig fråga på mötets sista dag var att återigen ta ställning till själva organisations arbetssätt, i form av ett förslag till revidering av Rules and Procedures (RoP).

Några av de föreslagna förändringarna var att slopa uppdelningen i Board och Section, så att man därmed kunde nöja sig med en uppsättning ordföranden, samt att man enbart skulle kunna vara delegat i 2 x 4 år. Syftet var att förenkla arbetet samt tillsäkra en konstant förnyelse av organisationen.

Det senare förslaget stötte spontant på stort motstånd, då de flesta menade att det är helt upp till den nationella föreningen att utse sina representanter, och att UEMS S & B of Psychiatry endast kan ge rekommendationer.

Dessvärre, får man nog säga, uppstod sedan en diskussion kring om det egentligen var tekniskt möjligt att upprätta nya RoP. Schweiz delegat upprepade att UEMS endast har att förhålla sig till de regler som UEMS anger (2010/26, kap 6) och att hela diskussionen således var fullkomligt meningslös. Vissa länder, däribland Spanien och Tyskland, antog den defaitistiska hållningen att det kan kvitta oavsett, eftersom formerna för arbetet är oviktiga i relation till den centrala frågan om organisationens syfte. En metakommentar från Grekland var att just dessa diskussioner kring regler är ett symptom på hela organisationens ineffektivitet och oförmåga att fokusera på de viktiga frågorna. Man kom under mötet inte vidare från de låsta positionerna. Det beslut man fattade var att man inte kunde besluta om de nya RoP s.

Sammantaget gav mötet ett något splittrat intryck för SPF:s utsände. De problem inom UEMS S & B of Psychiatry som framträder inger viss oro. Alla medlemsländer i EU har att förhålla sig till gemensamma regelverk för utbildningsfrågor, och UEMS är det organ varvid den psykiatriska professionen kan påverka utvecklingen i dessa områden.



Ur ett svenskt perspektiv ser vi en ökning av antalet psykiatriker som fått sin specialistutbildning i andra europeiska länder, och därmed får kvaliteten på de europeiska utbildningarna en direkt påverkan på hälsan hos våra psykiatriska patienter. Dessutom vill vi ju gärna känna oss välkomna att arbeta nere på kontinenten om andan faller på! Det finns alltså all anledning för Sverige att försöka bidra till ett mer konstruktivt arbetssätt inom UEMS Section and Board of Psychiatry, så att man kan återgå till frågor som organisationen ursprungligen tillskapades för att hantera.

Nästa möte sker i Dublin i september. Undertecknad representerar Dig som medlem av SPF. Synpunkter eller frågor? Skicka ett e-mail till uemsdelegat@svenskpsykiatri.se! Se även www.uemspsychiatry.org.

Simon Cervenka
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm
UEMS-delegat
Text och foto

Finns Gud?

Just när det började bli tråkigt i söndagsskolan efter något år och jag beslöt mig för att sluta, så började den vackra och nyinflyttade Susanne, vilket fick mig att snabbt återgå, också till berättelserna ur Bibeln. Att det verkligen fanns en Gud som såg allt var liksom underförstått, även om jag inte lät mig besväras av detta förhållande i ungdomstidens synder.

Innan föreställningen om den enda guden blivit allt mer utbredd, fanns både gudinnor och gudar. Särskilt dyrkan av en fruktbarhetens gudinna kunde te sig förståelig eftersom vi alla genomgått undret av att vara födda av en kvinna. Några av människans uppfattningar om Gud och om

religionens betydelse under årtusenden kanske kan sammanfattas sålunda: Att söka göra det rätta och undvika att synda och göra ont. Inom den kristna tron, att söka övertyga andra och sprida sin tro. Att själva tron på Gud är avgörande.

De senaste århundradenas vetenskapliga upptäckter har ibland ansetts strida mot Bibelns skapelselära och existensen av en Gud. Andra har menat att vetenskapliga upptäckter lika gärna kan tas som intäkt för motsatsen.

**Fråga: Vad är motsatsen till tro?
Inte otro.
Alltför slutgiltigt, förvissat, slutet.
I sig ett slags tro.
Tvivel.**

Salman R Rushdie

**Det jag yttrar om sådana saker
syftar alltså till att ge ett mått
på min syn,
inte ett mått på sakerna**

Montaigne, Essayser

Foto: Carol Schultheis

Några har också sökt att mer definitivt avskaffa Gud - från d'Holbach och antifilosofen Nietzsche till Michel Onfray och Richard Dawkins¹ - med hjälp av ideologiskt eller vetenskapligt grundade argument.

Vem eller vad är då Gud? I söndagsskolan frambars nog uppfattningen att Gud är ett högre väsen i form av en mansperson med skägg, som befinner sig överallt och ingenstans med inblick i allt. En Gud som är allsmäktig, som älskar åtminstone de som tror, men som också kan straffa de otrogna på den yttersta dagen genom att utestänga dem från Paradiset.

Den teologiskt bevandrade filosofen Leszek Kolakowski konstaterar: *"Vi kan varken förklara eller fatta hur en personlig Gud skulle kunna vara oändlig och allsmäktig, vi förmår inte förklara varför han skapat en värld av ändliga och förgängliga ting, vi vet ännu inte – trots hela bibliotek fyllda med teologiska traktater i ämnet – på vilket sätt han tillåter en sådan onskans makt och så vidare."*²

I litteraturen finns många skildringar av djupaste förtröstan på en allvis, god Gud, men också av en envis, sargande och besviken brottningsman med honom, som t.ex. hos Ingmar Bergman: *"Om han finns är han en påtagligt läskig gud, småaktig, långsint och partisk, var så god! Läs bara Gamla Testamentet, där framstår han i all sin glans. Och den här skulle vara kärlekens gud som älskar människorna."*³

Till troende människors lott hör att aldrig få skåda Guds ansikte, vilket väcker återkommande frågor och tvivel, som hos Salman Rushdie: *"Ska Gud vara stolt eller ödmjuk, majestätisk eller anspråkslös, böjlig eller oböjlig? Vad för slags idé är han? Vad för slags idé är jag?"*⁴

Är Gud både god och ond? Ett av flera besked härom ges i Gamla Testamentet i profeten Jesaja, 45:7: *"jag som danar ljuset och skapar mörkret, jag som giver lyckan och skapar olyckan. Jag, Herren, är den som gör allt detta."* (1917 års bibelöversättning). Här behövs följaktligen inte någon ond kraft, såsom 'djävulen' – i Jesaja är allt Guds verk.

Jesajas bild av Gud påminner om människan själv och hennes förmåga till gott och ont. Filosofen Hans Jonas säger i en betraktelse över gudsbilden efter den nazistiska förintelsen: *"Men om Gud på något sätt och i någon mån alls skall bli begriplig – och detta måste vi hålla fast vid – måste hans godhet vara förenlig med onskans existens, och det kan den bara vara om han inte är allsmäktig."*⁵

I en mångtusenårig kulturell strävan att göra det goda och undvika det onda är det uppenbart att människans förmåga till välvilja gentemot sin nästa, liksom till olycksbringande aggressivitet, finns biologiskt grundade i hennes natur, men en natur som i hög grad (epigenetiskt) formas av kultur och miljö.

Eviga frågor om universums uppkomst, hur (och varför) människan har kunnat utvecklas ur mindre komplicerade livsformer, hur vi tillsammans med djur och växter kan skapa nytt liv, hur vår förmåga till kärlek kan förändra livet, och den - mitt i livet - svårförståeliga händelsen att vi inte längre ska finnas - dessa och många andra frågor utom vårt säkra vetande och kontroll kan stämma till en glädjeriek ödmjukhet inför livets mångfald av dagliga mirakler.

Men också de besvärligaste av återkommande frågor som sysselsatt de flesta människor inklusive tänkare och forskare inom samhällsvetenskaper och medicin - hur kan människor begå ofattbara grymheter gentemot varandra?⁶

"Ingen lag, inget tvång, ingen Gudsdyrkan kan utrota onskan och våldet. Endast kärleken förmår det." säger rabbinen Marcus Ehrenpreis.⁷ Svåra men viktiga ord att minnas efter Anders Behring Breiviks svårfattbara gärningar.

En liten tröst ger psykologen Steven Pinker i sin genomgång av våldets omfattning över tid, som visar att det totala våldet har minskat sedan 1300-talet. Antalet mord i Europa har minskat sedan medeltiden, från 40/100.000 till 1,3/100.000 mot slutet av 1900-talet. *"Våldets historiska nedgång är en utmanande vetenskaplig gåta för den som intresserar sig för den mänskliga naturen"* säger Pinker och pekar på förnuftets tilltagande utbredning över tid. *"De bakomliggande ideologierna [till fasorna under 1900-talet: kommunism, fascism, nazism; min anm.] var atavismer som hamnade på historiens skräphög, och idealet om universella rättigheter, som skulle ha tett sig sockersött eller obegripligt för våra förfäder, har blivit vår tids moraliska självklarhet."*⁸

Behovet av vägledning för våra handlingar gentemot nästan, att kunna skilja mellan gott och ont, har av uppenbara skäl inte minskat och gäller sedan tusentals år lika för troende och de som inte tror. Stressforskaren Lennart Levi minner om de eviga budorden: *"Du skall älska din nästa såsom dig själv"; "Vad du icke vill att andra skola göra dig, det skall du heller icke göra andra"*⁹.

Spinoza lär har sagt att Gud är verkligheten och verkligheten är Gud, något som kanske kan översättas till Gud är livet och livet är Gud. Från att vörda gudar till att vörda Gud till att vörda Livet så långt vi förstår och förmår. Ansvar kan inte avhändas till en Gud utanför oss själva.

Det medför ett ganska tungt ansvar att bära. Filosofen Arne Naess menar att *"Människan, eller de varelser som människan är föregångare till, kommer att nå gudomlig nivå. Denna tro ersätter den vanliga tron på en transcendent Gud. Vi är själva på väg att förverkliga det gudomliga. Vi kommer att få lära oss att axla det kusliga ansvaret att ta oss själva på allvar som fragment av Gud-i-färd-med-att-bli-till."*¹⁰

I en uttolkning av teologen Dietrich Bonhoeffers brev skriver biskop emeritus Martin Lind: *"Den Gud som är med människorna är den Gud som lämnar människorna. Det är den Gud som tvingar människan att vara myndig, att själv ta ansvar, att inte hänvisa till andra för sina handlingar."*¹¹

Handlar frågan om Gud och religion ytterst om att få vägledning för hur vi ska leva? Kristendom och islam har utlovat ett Paradis efter livet för dem som sköter sig, något som är förståeligt men kanske inte helt i samklang med vad

vi vet om livet och döden. (Det enda paradiset som någonsin funnits är antagligen vistelsen i moderlivet innan vi föds).

Har den kulturella (sociala och politiska) evolutionen nu kommit så långt att vi blivit alltmer (tillräckligt?) medvetna om vårt gemensamma ansvar för allt liv? Måste vi söka fortsatt vägledning främst inom oss själva och i vår historia?¹²

Att värda livet med vår växande medvetenhet om hur allt liv påverkas av den omgivande fysiska och av oss skapade psykosociala miljön (t.ex. den livsviktiga anknytningen) kanske kan ses som en sedan länge påbörjad fortsättning och utveckling av gudsbilden.

Tord Bergmark
Psykiater, psykoterapeut
Stockholm



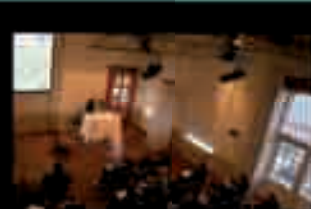
Foto: Carol Schultheis

B



SPK²⁰¹³

Svenska Psykiatrikongressen



**MÜNCHEN
BRYGGERIET**
EVENT • KONFERENS

Stockholm

13-15 mars 2013

För sätte året i rad arrangerar Svenska Psykiatiska Föreningen den Svenska Psykiatrikongressen, SPK.

2013 håller vi kongressen i Stockholm på Münchenbryggeriet.

SPF vill med denna kongress bidra till ökad fortbildning och även erbjuda en självklar årlig mötesplats för alla personer verksamma inom psykiatri och närliggande verksamhetsområden.

På vår hemsida, www.svenskpsykiatri.se kan Du följa hela planeringen och se när det är dags att anmäla sig.

Ev. utställare kan redan nu anmäla intressa för monterplats.

Varmt välkommen!