

Annons

Annons

Likgiltighet och cynism är frestelser som vi måste motstå, när vi nu än en gång befinner oss i en mycket konfliktfylld historisk tid. Tankegångarna ligger nära Erich Fromm, som framhöll att det hör till psykiatrins, psykoanalysens och besläktade vetenskapers uppgift att utreda under vilka förhållanden den ena eller andra utvecklingen äger rum, och med vilka metoder den gynnsamma utvecklingen kan främjas och den destruktiva hindras, liksom Harald Ofstad om föraktet för svaghet. Utsattheten finns överallt. Tänk på de papperslösa, tänk uteliggarettiggarna! Också hatet och extremismen har till stor del sin grogrund i social utsatthet. Gränsen mellan Vi - de goda - och Dom - de onda är, som väl bör ha framgått, inte så skarp som vi ofta föreställer oss. Eller för att citera Marie-Luise Jahn: "Runt om i världen finns det människor som brottas med samma frågor som vi gjorde då. Hur länge kan man vara tyst när hemskheter begås? När måste man göra något?" Synliggörandet är här en viktig motkraft. Åsa Linderborg förmodar att tamheten i våra reaktioner hittills beror på att de sociala orättvisorna sällan drabbar oss välavlönade.

Igra befarade att vi är på väg in i en epok, som bara är i sina trevande förstadier, som vi måste göra allt för att förhindra, eller, om det inte är möjligt, mildra verkningarna av. Thomas Mann har i dagboken från 1933 uttryckt sin ångest inför att vid 58 års ålder behöva lämna allt för att ställa sin tillvaro på en radikalt ny bas (exilen) och han tog då starka sömnmedel för att kunna sova: "Skall jag tvingas i landsflykt och ska man då beslagta hus och ägodelar? Österrike eller Schweiz? - båda alternativen lika oroande!" (det blev till slut USA). Sebastian Haffner konstaterade att redan automatiken i vardagen utgjorde ett allvarligt hinder mot protest och vilja till förändring: "Bara i den dagliga rutinens 'business as usual' finns trygghet och fortbestånd - *strax bredvid börjar djungeln.*" Den finlandsvenske författaren Kjell Westö frågar sig om vi även nu lever i en så larmande tid att till och med det tysta motståndet ger upp och godtar att den som talar högst vinner? "Väldet vibrerar ju under ytan och tonen på hatsajterna har blivit allt hårdare." TV1:s Uppdrag granskning 6 februari 2013 visade detta med all tydlighet.

Europarådets kommission mot rasism och intolerans (ECRI) framhåller att det gäller för EU att nå ut till de vanliga EU-medborgarna: "Och säga till dem att ni måste reagera nu! För våra demokratier är verkligen i fara, och vi måste *alla* göra någonting åt det om vi vill leva i en demokrati 30 år från idag." Vi är inte maktlösa. Vi kan ifrågasätta och bryta normer och värderingar. Nätverket Mot Rasism (NMR) har bildats som ett rikstäckande nätverk av olika organisationer, allt från antirasistiska/antifascistiska till kulturföreningar, invandrargrupper och intresseorganisationer, inklusive Sveriges kommuner och landsting.

NMR verkar lokalt och regionalt mot fascism, rasism och för en generös flyktingpolitik, men också mot diskriminering i samhället. Hans Rosling, professor i internationell hälsa vid Karolinska Institutet och ansedd som en av världens 100 mest inflytelserika upplysare, har i samband med en intervju i Läkartidningen sagt att den fascism som sveper över världen, vid sidan av fattigdom och svält, utgör ett av de största hindren för att nå FN:s millenniemål för en miljömässigt hållbar utveckling. Hans Rosling kallar sig "possiblist" och tror trots allt att en annan värld är möjlig. Jag försöker hålla med honom och inte fortsätta att framhärda i det som hörts så många gånger: "Det angår inte mig". För om bara den som skriker högst får sista ordet är vi illa ute.

Leif Öjesjö
Docent, psykiater,
Stockholm
E-post: lojesjo@me.com

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



Foto: Carol Schultheis

Annons

Är det kris i psykiatri?

I ett av februarinumren av Dagens Samhälle stod det "Psykiatrien världens värsta krisbransch". Det är inte den enda negativa rapporteringen vi sett utan bilden av psykiatrien är genomgående negativ. Är det rätt? Förtjänar psykiatrien så här dåligt rykte? Både ja och nej. Jag möter många kollegor som rapporterar om svåra arbetsförhållanden men jag möter också många verksamheter inom psykiatriområdet med stor optimism och framtidstro. På samma sätt möter jag många patienter och närstående som är nöjda och tacksamma med vården men samtidigt alldeles för många rapporter om dåligt bemötande och bristfällig vård.

Om vi accepterar hypotesen att det är både och så betyder det att det finns en stor utvecklingspotential. Det måste gå att få all psykiatrisk vård lika bra som den bästa vi har idag.

Vad hindrar oss från att ge bra vård? Är det bara en fråga om resursbrist? Troligen inte även om pengar spelar stor roll. Ideliga besparingar, krav på effektivisering och ogenomtänkta krisåtgärder för ekonomin riskerar att få människor att tappa lusten vilket ofta ger motsatt effekt på ekonomin mot vad som var syftet. Men jag tror inte att det räcker med att bara diskutera resurser. Det finns andra faktorer minst lika viktiga i form av systemfel och oändamålsenliga organisationer och regelverk, brist på personal, brist på kompetens, en allmän molokenhet och upplevelse av press hos både personal och chefer.

Så vad gör vi åt det? Vilka vi, tänker du. Ja, i första hand tror jag faktiskt att det är vi som jobbar inom psykiatriområdet som måste formulera lösningarna. Det finns ingen annan som kan veta det bättre. Politikerna gör så gott de kan men ju mer krissignaler de får desto mer krystade lösningar riskerar vi få om det inte finns bra underlag till vilka åtgärder som behövs.

Så kom igen så börjar vi inventera listan av förändringar som behövs. Jag börjar så kan ni fylla på. En del av åtgärderna är säkert nationella men många åtgärder äger faktiskt landstingen själva och en del frågor är det vi själva som profession som kan påverka.

Mer pengar till psykiatriområdet. En förutsättning för att kunna driva den frågan är att vi konkret kan säga till vad och vilka samhällsvinster det kan skapa.

Fler specialistläkare i psykiatri. Detta är givetvis beroende av en stor läkarutbildning men också att vi får unga läkare att vilja välja psykiatri.

Vi kan fortsätta METIS-tanken med bra teoriutbildning, se till att det finns ST-block till alla som är lämpliga, bra praktisk handledning och möta alla kollegor och samarbetspartners runt om i hälso- och sjukvården med en positiv inställning.

En kompetent psykiatri. Se till att alla psykiatriverksamheter är riktigt duktiga på sitt uppdrag. Vi måste vara riktigt bra på diagnostik, bedömningar, läkemedelsbehandling, psykologiska behandlingar, träning och rehabilitering men också se till att vi har verksamheter som har ett helhetsperspektiv på människan. Ansvaret för det ligger på den medicinskt ansvarige som ska vara en läkare, det vill säga - det är vi som har yttersta ansvaret för en kompetent psykiatri.

Rimlig nivå på utredningar. Vi måste hitta ett sätt att hantera efterfrågan på utredningar inom neuropsykiatriområdet. Det måste räcka med en enklare basutredning i de flesta fallen och de mer avancerade testningarna sparas till de komplicerade fallen. Vi ska inte heller göra utredningar om vi inte vet vad vi ska ha dem till.

Samarbetande öppen- och slutenvård. Vårdprocesserna mellan sjukhus, psykiatrisk öppenvårdsmottagning och primärvård måste flyta utan glapp. Samarbetet öppen - slutenvård inom psykiatrien kan vi inte förvänta oss att någon annan ska lösa. Detta handlar helt om hur vi organiserar oss och vilket ansvar vi tar.

Varsam tvångsvård. All tvångsvård ska ske enligt lagstiftningen, aktiva åtgärder för att minska behovet av tvångsåtgärder och av inläggning på tvång. Stort fokus på bemötande, kunskap och uppföljning inom tvångsvården.

En bra samarbetspartner. Vi ska bemöda oss om att vara en klok och kunnig samarbetspartner till övrig hälso- och sjukvård och till kommunerna. Om vi gör vår del har vi mycket större möjlighet att förvänta oss och kräva att andra gör sin del.

En viktig samhällsröst. Psykisk ohälsa är redan och kommer i allt större utsträckning att vara en utmaning i vårt nuvarande informationssamhälle. Vi har kunskap om hjärnan och kroppen, om vad som händer när vi pressar gränserna för mänsklig förmåga. Vi ska vara aktiva med råd och kunskap kring hur vi förhindrar psykisk ohälsa. Vi ska också bevaka de svagas perspektiv och påtala när personer med psykiatrisk problematik hamnar i kläm i samhället.

Nu har jag börjat på listan men det viktiga är hur vi ska komma till rätta med varje punkt. Vilka åtgärder vi kan och ska göra. Det finns ingen genväg. Vi måste vara med och formulera de konkreta förslagen. Men vi måste prata ihop oss. Leverera de viktigaste och de åtgärder vi är överens om först. Vi har ett rykte om oss att vara splittrade och otydliga. Sant eller inte, det måste vi förhålla oss till.

Jag fortsätter gärna diskussionen och ni kan följa mina tankar och mitt arbete som samordnare inom psykiskhälsa-området på SKL på Samordningsbloggen: <http://psykiatrisamordning.sklblogg.se>

Ing-Marie Wieselgren
Projektchef
Avd för vård och omsorg

Sveriges kommuner och Landsting

Deadline för bidrag till
nästa nummer: 15 maj



Foto: Carol Schultheis

Annons



Fysisk aktivitet: en viktig faktor som påverkar psykisk sjukdom i hög ålder

Foto: Shutterstock Yuri Arcurs

Psykisk sjukdom i hög ålder har, till skillnad mot hos yngre, ofta en specifik orsak. Såväl hjärnskada, psykogena faktorer, kroppslig sjukdom eller påverkan som läkemedel kan leda till psykisk sjukdom. Dessa faktorer kan sannolikt påverka också hos yngre, men den gamla människans relativa svaghet medför att en sjukdom lättare kan skapas. Att fysisk aktivitet kan påverka psykisk sjukdom är en ny kunskap. Här finns möjlighet såväl till profylax som till behandling och är något som bör finnas med vid utredning och behandling av psykisk sjukdom hos äldre.

Grad av fysisk aktivitet varierar, både i hög ålder och hos yngre, men generellt sett minskar fysisk aktivitet i de högsta åldrarna. Under de senaste 20 åren har en stor kunskap etablerats om hur fysisk aktivitet påverkar hjärnans funktioner.

De områden som framförallt har studerats är kognitiv förmåga, demens och Alzheimers sjukdom samt depression och ångest.

Det finns idag kunskap om hur fysisk aktivitet kan påverka kognitiva funktioner. Två områden i hjärnan tycks mer än andra påverkas, hippocampus och frontala områden. Studier med MRI visar att personer med mycket fysisk aktivitet har större volym i dessa hjärnområden jämfört med dem som har låg fysisk aktivitet. De kognitiva funktioner som framförallt påverkas av fysisk aktivitet är exekutiva funktioner men också plasticitet och adaptabilitet förbättras.

Personer som haft hög fysisk aktivitet har en lägre risk att utveckla demens eller Alzheimers sjukdom. Risken för Alzheimers sjukdom är ungefär halverad.

Störst effekt har fysisk aktivitet tidigt i livet men också fysisk aktivitet vid åldrandet minskar risken för utveckling av demens.

Effekten är mindre vid vaskulär demens men preliminära data tyder på viss positiv effekt.

Hos personer med lätt kognitiv störning ger fysisk aktivitet en förbättring av kognitiva förmågor.

Också vid utvecklad Alzheimers sjukdom påverkas kognitiv förmåga av fysisk aktivitet. I en studie ökade MMSE med 2,6 poäng, vilket är högre än vad man ser vid behandling med kolinesterashämmare. Visuellt minne, kognitiv flexibilitet, förbättrad simultankapacitet och exekutiva förmågor har angetts som förbättrade av fysisk aktivitet vid Alzheimers sjukdom.

Depression är den vanligaste psykiska störningen i hög ålder. Ca 15 % av alla över 65 år har en behandlingskrävande depression. Depression är en allvarlig sjukdom som, förutom att påverka livskvalitet negativt, har en ökning av mortalitet på upp till 300 %. Frekvens av depression i hög ålder är relaterad till grad av fysisk aktivitet. Vid en etablerad depression kan en behandling med fysisk träning minska de depressiva symptomen. Symptomförbättringen anges som likvärdig med den man får av antidepressiv behandling. Effekten av fysisk aktivitet kommer dock långsammare än vid läkemedelsbehandling.

Ångest förbättras av fysisk aktivitet men inte lika uttalat som kognitiva funktioner och depressiva symptom.

De grundläggande mekanismerna bakom förbättring av psykisk funktion av fysisk aktivitet har också studerats. Den förklaring som ter sig troligast är att cytokinet BDNF ökar i hjärnan vid fysisk aktivitet. Detta sker troligen genom ökning av IGF1 i levern, som påverkar hjärnans bildning av BDNF. BDNF leder till ökad bildning av synapser och dendriter och i hippokampus till celltillväxt. BDNF bildas uppenbart i hjärnan och troligen i de områden som påverkas gynnsamt. Även blodkärlsnybildning påverkas vid fysisk aktivitet genom ökning av cytokinet VEGF. Det är intressant att notera att både vid antidepressiv behandling av depression och vid ECT-behandling sker en ökning av BDNF.

Vid Alzheimers sjukdom finns förutom en ökning av BDNF också en minskning av beta-amyloid.

Detta tyder på en effekt direkt på sjukdomsmekanismen. Detta har visats såväl i djurförsök som i studier på människa. Kunskapen om att fysisk aktivitet tidigt i livet påverkar insjuknandet i Alzheimers sjukdom skulle teoretiskt sett vara ett möjligt sätt att minska en framtida demensutveckling. Dagens kunskap tyder på detta men självklart behövs ännu fler studier.

Det är uppenbart att livsstilsfaktorer är viktiga både vad gäller sjukdomsprogress och behandling av Alzheimers sjukdom och depression. Det är framförallt träning som ökar syreförbrukning som visats ha stor betydelse. Hos äldre har vanliga promenader visats ha positiva effekter. Troligen har också intensiteten av träningen betydelse och högre intensitet kan troligen ge ökad effekt.

Hos yngre har ett riktvärde varit 65 % - 75 % av maxaktivitet. Minst 30 – 45 minuter 2 gånger i veckan bör träningen vara.

Dessa positiva effekter av fysisk aktivitet finns också i yngre åldrar. Hos äldre har de troligen en större genomslagskraft. Den gamla människan hamnar ofta i fysisk inaktivitet, ibland orsakad av sjukdom eller förvärvat handikapp, vilket då kan leda till påverkan på psykiska funktioner.

Kroppens åldrande är en annan viktig faktor som påverkar den fysiska aktiviteten i hög ålder.

Den nya kunskap som finns, att fysisk aktivitet har en stor betydelse för psykisk sjukdom, behöver omsättas i praktiken. I första hand bör man ha med livsstilsfaktorer i anamnesupptagandet. Det är därvidlag intressant att det är svårt att få säkra uppgifter vid en fråga och det är lätt att överskatta sin fysiska aktivitet. Mätning av aktivitetsmönster ger sannare värden.

Ingvar Karlsson
Docent, överläkare, äldrepsykiater

Kalendarium

13-14 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/

18-19 april 2013
20th International Symposium on Current Issues and
Controversies in Psychiatry
Barcelona, Spanien
www.controversiasbarcelona.org/english.html

21-23 april 2013
CINP Thematic Meeting: Pharmacogenomics and
Personalised Medicine in Psychiatry
Jerusalem, Israel
www.cinp2013.com

23-24 april 2013
Svenska BUP-kongressen
Hotell Tylösand, Halmstad
www.svenskabupforeningen.se/kalender_2013.html

3-4 maj 2013
54th Annual Meeting of the Scandinavian College of
Neuropsychopharmacology
Köpenhamn, Danmark
<http://scnp.dk/>

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

19-23 juni 2013,
World Psychiatric Association International Congress
Istanbul, Turkiet
www.wpaistanbul2013.org/

23-27 juni 2013
11th World Congress of Biological Psychiatry
Kyoto, Japan
www.wfsbp-congress.org/

29 juni – 3 juli 2013
21st World Congress Social Psychiatry
Lissabon, Portugal
www.wasp2013.com

6-10 juli 2013,
European Society for Child & Adolescent Psychiatry
Dublin, Irland

21-23 augusti 2013
110th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry
Kuopio, Finland
www.forpsyk.se/2012/06/26/nordic-symposium-on-forensic-psychiatry-first-announcement-21-23-aug-2013-i-kuopio-finland-10299743

14-18 september 2014
XVI World Congress of Psychiatry
Madrid, Spanien
www.wpamadrid2014.com

26-28 september 2013
4th European Conference on Schizophrenia Research
Berlin, Tyskland
www.schizophrenianet.eu

5-9 oktober 2013
26th ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology)
Barcelona, Spanien
www.ecnp-congress.eu/

23-26 oktober 2013,
8th European Congress on Violence in Clinical
Psychiatry, Ghent, Belgien
www.oudconsultancy.nl/GhentSite/ecvcp/Invitation.html

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



Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

Anne-Liis von Knorrings
Studentlitteratur, Lund 2012

Ett barnvänligt samhälle

Ju mer politiker och beslutsfattare inser att barns och ungdomars utvecklingsmöjligheter har avgörande betydelse för ett framtida samhälles funktion desto större intresse borde det finnas för psykiska problem hos unga och för de faktorer som bidrar till dessa problem och åtgärder för att förebygga dessa. Jag skriver "borde" för trots att det hävdas att de ungas välfärd står i fokus finns vid en närmare granskning ett gigantiskt utrymme för förbättringar.

Bidrag från BUP från olika infallsvinklar

I ett sådant arbete har såväl epidemiologisk som klinisk forskning, bland annat barn- och ungdomspsykiatrisk sådan, en stor roll att fylla, men även läroböcker i barn- och ungdomspsykiatri som tydliggör hur psykisk ohälsa hos barn och ungdomar kan beskrivas, förstås och behandlas och inte minst förebyggas. Inom det barn- och ungdomspsykiatriska fältet kombineras kunskap från biologiska, psykologiska, pedagogiska och sociala domäner och behandlingsarbetet är teamorienterat.

Kunskaperna kan dock vävas samman på olika sätt med olika fokus. I Anders Brobergs och medarbetares bok *Klinisk barnpsykologi* från 2003 tas utgångspunkten i "barn som är ledsna", "barn som är arga", "barn som är rädda" osv. Man söker sig fram bland annat med DSM-manualen som ett redskap. I Sören Hertz bok *Barn och ungdomspsykiatri – nya perspektiv och oanade möjligheter* som publicerades förra året är varpen i vilken DSM-diagnoser vävs in mer orienterad kring systemteori och interaktion (anmäld i Svensk Psykiatri 2012 nr 1).

I Anne-Liis von Knorrings nyutkomna bok *Psykisk ohälsa hos barn och ungdom* är utgångspunkten mer entydigt DSM-systemets förteckning över barn- och ungdomspsykiatriska diagnoser och kriterierna för dessa. Dessa tre böcker tar olika, varandra kompletterande grepp på ämnet. De vänder sig till professionella med intresse av området, Anne-Liis von Knorrings bok vänder sig dock till en större läsekrets inkluderande föräldrar.

Det förefaller som om man inom den barn- och ungdomspsykiatriska disciplinen är relativt överens om att det är osäkert om de traditionella tunga barn- och ungdomspsykiatriska störningarna ökat men att mindre allvarlig form av psykisk ohälsa framför allt av psykosomatisk natur ökar hos ungdomar, inte minst hos flickor. I boken görs ingen tydlig skillnad mellan dessa två nivåer av psykisk ohälsa.

Bokens fokus och uppläggning

Fokus ligger på de kliniska problembilderna, avsnittet angående barnets utveckling är stramt hållet så även beskrivningarna av olika behandlingsmetoder. Vad gäller farmakologisk behandling förs dock utförligare resonemang i tillämpliga fall.

Boken har en tydlig och enhetlig struktur med en klassisk medicinsk mall: klinisk beskrivning, komplikationer/samsjuklighet, differentialdiagnos, förekomst, orsaker, behandling och prognos. Utifrån denna mall beskrivs språk- och kommunikationsstörningar, ångeststörningar, affektiv sjukdom/förstämningssyndrom, psykosomatiska störningar, psykotiska tillstånd, missbruk kompletterad med avsnitt om trauma, övergrepp, flyktingproblematik/apatiska barn, adoption/fosterbarn samt prevention, fokuserad på barnens miljö. Sammanlagt berörs i texten ett femtiotal störningstillstånd och problematiken kring ett antal droger lyfts fram.

Texten är med tanke på ämnets komplexitet lättillgänglig även utan speciella förkunskaper. Den är informationsrik och väl disponerad. Den integrerar resultat från klinisk och epidemiologisk forskning med beskrivning av de viktigaste kriterierna för varje tillstånd på ett väl avvägt sätt. De kliniska exemplen tillåts ta utrymme vilket gör att läsare som är förtroga med fältet kan känna igen sig, även om man sällan kommer nära barnen i meningen att deras egen röst gör sig hörd med de tankar, känslor och föreställningar om sig själv och andra som är invävda i kärnan i deras lidande.

En fråga kring anknytning

Det saknas referenser i den löpande texten, dock finns en relativt kortfattad litteraturlista. I stort sett förefaller detta val vara konstruktivt. Den mängd data som utgör trådar i varpen i texten är så omfattande att konsekvent genomförd referering allvarligt skulle äventyra textens lättillgänglighet. På några punkter skulle det dock vara intressant att få tillgång till informationsbakgrunden. Det gäller bland annat avsnittet om störd anknytning som behandlas relativt kortfattat. Utgångspunkten här är hämmat respektive ohämmat beteende hos barn som utsatts för påtaglig omsorgsbrist. Utgångspunkten för resonemang kring anknytning brukar numera annars vara Bowlby/Ainsworths teoribildning framför allt med fokus på desorganiserad anknytning vilken tycks kopplad till såväl kumulativt trauma som utagerande beteende.

Sammanfattningsvis är det en väl skriven, avvägd och disponerad bok i vilken en erfaren kliniker och forskare ger sin bild av det komplexa fält som barns och ungdomars psykiska hälsa utgör. Även om den inte är avsedd för specialister i barn- och ungdomspsykiatri tror jag att kollegor kan ha glädje av den inte minst för att den innehåller rikligt med klinisk/epidemiologiska data, till exempel hur många barn och ungdomar i olika åldrar som tycks lida av vad utifrån DSM-systemets kriterier.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Foto: Carol Schultheis

Nyheter, levnadsvanor på turné och så kongressen!

Nyheter och nyheter

Vår arena - den psykiatriska vården - är ständigt aktuell. På gott och ibland på lite mindre gott.

De missförhållanden som hamnade i ett massmedialt strålkastarsken i radiodokumentären "Den fastspända flickan" slog ner som en bomb. På gott och med rätta! Det debatterades intensivt offentligt och i de så kallade sociala medierna. Jag hoppas att det ska fortsätta. Att vi på ett konstruktivt sätt ska bena i vår verksamhet och försöka hålla fanan högt, även om det många gånger ÄR svårt.

Med all rätta ska missförhållanden av sådant slag granskas, men jag skulle önska mig att även mindre sensationella och även de positiva nyheterna från psykiatrins område skulle hamna i ljuskäglan.

Som den tunga nyheten att öppenvård psykiatri är BÄST på att ta upp frågor om levnadsvanor med sina patienter. Jämförelsevis med psykiatrisk slutenvård, primärvård samt specialiserad slutenvård- och öppenvård.

Hur fint vore det inte om det slogs upp lite mer! En nyhet som visar att psykiatri fungerar modernt och i framkant, helt utifrån nya vetenskapliga rön och riktlinjer ifrån Socialstyrelsen. Det tror jag skulle öka på förtroendekapitalet för psykiatri.

Så tystnaden kring goda nyheter får stå för det mindre bra - om än inte det onda.

Levnadsvanor på turné

Än så länge så sprider vi kännedom och kunskap om både levnadsvanorna och den goda nyheten från Öppna Jämförelser här och i olika fora.

6 februari hade vi kanske all time high, med en heldag på Svenska Läkaresällskapet där ny forskning om levnadsvanor presenterades och vi var representerade. Samma dag var vi också bokade på SLUP-kongressen och fick prata både fysisk aktivitet och psykisk hälsa och levnadsvanor.

I pipe-line finns en 3-dagarsturné i Värmland i maj, där verksamhetschef Bengt Stenström bjudit in oss till att föreläsa för psykiatrins vårdgivare. Alla 600 kommer att bjudas in!

Samverkan

Vi jobbar på med att ni kollegor inom psykiatri ska känna till att riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder finns och att de "ska komma till användning". Med andra ord att kunskaperna om metoderna blir kända och verklighet i den kliniska vardagen och när den som ska nås - patienten.

Att frågor om rökning, fysisk aktivitet, alkohol och matvanor blir lika självklara att ställa som de om tidigare sjukdomar, läkemedel och andra vårdkontakter. Alla faktorer som är viktiga för att patienten ska kunna må bättre.



I vårt projekt drar vi vårt strå till stacken och har fokus på er kollegor i hela landet. På sikt vill vi också medverka till att hela det psykiatriska teamet runt patienten utbildas.

Så det finns många att nå och i bästa fall många som vill utbildas.

Men tack och lov så är vi inte ensamma i vårt uppdrag eller strävan.

Läkares samtal om levnadsvanor har systerprojekt hos både sjuksköterskor och sjukgymnaster. Vår ambition är att samverka med dem! Vi har också ett samarbete med dietister i psykiatri på gång. Det känns mycket angeläget, då råden kring kost har landat på "Kvalificerat rådgivande samtal" och det innebär att någon med särskild utbildning i kostfrågor bör ge råden och att det bör vara avsatt minst 30 min till samtalet.

Huvudansvaret för implementeringen ligger hos huvudmannen (landsting eller region) och ett samarbete mellan psykiatri lokalt och de ansvariga för den geografiska implementeringen är förstås också önskvärt. Säkert är det redan så i vissa landsting. Här kan vi i projektet bara visa på de olika "stigarna" som finns och bidra till att vi har ett väl utbyggt nät av ambassadörer i hela landet.

Precis det håller nu på att ske! Vi har de senaste veckorna träffat flera intresserade kollegor som tackat ja till att bli ambassadör i nätverket.

Till att börja med räcker det med att vara intresserad av området och vara beredd på att svara på frågor från kollegorna på hemmaplan så gott man kan och för övrigt hänvisa till oss i arbetsgruppen eller fråga oss. Man behöver också få mandat av chefen att använda lite tid till detta. Ha mejlkontakt med oss i arbetsgruppen och kanske viktigast - komma på vår första inspirationsdag. Den äger rum 31 maj i Göteborg kl 10-15, lokal mycket nära Centralstationen. De som anmält sig som ambassadörer kommer att få en personlig inbjudan. Du som skulle vilja bli ambassadör - kontakta mig!

Till sist; ta del av Levnadsvanespåret på kongressen! Vi har föreläsning både torsdag och fredag. Gå en introduktion i Motiverande samtal. Pausdansa!

Se programmet! Hoppas vi ses där!

Jill Taube
Psykiatriker och projektledare för Fysisk aktivitet på recept
och Handlingsprogram för övervikt och fetma (ansvarig för
psykiatrins vårdgivare) i Stockholms Läns Landsting
Projektledare för Psykiatrikers samtal om levnadsvanor
(nationellt).
CEFAM
08-524 88 675
070-484 62 83
jill.taube@sll.se

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen



Tips om en intressant psykotera­pidebatt!

Psykiatrikongressen 2013 kommer bl.a. att handla om psykotera­pi i psykiaterutbildningen. Jag vill då påminna om den debatt om psykotera­piobligatoriet som Läkartidningen publicerade för 11 år sedan. Argumenten kan fortfarande vara av intresse. Här nedan följer en lista över artiklarna.

Hans Bendz
Leg.läk, specialist i allmän psykiatri

Jacobsson Lars, Åsberg Marie.
Specialistutbildningen i psykiatri måste förändras. Slo­pa psykotera­piobligatoriet! 2002 nr 1 sid 76-7.

Berg Roland.
Behåll men förbättra psykiat­rens orienteringskurs om psykotera­pier! 2002 nr 5 sid 425-7.

Landén Mikael.
Det särskilda psykotera­piobligatoriet är dött: Länge leve psykotera­pin! 2002 nr 5 sid 427-8.

Cullberg Johan.
Är det diskriminerande att psykiatern ska veta något om psykologisk behandling? 2002 nr 5 sid 428-9.

Jonasson Ingegerd.
Lär av landstinget i Blekinge! 2002 nr 5 sid 429.

Bendz Hans.
Behåll psykotera­piobligatoriet - reformera ST-utbildningen i psykotera­pi. 2002 nr 5 sid 430.

Szecsödy Imre.
Ska svenska psykiatrer åter bli »halvbildade naturvetare»? 2002 nr 5 sid 431-2.

Schubert Johan.
En oundgänglig utbildning för blivande psykiatrer 2002 nr 5 sid 431.

Rousseau Andréas.
Behåll obligatoriet - förslag till åtgärdsprogram. 2002 nr 5 sid 432.

Perris Poul.
Låt inte psykiatrin falla på eget grepp. 2002 nr 7 sid 684.



Bengtsson Inga-Lena, Pauli Camilla, Pravitz Åsa, Rodhe Karin, Skantze Heidi, Willén Gudrun.
Själ och hjärna (mind meets brain) - argument för psykotera­piobligatoriet. 2002 nr 9 sid 946-7.

Lenestål Roland.
Obligatorium? Nej tack! 2002 nr 10 sid 1109.

Ringskog Susanne.
Psykotera­piobligatoriet bör gälla alla specialiteter. Bristfällig utbildning samhälls­ekonomiskt kostsamt. 2002 nr 13 sid 1503-4.

Hvittfeldt Tomas.
Psykotera­piobligatoriet – lägesrapport. 2002 nr 15 sid 1728-9.

Jacobsson Lars, Åsberg Marie.
Lars Jacobsson och Marie Åsberg svarar sina kritiker: Varför obligatorium när alla vill ha psykotera­piutbildning för blivande psykiatrer? 2002 nr 16 sid 1850.

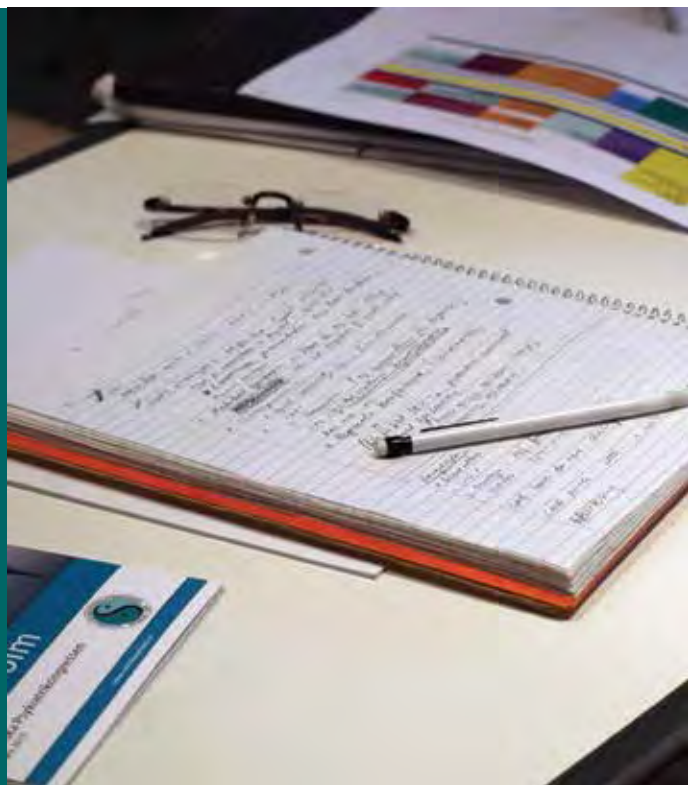
Annons

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



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.slpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



Psykiatri i Ungern, forna storheter och evidensbaserad medicin sida vid sida

Under september månad genomförde Tomas Fagerberg och Markus Takanen en resa i Cullbergstipendiets regi till Budapest, Ungern.

Resan genomfördes tillsammans men psykiatri betraktades ur två perspektiv. Tomas undersökte psykiatri/beroendevården för att studera kulturella skillnader i diagnostik och behandling. Markus undersökte beroendevården/psykiatri för att se hur gränssnittet mellan dessa fungerar i Budapest och Ungern.

Under studieresan besöktes två större sjukhus, Jan Ferenc-sjukhuset och Nyíró Gyula-sjukhuset. Utöver dessa större kliniker genomfördes studiebesök på ett centrum för socialpsykiatri och ett härbärge för hemlösa.

På Jan Ferenc-sjukhuset hade vi möjlighet att studera frågeställningar kopplade till psykiatrisk vård. På plats blev vi guidade av en ungersk psykiater vid namn Dr Linka Emse. Den psykiatriska kliniken låg i utkanten av ett stort sjukhusområde omgärdat av en vacker park. Resurserna såväl lokalmässigt (50-60 patienter per toalett och 6-8 per rum) som läkemedelsmässigt var strama även jämfört med andra specialiteter på samma sjukhus.

I kärnan är vi alla lika

Under studiebesökets gång kom det dock snabbt fram att de använde samma eller liknande riktlinjer för diagnostik, ICD/DSM-IV. Avseende behandling med både läkemedel och psykologiskt var psykiatri inte begränsad av kunskap (europeiska riktlinjer syntes genomsyra preparatval/metodval) utan av ekonomin. Under besöket på sjukhuset lyste även ett efter-ST-utbildningsprogram igenom och gjorde oss mer nyfikna på hur systemet fungerade.

Patienten i första rummet, alltid

Nästa plats vi besökte var en öppenvårdsmottagning i ett av Budapests fattigare kvarter med Dr Judit Harangaso som guide. På mottagningen bedrevs socialpsykiatrisk vård av hög kvalitet. Dagligen besökte 130 patienter mottagningen. Man erbjöd farmakologisk och psykologisk behandling. Även mer avancerad vård kunde bedrivas på plats då det fanns två inbyggda vårdplatser.

Trots hårt politiskt tryck för neddragningar på mottagningen kämpade personalen för sina patienter.

Nyfikna på hur utbildningen såg ut efter ST besökte vi Semmelweisuniversitetet. I de storslagna universitetslokalerna där historien låg tung fick vi se två sidor av detta. Dels efterutbildningen som innebär ett kontinuerligt krav på utbildning för att läkarna skall få behålla specialistkompetensen. Dels ett PhD-program med en nyfikenhet på svenska läkare som var inbjudande.

Den sammantagna bilden av psykiatri är att den är öppen och nyfiken.



Bild från Jan Ferenc-sjukhuset



Bild från en beroendeavdelning

Slutligen besökte vi ett härbärke där klienterna kunde få mat och uppehälle under dagtid och en läkare som hjälpte dem med vårdcentralsåkommor.

Trots ett stort antal människor som hamnat utanför samhället och en hög arbetsbörda lyste en otrolig vilja att hjälpa igenom och klienter och personal beskrev hur man under kalla vintrar inhyste patienter efter arbetstid av överlevnadsskäl.

Att få en komplett bild av gränslandet beroendevård/psykiatri var svårt men sammanfattningsvis kan vi konstatera att i en miljö där resurserna är knappa är det av största vikt att försvara våra två svaga patientgrupper såväl på ett politiskt plan som genom att sitta den där extra timmen på fredagen.

Vi är tacksamma för att ha fått privilegiet att fördjupa vår förståelse för specialiteten och skaffa oss erfarenheter och en ökad ödmjukhet. Det är något som kommer följa med oss och gagna oss i vår kliniska gärning framöver. Tack Johan Cullberg och ett stort tack till våra värdar i Budapest.

**Text och foto:
Markus Takanen
Tomas Fagerberg
ST-läkare Stockholm**

Personalen kämpar för sina patienter och använder sig av alla till buds stående medel för att lösa vad som bitvis kan tyckas en utmaning av stora mått. Behandling och diagnostik begränsas inte av kunskap utan resurser.

I gränslandet

Genom Dr Linka Emse fick vi kontakt med Dr Petke Szolt på Nyíró Gyula-sjukhuset. Dr Szolt var specialist inom beroendemedicin och kunde med sitt omfattande kontaktnät ge oss en bra bild av beroendevården i Budapest.

Första anhalten inom beroendevården vi besökte var en metadonverksamhet på sjukhusområdet. Där hämtade 800 av Budapests 1300 metadonpatienter sin medicin. En frustration hos personalen var att inga resurser fanns för att hjälpa patienterna med boende och sysselsättning. Hemlöshet, sidomissbruk och höga suicidtal var en del av vardagen. På samma sjukhus låg två avdelningar för avgiftning och en tillnyktringsenhet. Personalen vittnade om sociala problem som störde vården och möjligheten till vård. Efter att ha besökt psykiatriska avdelningar kunde vi jämföra de två.

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **15 maj**

Annons

Rapport från studieresa till Reykjavik

Sambanden mellan hälsa, samhällsekonomi och ekonomiska cykler är fortfarande i stora delar höljda i dunkel. På senare år, inte minst genom amerikanen Christopher Ruhms forskning, tycks konsensus ha vuxit fram kring en procyklisk relation där de flesta sorters sjuklighet faktiskt ökar i goda ekonomiska tider. Detta antas bero på att folk då arbetar och stressar mer, rör sig mer i trafiken, har mer pengar att spendera på alkohol osv. När det gäller psykiatrisk sjuklighet är dock förhållandet snarare det omvända: många studier tyder här på ett kontracykliskt förhållande, så att t.ex. fler tar sitt liv i dåliga tider. Det senaste året har det kommit flera rapporter från olika europeiska länder om ökade suicidtal i eurokrisens spår. Även då man studerar mer specifika faktorer så som arbetslöshet är bilden komplex. Att förlora jobbet ökar generellt sett risken för depressivitet etc. Det tycks dock vara en större psykisk belastning att bli arbetslös i goda tider än i dåliga tider – sannolikt är det mer stigmatiserande att förlora sitt arbete i tider då ekonomin trots allt går på högvarv och det drabbar då oftare personer med en psykisk skörhet i botten.

Hur dessa epidemiologiska kunskaper bör omsättas i praktiken under pågående ekonomisk recession tycks vara än mindre utforskat. WHO publicerade 2011 översiktliga rekommendationer där man bl.a. framhåller att det i längden sannolikt är dyrare för samhället att skära ner på psykiatrin än att bibehålla en fungerande offentlig sektor i kristider. Några mer specifika riktlinjer för hur en fungerande vård kan säkerställas i dessa lägen finns dock inte.

Den isländska bankkrisen är intressant av flera anledningar. Liksom den löpeld av sammanhängande ekonomiska kriser som drabbat världsekonomin sedan 2007-2008 rörde det sig i fallet Island i grund och botten om en likviditetskris, där isländska privata storbanker grovt övervärderat sina tillgångar genom utlåning mot tveksamma säkerheter och höggradig exponering mot utländska marknader. Bankerna växte under 2000-talet till uppemot tio gånger Islands bruttonationalprodukt. När förtroendet för dem sedermera vacklade under den globala finanskrisens inledande skede hade den isländska centralbanken ingen möjlighet att gå i god för dem. I början av oktober 2008 kollapsade det isländska banksystemet helt.

Även om det de facto rörde sig om ett utdraget förlopp så upplevde de allra flesta islänningar att bankkrisen drabbade dem från den ena dagen till den andra. Under de år då den isländska ekonomin blomstrade hade varningssignaler sopats under mattan och man hade vant sig vid stark ekonomisk tillväxt och billig lånebaserad konsumtion som något närmast naturgivet. När så statsministern plötsligt en kväll stod i tv och förklarade att bankerna kollapsat tycks en närmast apokalyptisk stämning ha utlösts. Ur forskningssynvinkel innebär detta hastiga scenario att det är förhållandevis enkelt att jämföra före och efter: under den första oktoberveckan 2008 var Island till det yttre ekonomiskt välmående, under den andra oktoberveckan var landet i djup ekonomisk kris.

Även hanteringen av den isländska krisen skiljer sig från flertalet övriga exempel de senaste åren. Den isländska staten hamnade snabbt i konflikt med framför allt Storbritannien och Nederländerna, som företrädde egna sparkunder vars pengar försvunnit i bankkollapsen och som nu önskade ersättning via Islands centralbank. Till följd av oklara internationella regler och en stark inhemsk opinion mot att isländska staten skulle ersätta utländska sparkunder har några omfattande sådana återbetalningar ännu inte skett. Island har erhållit stora stödlån av Internationella valutafonden och har trots en hel del nedskärningar i den offentliga budgeten på det hela taget lyckats undvika mer drastiska sparpaket av det slag som drabbat länder som Irland och Grekland. I och med detta har man också i stora delar följt WHO:s rekommendationer enligt ovan.

Trots att olika ekonomiska kriser naturligtvis har olika förutsättningar är det idag omöjligt att se på ekonomisk recession som isolerade nationella fenomen, vilket de senaste årens turbulens tydligt visat. De lärdomar man kan dra utifrån fallet Island är viktiga även för svensk ekonomi och svensk sjukvård. På Island initierade man snabbt ett omfattande projekt för uppföljning av bankkrisens effekter på folkhälsan i stort och den psykiatriska hälsan i synnerhet, och de börjar nu kunna utvärdera sitt material.

Tack vare stipendiepengar från Johan Cullbergs resestipendium för ST-läkare har jag under oktober 2012 haft möjlighet att besöka med dr Arna Hauksdóttir vid folkhälsoinstitutionen vid Islands universitet för att ta del av detta arbete. Jag har under mitt besök i Reykjavik bl.a. deltagit i forskningsseminarier vid universitetet, besökt den psykiatriska kliniken för att ta del av deras arbete och organisation och träffat en rad tjänstemän vid Islands kombinerade motsvarighet till Socialstyrelsen/Folkhälsoinstitutet – allt för att skapa mig en så bred bild som möjligt av vad bankkrisen har inneburit ur ett psykiatriskt folkhälsoperspektiv och hur man har hanterat situationen.

För att kort sammanfatta vissa av de resultat som har påvisats: Under de första veckorna efter bankkollapsen noterade man att fler islänningar uppsökte vården pga. akuta hjärtåkommor, vilket tros ha varit relaterat till stress och oro. I uppföljande folkhälsoenkäter där man bl.a. har jämfört olika psykiatriska variabler före och efter krisen har man sett att psykisk stress såväl som självskattade depressiva symptom har ökat i krisen spår. Av någon anledning tycks isländska kvinnor ha drabbats hårdare än män, vilket delvis går stick i stäv med internationell forskning. Huruvida faktiska depressiva episoder har förelegat hos dessa personer låter sig naturligtvis inte mätas via enkäter, men det är rimligt att anta att resultaten speglar en ökning även i fråga om kliniskt signifikant depressivitet.

Dessvärre tycks det inte bedrivas någon mer omfattande klinisk forskning kring detta inom den isländska psykiatrin. I fråga om rökning och alkohol har konsumtionen tydligt minskat efter bankkollapsen, vilket sannolikt till stor del hänger samman med ökade priser; detta i ett land där alkohol och tobak redan före krisen var dyrt till följd av det isolerade geografiska läget med generellt höga importkostnader. Man granskar just nu resultaten av en ytterligare uppföljande folkhälsoenkät som har skickats ut under 2012, där man förhoppningsvis kan dra fler slutsatser kring långtidseffekter i fråga om psykiatrisk sjuklighet.

Det har för mig varit oerhört inspirerande att som en del av min ST få göra denna utblick och ta del av både forskning och klinisk verksamhet på plats i Reykjavik. Jag vill varmt rekommendera andra ST-läkare att söka Johan Cullbergs resestipendium kommande år!

Mattias Strand
ST-läkare
Psykiatri Södra Stockholm



Foto: Carol Schultheis

Minska stress med Metakognitiv terapi (MCT)

MCT är en ny psykoterapimetod som utgör effektiv behandling vid många typer av psykiska svårigheter såsom stressproblematik, ångest och depression. Metoden är en vidareutveckling av KBT. Begreppet metakognition står för tänkande om tänkande och tydliggörande av hur tänkande påverkar vårt mående. Metoden inriktar sig på att öka förmågan till perspektivtagande på tankar och känslor och finna strategier för att inte fastna i negativa tanke- och känslospiraler. Tänkande som kännetecknas av oro anses centralt vid många former av psykiskt lidande. Orsaken till lidandet bedöms inte vara innehållet i tankarna som oron kretsar kring utan den utdragna oron i sig. Ett exempel är en person som är stressad i arbetet och oroad för att inte hinna klart vissa uppgifter. Det är då inte bara uppgifterna i sig som tar kraft utan även den oro som är aktiverad parallellt med uppgifterna. Allt mer energi kan gå åt till oro utan att personen är medveten om de långsiktiga konsekvenserna. I MCT försöker man skilja ut *hur* vi tänker (t.ex. oro) från *vad* vi tänker (t.ex. innehåll i en uppgift) och hur detta påverkar måendet.

Stress på arbetet, tidsbrist och rädsla för att inte lyckas kan aktivera oro som är svår att lämna när man går hem från arbetet. Den som arbetar sent får mindre tid till återhämtning och kan i förlängningen få svårt att komma till ro för att sova på natten eller vaknar allt tidigare och tänker på arbetet. Oro har en aktiverande funktion på kroppen och kan få oss att töja på våra behov av vila. Kortsiktigt kan den användas för att utföra fler uppgifter. Om oron är igång för ofta tar den dock kraft som skulle kunna användas till uppgifterna. Det uppstår negativa spiraler och balansen mellan arbete och återhämtning rubbas. Trötthet gör det också svårare att koncentrera sig vilket kan förstärka oron ytterligare.

Oro beskrivs som en tankestil som vi kan fastna i och som lätt sprider sig till nya områden. Att ägna sig åt oro för arbete på fritiden kan också göra det lättare att oro sig för privata göromål. Det kan finnas praktiska eller relationsmässiga frågeställningar som tar mycket kraft och som inte är lätta att lösa. Problemlösningstänkande kan vara igång utan att det ger resultat. När det uppstår ett tillfälle att påverka problemet konkret kan man vara helt utmattad av all oro.

Att ta ett steg tillbaka och uppmärksamma oro, som ett sätt att tänka, är en strategi som används i MCT.

Tydliggörande av tankemönster och hur dessa påverkar måendet skapar förutsättningar för att utforma alternativ. Experimenterande med förhållningssätt till tankar kan göra att måendet utvecklas på ett nytt sätt.

Den person som har lätt att säga ja till många uppgifter i arbetet eller privat kan ha fått positiv bekräftelse från omgivningen. Att ta på sig mycket blir en vana och förväntningarna från omgivningen kan öka. Först långt senare kan symtom börja visa sig i form av utmattning och sömnsvårigheter.

MCT används för att återställa den naturliga inre balansen mellan aktivitet och återhämtning, som vanligtvis är självreglerande. Vid utdragen stress får kroppen svårare att uppnå balans. Personer som vant sig vid att göra många saker samtidigt och snabbt flyttar uppmärksamheten mellan olika uppgifter kan överutnyttja sin kapacitet. I MCT använder man sig av tekniker för att medvetandegöra kopplingen mellan uppmärksamhet och mående.

Ett sätt att minska stressen är att träna på att styra uppmärksamheten. Man lär sig då att följa uppmärksamheten och fokusera en sak i taget. Att öva sig i att samla, flytta och dela uppmärksamheten ökar flexibiliteten. Syftet är att tydliggöra hur man kan fördela sin kraft och vilken långtidseffekt detta har på måendet. Om det är stress på arbetet som är huvudkomponenten kan man så småningom göra övningar på arbetet. En vanlig uppgift är att ta reda på hur man mår när man gör något fokuserat under en avgränsad tid. Om det påverkar måendet positivt går man vidare med att generalisera resultatet till flera områden.

Också metaforer används för att utveckla strategier för att hantera stress. Man kan exempelvis jämföra sinnet med en tågstation som är full av aktivitet. Det passerar tåg på stationen som representerar tankar och känslor. I metaforen står man kvar som passagerare på stationen och observerar tågen som passerar utan att följa med den. Att kliva på och följa med ett tåg leder till att man kan hamna på platser, i tankar och känslor som man inte vill komma till. Det har utvecklats ett antal metaforer för att konkretisera alternativen till att dras med och fastna i laddade tankar och känslor. Målsättningen är att kunna observera innehållet i medvetandet utan att reagera på det.

MCT skiljer sig från traditionell KBT där man inriktar sig på innehållet i negativa tankar. Den skiljer sig också från mindfulness-meditation som innebär ett mer generellt accepterande av tankar.

Inom MCT har det utvecklats ett antal specifika behandlingsmodeller för svårigheter som ångest, depression, tvångssyndrom och posttraumatisk stress men det har också utvecklats en generell behandling för lättare psykisk problematik. Forskningen om metoden växer och styrker dess effekt på olika typer av psykiskt lidande. Om man vill läsa mer om MCT, dess likheter och skillnader gentemot annan KBT, finns nu i svensk översättning Metakognitiv terapi (2011) av Fisher och Wells.

Ola Brar

Leg. psykolog, leg. psykoterapeut

Verksam vid LidingöDoktorn och Psykologmottagningen vid Sophiahemmet.



Foto: Carol Schultheis

Du som är medlem i SPF:

Du har väl inte glömt att registrera Dig och få åtkomst till CPD Online från Royal College of Psychiatry?

Gå till vår hemsida

www.svenskpsykiatri.se



Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

Nordic Journal of Psychiatry online

CPD Online

The psychiatrist

Läs mer på hemsidan under "medlem" där Du också kan registrera Dig för både Nordic Journal och CPD Online

www.svenskpsykiatri.se

Rapport från SFBUP's verksamhetschefsmöte februari 2013

SFBUP ordnar varje år ett möte för landets verksamhetschefer och chefsöverläkare eller ledningsansvariga läkare. I år var inget undantag. 50 personer kom till årets möte. Det blev många intensiva diskussioner där man dryftade gemensamma bekymmer och kunde ta del av positiva exempel som finns i verksamheterna.

En viktig fråga i år var läkarrekryteringen. Sven Ernstsson inledde med en informativ presentation. Huvudbudskapet var att det är stor brist på barnpsykiatriker och att det inte går att bedriva bra barnpsykiatri utan barnpsykiatriker vid ratten. Hur skall vi göra yrket mer attraktivt, locka unga läkare till yrket och sedan få dem att stanna? Här kom det många synpunkter och förslag. Det är lättare att rekrytera om man är fler läkare på en mottagning. Det behövs en bra introduktion, vilket man ofta hoppar över. Man skall ha lagom mycket uppdrag och hjälp med administrativa uppgifter som t.ex. att kalla patienter. Att arbeta med sjuksköterskor som kan följa upp medicinering är ovärderligt. Ansvarsfördelningen skall var tydlig, ansvar och befogenhet måste gå hand i hand. Detta gäller inte minst arbetet kring remiss- och behandlingskonferenser. Man får inte glömma bort det "konstnärliga hantverket" och att läkaren måste arbeta ihop med teamen. Det är annars lätt att man blir ensam och får rollen som "konsult". Ett problem som uppstått är att det inte finns tillräckligt med tjänster och handledare för att anställa ST-läkare som är intresserade. Detta innebär att den paradoxala situationen uppstår att trots att det är brist på barnpsykiatriker så kan det vara svårt att få en ST-tjänst.

Inte minst gäller det att intressera läkarstudenterna för barnpsykiatri. SFBUP har därför bjudit in företrädare för akademien och Stefan Lindgren, som är regeringens utredare av framtidens läkarutbildning, till ett möte i samband med BUP-kongressen i Halmstad för att diskutera barnpsykiatriens roll i läkarutbildningen.

Liksom tidigare år kom Ing-Marie Wieselgren från SKL till mötet. Hon lovade att SKL kunde bekosta en reklamfolder för att locka unga läkare till barnpsykiatri om vi kunde enas om en beskrivning hur en bra barnpsykiatri skall vara. Styrelsen tar till sig denna uppgift.

Ing-Marie informerade om de prestationspengar som Socialdepartementet har beslutat för att stimulera och styra verksamheterna med. Nytt för i år är två grundkrav. Att man skall ha en övergripande överenskommelse mellan kommun-landsting och att man skall ha en samlad information till barn och unga hur man söker hjälp för psykisk ohälsa, t.ex. en bra hemsida.



Sven Ernstsson är orolig för läkartillgången

För att få prestationspengar blir det krav på kommuner och landsting att gemensamt upprätta "SIPar" d.v.s. en Samlad Individuell Plan för patienter som behöver hjälp från både socialtjänst och BUP. Förutom dessa prestationspengar betalas fortfarande pengar ut om man klarar den förstärkta vårdgarantin.

Tillsammans med Ing-Marie kunde vi från styrelsen informera om att vi börjat skriva på nationella riktlinjer för handläggning av depression. När riktlinjerna är klara kommer SKL att hjälpa till att implementera dem bland annat genom att ta fram utbildnings- och informationsmaterial som vi sedan kan använda i en kaskadutbildning ute på klinikerna. Vi hoppas att komma igång med utbildningen till nästa vår och vi känner ett stort stöd från verksamhetscheferna.

I år hade vi bjudit in Läkemedelsverkets Viveka Odling och Elin Kimland som kom och informerade oss. Många av våra läkemedel skrivs ut "off label", vilket gäller de flesta läkemedel som skrivs ut till barn. I praktiken betyder det att det inte finns tydliga indikationer i FASS-texterna. Läkemedelsverket hade i mars 2012, i samarbete med vår förening, bjudit in till ett expertmöte där vi samlade den kunskap som finns i dag. Konklusionen av detta möte finns dokumenterad i Läkemedelsverkets informationstidning. Sammanfattningsvis ville man från Läkemedelsverket uppmåna oss att rapportera biverkningar, och följa upp medicineringen med utvärderingar samt koncentrationsmätningar när det låter sig göras. Framför allt ville man trycka på vikten av uppföljning av neuroleptikamedicinering. Här kan vi rekommendera det PM som finns på föreningens hemsida.

Mötet avslutades med att vi bestämde att mötas igen den 6-7:e februari 2014 på samma plats.

Dessförinnan kommer verksamhetscheferna att ha sitt eget möte 19-20:e september i Marstrand. Gerd Karlsson och Katarina Andersson från Västra Götalandsregionen blir värdar för mötet. Förslag på punkter att ta upp på detta möte var bland annat nationella riktlinjer, tvångslagen, BUP-registret, gränsdragningen mellan LVU-LPT och ST-läkarnas utbildning.

**Lars Joelsson,
Ordförande i SFBUP**

Not

Enligt Sven är bilden med hunden vid ratten hämtad från nättidningen svenskbladet.se, dock utan text.



Foto: Shutterstock Piotr Wawrzyniuk

Gärna ett recept eller två, men bara på mediciner tack!

Under våren 2013 sker som bekant stora satsningar på att förbättra folkhälsan i Sverige och sjukvården har i linje med det ålagts ett uppdrag att ägna sig mer åt hälsofrämjande åtgärder. Det är i princip bra, många goda intentioner ligger bakom detta initiativ. Men som alltid står olika värden mot varandra och det är politikens uppgift att lyfta fram vissa värden på andras bekostnad. Och här har något gått galet, en märklig rockad har skett: sjukvården har fått en mycket framskjuten position kring frågor som egentligen ligger utanför dess domän. Dessutom på ett så olyckligt sätt att det hotar att delvis minska tilltron till den egna kärnverksamheten. Problemet är att sjukvården uppmuntras träda för långt in på andras områden, såsom att legitimera andras verksamheter enligt en tillkämpad logik: hälsologiken. Som egentligen är sjukvården lite främmande. På goda grunder enligt mitt förmenande. Det tydligaste exemplet kring detta är väl att sjukvården förväntas skriva recept på aktiviteter utanför sitt kunskapsområde. Den enkla tanken verkar vara att man använder sig av receptets status för att på så vis öka genomslaget för det sunda förnuftet. Men folk betalar inte skatt för att bli uppfostrade, och framför allt inte av en institution som inte har legitimitet i sakfrågorna. Sjukvården riskerar att göra en löjlig figur, och det är synd på en så hedervärd, oumbärlig och hårt arbetande institution.

Detta skriver psykolog Anders Almingefeldt, i alla fall i början av artikeln. Innan han uppmärksammat svagheterna i det egna resonemanget.

Sjukvården skall återuppfinna livet i alla dess former lyder påbudet. Regeringen har drabbats av en Lidnersk knäpp och förstår nu allt för första gången, i sin egen rätt, med sin egen vokabulär: att andra har talat om dessa saker, på andra sätt, i alla tider, verkar de vara okunniga om. Och nu skall alltså hela livet plötsligt receptbeläggas. Tyvärr har de tongivande representanterna för sjukvården tänkt i samma banor, detta trots att många givetvis delar min kritik av denna utveckling – mina tankar kring detta är inte på något sätt nya eller kontroversiella.

Man har således upptäckt att det finns en värld utanför sjukhusets byggnader, de tror att de beträder jungfrulig mark, de inser värden som för alla andra är självklarheter, de ser att hjulet är runt och ropar ut denna storstilade insikt: när de lämnar sjukdomarnas område verkar de vara helt vilsna.

De vill ge sitt klartecken för allt gott de ser: med receptblocket i högsta hugg.

Jag är väl medveten om att det stora flertalet inom sjukvården är lite generade inför denna utveckling, seriösa kliniker vägrar också ägna sin arbetsdag åt dessa tokerier. Så man kan se kritiken som en naturlig reaktion från många av oss som förväntas administrera detta paketerade sunda förnuft.

Livet innehåller en mängd värden, och det gäller att klokt vidarebefordra dessa värden till kommande generationer och försvara dessa värden plats. Om det råder inget tvivel. Man kan bara nämna institutioner såsom skola, biblioteksväsende, idrottsföreningar, akademien, och institutionerna för de sköna konsterna som blivit tilldelade uppgiften att värna, försvara och förvalta ett eller flera av dessa värden. Och när de under ett antal generationer utfört denna uppgift har de gjort värdefulla erfarenheter. I sin egen rätt. De har skaffat sig en legitimitet kring sina frågor.

Och sedan skall plötsligt sjukvården legitimera andra värden än det egna med sitt mycket begränsade hälsoperspektiv: idrott och rörelse blir bara en fråga om hälsa, kulturupplevelser blir bara en fråga om hälsa. För att nämna de mest uppenbara exemplen. Man förväntas göra en god gärning genom att man legitimerar andra verksamheter med sin hälsostämpel. Som att man förfogar över det överordnade värdet. Detta görs i all välmening, men man maler samtidigt ner allt enligt den egna vokabulären – enligt en logik där värdet alltid placeras där hälsan gynnas.

Man kan tro att de lyssnat på den svenske filosofen Torbjörn Tännsjö – han har i sitt filosoferande renodlat nyttoaspekten – som driver tesen att lycka som värde står över frihet.

Detta påbjuder sjukvården att göra folk lyckliga även mot patienternas vilja. Finns det något att erbjuda människan som gör henne friskare och lyckligare så skall den behandlingen inte bara ordinerar utan till varje pris bibringas patienten, även mot dennes vilja. Patienten vet ju inte sitt eget bästa: lyckan är enligt denna logik överordnad friheten. Recept på ett bättre och lyckligare liv kan man därför inte skriva ut för få av.

Där är sjukvården ännu inte, men om man extrapolerar dagens utveckling är vi på väg åt det hållet: allt som är bra skall erbjudas, andra värden får stå tillbaka. Att folk vill ta en cigg på kvällen och fundera lite över allt och inget är inte sunt alls. Det måste de informeras om. Som om de inte visste att det är hälsofarligt att röka. Men det kanske tillför andra värden. De står ju där och röker. Och att folk vill använda sin tid till annat än att springa på gymmet ses väl snart som ansvarslöst. Men det fanns en tid då folk diskuterade annat än träning vid morgonfiket, tro det eller ej: det har funnits och finns fortfarande andra frågor i livet.

Man kan också höja tonen en oktav och hävda att allt som är bra är bra. Eller för att tydliggöra: allt som är bra är faktiskt jättebra. Även om några vägrar inse det. De som inte förstår detta är dumma i huvudet och vi får därför tjata hål i huvudet på dem. Det är nu vår tilldelade uppgift i sjukvården.

För en del kommer detta välmenande tonfall i värsta fall bara att innebära en dubbel påfrestning. Inte nog med att deras sätt att leva ifrågasätts – och att deras sätt att sortera värden enligt sin egen hierarki ersätts med en konventionell syn på livet – utan de kommer dessutom att utsätta sig för risken att misslyckas med att följa dessa anvisningar: ett dubbelt misslyckande således. Om man betänker det enkla faktum att folk ständigt blir mer överviktiga och samtidigt aldrig har varit större experter på sin kropp och vilken kost som är att föredra så borde väl någon tänka tanken att det hela är mer komplicerat än så. Eventuellt laddar man frågorna kring hälsa så att det i sig inbjuder till att bli ett problem. Likt logiken att rökaren inte sällan dras ner i rökningen på allvar först när han eller hon försöker sluta.

Men man genererar sig inte: man ropar ut sina självklarheter och tror sig göra en god gärning.

Att gå i skogen är bra, det skall folk därför uppmuntras till. Inte utifrån ett intresse för naturen, utan för hälsans skull. Det blir ett recept. Att ta på sig ordentligt när man går ut en kall vinterdag är bra för hälsan: det blir ett recept. Att vara rik är bra för hälsan: därför skrivs ett recept ut på hur man skaffar pengar. Att vara ung är bra för hälsan: ett recept skrivs ut på hur man håller sig ung. Att gå på konstutställningar och att läsa böcker är bra, inte för att det tillför värden kring frågan vad det innebär att vara människa och en glädje över det sköna utan bara för hälsans skull. Det blir ett recept.

Sedan kanske man känner sig lite busig, det finns ju studier kring att folk som har sex regelbundet mår fysiskt bättre: därför skriver man ut recept på sex. Värden såsom kärlek, lust och att utforska något tillsammans med någon annan är totalt frånvarande. Istället: allt för hälsan. Och i linje med att en av de viktigaste beslutsfattarna bakom denna hälsosamma välvilja är kristdemokrat dröjer det väl inte länge innan man skall bli kristen på recept: det är helt uppenbart bra för hälsan. Att uppleva att det finns en mening med ens liv och att någon vakar över ens öde är i allra högsta grad hälsobringande, människan verkar behöva en transcendent nivå för att må bra här nere på jorden. Och skulle man till äventyrs göra en studie på börens effekt för välbefinnandet skulle det sannolikt göra rent hus med de flesta psykiatriska behandlingsmetoder.

Men nu hajar många till, kyrkliga som inte kyrkliga: så kan man väl inte göra. Men så blir det när alla andra värden får stryka på foten, när hälsa är den enda gångbara valutan och kan därför överordnas vad som. Där är vi inte ännu, men man har redan börjat diskutera tanken kring kultur på recept. Sjukvården skall alltså med sin valuta gå i god för alla andra värden.

För att se det absurda i hela resonemanget vänder vi ett slag på det: tänk om någon annan institution skulle legitimera sjukvårdens kärnverksamhet, såsom att operationer, ingrepp och behandlingar är bra då de tillför ett estetiskt värde till samhället. De konstnärliga institutionerna uppmuntrar alltså sina elever att söka vård: de uppfattar ett estetiskt värde i sjukvårdens behandlingar. Detta kanske är att dra resonemanget mer än lovligt långt: men frågan är viktig och vi bör därför unna oss att dra det hela till sin absurda slutpunkt. Inte minst då ovanstående tankar just nu är förvånansvärt frånvarande i debatten, trots att jag tror många tänker dem.

Hälsan har ohälsosamt konkurrerat ut andra väsentliga värden.

Jag tvekar dock inte en sekund på att god sömn, att äta måttligt och regelbundet, att ta del av kultur, och så vidare är välgörande för hälsan. Det jag reagerar på är att det är rena självklarheter samt att man drar löje över sin egen verksamhet med detta konstiga förfarande att skriva recept på dessa aktiviteter. Man lånar sig av receptets status – vilket det har på goda grunder, utskrivna recept på mediciner har genom historien haft stort värde för människor – och tänker att denna receptets status skall ge lite glans åt ett enkelt råd såsom att sköta om sin kropp medels att t.ex. röra på sig. Min mycket enkla tanke är således att sjukvården bör återgå till sin ursprungliga syssla: att bota sjukdomar. Sjukvården har en lång gedigen historia kring handhavandet av sjukdomar, kring de frågorna har de en legitimitet. Andra institutioner får sedan legitimera sin egen syssla.

Jag går gärna en sväng i skogen, kör ett intervallpass på elljusspåret, besöker en gudstjänst och om lyckan står mig bi så blir det även lite älskog emellanåt. Gott så. Men recept på det undanbedes å det bestämdaste. Det är vad jag tycker, men jag vet förstås inte mitt eget bästa. Kanske skall jag upplysa mig själv när jag ändå är i farten och upplyser mina patienter om vad ett gott liv innehåller: jag är ju en förvirrad människa som bara väntar på att bli upplyst.

Men nu gör jag väl det lite lätt för mig: att kritisera något är ibland att ta den genaste vägen.

Och här har ett antal personer de facto gjort skillnad, de har försökt flytta gränserna för vad den traditionella sjukvården skall ha för uppgift. Det är ju – när man tänker efter – något väldigt kreativt över hela projektet. Och nytt, och allt nytt är inte dåligt – långtifrån.

Det slog mig plötsligt när jag skrev ihop min argumentation att jag på förhand visste vad jag skulle säga, och det är ju inte förenligt med ansatsen att i text tänka igenom en företeelse. På allvar. Det vore som att vara anställd att tycka något givet, så kan vi ju inte ha det. Då skall man lägga ner pennan. Och kanske min dolda förhoppning var att just skriva mig fram till en annan position, jag var lite trött på mina egna ord, det gick lite rundgång i mina tankar. Minst sagt. En del av mina liknelser var ju bara retoriska och föga innehållsrika, och en del av mina argument mer än lovligt sökta – och alla fakta var dessutom inte helt korrekta. Det kan vi så här i efterhand konstatera.

Andra fakta måste därför etableras; viktiga kompletteringar måste göras.

Tanken kring hälsofrämjande åtgärder i sjukvården är inget nytt påfund, vad som sker denna vår är bara konsekvensen av ett långt mödosamt arbete; det hälsofrämjande arbetet har varit med som en bärande tanke i sjukvården under lång tid, och 1982 fick hälsan plats jämte sjukvården även namnmässigt, det benämns ju Hälso- och sjukvårdslagen: inget annat. Och portalparagrafen i denna ramlag talar sitt tydliga språk: *Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.*

Och de områdena man nu satsar på – fysisk aktivitet, bra matvanor, tobak och alkohol – var det ju Socialstyrelsen, och ingen annan, som valde utifrån att det var de områden som utifrån ett sjukdomsperspektiv orsakade mest elände och där det fanns evidens för att förändringar skulle få stort genomslag på hälsotalen. De är strategiskt valda, man har inte direkt snurrat på en tombola precis. Områdena är väl värda att uppmärksammas.

Och idén kring kultur på recept är troligen inget sjukvården driver: det är väl snarare Kulturdepartementet som ser det som en realpolitisk möjlighet att få mer resurser till sitt område. Och om kultur på recept kan inbringa mer pengar till kulturen så inte mig emot. Ibland helgar ändamålet medlen. Kultur är ju alltid skoj. Särskilt när man är sjuk.

Och när man tittar igenom regeringens skrivelse "En folkhälsopolitik med människan i centrum" från 2011 så blir man snarast glad: i den förenas en god vilja med ett genomtänkt och bärkraftigt resonemang. Skrivningarna synes väl genomtänkta, sedan är det alltid en svårighet att bevara den goda intentionen när någon annan skall implementera det hela på lokal nivå. Man skall ju inte döma ut en tanke utifrån att den i verkställandet och utförandet är behäftad med barnsjukdomar.

Denna satsning på fysisk aktivitet, sunda matvanor, och minskat bruk av alkohol och tobak är på ett sätt också ett lågriskprojekt. Staten smörjer systemet med kunskap kring områden där det redan existerar en befintlig struktur där dessa frågor förs på tal. Inga mängder pengar kastas i sjön även om det inte ger något större utfall, allt som allt satsas inte mer än drygt 20 miljoner per år under några år som framför allt via Socialstyrelsen - och i mindre utsträckning Livsmedelsverket och nätverket "Hälsofrämjande sjukhus" - skall användas till kunskapsspridning. Styrmedlet är alltså kunskap. Sedan kommer väl säkert något landsting koppla något ersättningsystem till det så att det verkligen utförs: inte nog med att idén är bra, den måste dessutom tvångsinföras. I de flesta andra sammanhang är det ett tecken på att idén inte är så snillrik. Men kring det tänker några annorlunda.

Sedan är, som de flesta frågor, denna fråga också behäftad med tudelningen mellan vi och de andra: vi privilegierade kan unna oss att missköta oss lite då och då, i grunden sitter vi säkert. Vi är inte lika exponerade för livets orättvisor som många av till exempel de psykiatriska patienterna är. Det hela är i högsta grad en klassfråga. Många har hamnat i en rävsax: dålig ekonomi, dålig psykisk och fysisk hälsa, dåliga vanor, missbruk, sociala problem, arbetslöshet, och så vidare. Där allt sammantaget gör även en liten förändring så mycket svårare att genomföra. De är många gånger medvetna om sin destruktiva livsföring men har inte kraften att göra någon väsentlig förändring. Sedan finns det enligt uppgifter från dem som jobbar med detta dagligdags också en grupp i psykiatrin som är märkbart okunniga kring basala samband mellan hälsa och livsföring. Och inte minst hur man genomför en förändring kring dessa frågor. Erfarenheterna är att de flesta patienter är tacksamma att få tillfälle att med någon kunnig person få hjälp med att bryta dessa ovanor, och lyckas det dem upplever de att livet berikas på många fler plan än bara det hälsomässiga planet.

Och om man jämför med mediciner – som ibland utifrån biverkningar ger skäl till ytterligare medicinering – så är dessa hälsofrämjande åtgärder utan biverkningar. Följsamheten har också varit mycket god: mer är 80 % av patienterna på Södra Älvsborgs sjukhus – vilka är i framkant kring detta arbete – följer sitt FaR (förkortning för fysisk aktivitet på recept) helt eller delvis, och det skulle de inte göra om de inte uppskattade interventionen.

Och det har heller aldrig varit tanken att uppfosta människor, det har Socialstyrelsen tidigare gjort dåliga erfarenheter av: man inte vill hamna i läget med 6–8 skivor bröd om dagen igen. Dessa myndigheter skulle aldrig drömma om att slå an en nymoralistisk ton; att en sådan ton ändå ibland resonerar i mötet med patienter beror på att någon förstått deras intention enligt sina egna flåshurtiga ambitioner. Det har aldrig varit deras skrivning, den har istället varit mjuk och försiktig från nationellt håll. Man skall finnas där som stöd, och hjälpa patienterna att upprätta mer sunda vanor. Om de så vill. Inte när sjukvården vill. Man skall bistå med bästa möjliga råd i svåra situationer. Och det är ju både bra och ödmjukt.

Och hjälp till självhjälp är ju nästan alltid att föredra framför att göra patienter beroende av långvarig underhållsmedicinering eller andra åtgärder.

Och att det tagit sig formen av recept skall man inte hetsa upp sig inför, det är bara en detalj. Att utnyttja ett symbolvärde kan faktiskt ge lite glans åt symbolen: om man vill vara tillkämpat positiv. Att vilja luta sig mot receptets status är ju ett sätt att erkänna och understödja denna status.

Och legitimitetsfrågan är väl delvis löst redan då man sysslar med baksidan av hälsa; genom kontrasten sjukdom definieras ju själva hälsobegreppet. Sedan kvarstår dock min tanke kring att skomakaren bör förbli vid sin läst, det finns ju också befintliga professioner som bör ha jurisdiktion kring frågorna: sjukgymnaster kan på ett naturligt sätt handha fysisk aktivitet på recept, och dietister har god överblick kring matvanor. Frågorna kring tobak och alkohol faller väl däremot inte lika naturligt inom någon given profession. För att förtydliga: att jag i min profession som psykolog – vilket innebär en uppgift och ett mandat att tala och tänka kring psykologiska frågor – helt reservationslöst skall uppträda som en expert på allt blir inte bra. Att iklä sig olika lånade gestalter – kanske som bankman och ge patienten råd om deras ekonomi, kanske som jurist och läsa lagen för patienten, kanske som dietist och ge rekommendationer kring matintag, kanske som fysiologisk expert och ge dem råd kring träning, kanske som läkare och ge råd kring olika farmaka – låter sig inte göras på något bra sätt. Jag skall givetvis tala med patienterna om allt möjligt, och vilka psykologiska frågor som omgärdar dessa. Men om jag därmed förväxlar kunskapen i psykologi med sakkunskap inom varje fält urartar det till kvacksalveri.

En sak är alltså helt säker: jag som psykolog kommer aldrig skriva ut ett recept på fysisk aktivitet, andra är bättre skickade att handha de frågorna. Jag har dessutom fullt upp med alla psykologiska frågor i mitt patientarbete: där har jag något att erbjuda. En del av min kritik består således.

Regeringens skrivelse handlar dessutom väldigt mycket om individen: man lyfter inte fram sociala ojämlikheter som orsak till olika förutsättningar att skaffa sig goda levnadsvanor. Fokus ligger alltså mer på individer än på strukturer, vilket ger en nyliberal slagsida. Det är olyckligt. Men den åsikten får väl sortera inom ens politiska preferenser.

Och överlag är som sagt min kritik överdriven.

Alla dessa ovanstående fakta får inte dribblas bort. Lite ordning på torpet får ju ändå råda. Därför tänker jag nu annorlunda, den samlade tyngden av förnuft övertygade mig. Man kan inte avfärda receptskrivandet då man är lite känslig att de som förväntas göra det inte innehar sakkunskapen. Det är en detalj i det hela. Allt som sätter ljus på frågorna är bra, även om kanske information genom historien aldrig ensamt kunnat rucka människors vanor. Men det skadar i alla fall inte.

Man vill ju bara sträcka ut en hand.

Ibland blir man hemskt trött på att bara stå bredvid och kritisera de som faktiskt försöker göra något, och istället för att bidra har jag tyvärr lite slappt kritiserat en god nyordning. En sådan person vill jag inte vara. Alla som försöker bidra med något nytt och bra är ju värda en applåd. Det slår mig plötsligt att hade ingen gjort ansatser åt det hälsofrämjande hållet hade jag tyckt att de varit märkligt frånvarande.

Genom min artikel har jag således skrivit mig fram till en mer positiv syn på utformningen av det hälsofrämjande arbetet, och det är väl därför man skriver: för att granska sina egna synpunkter. Och att ibland till och med skifta position. Som nu. Ibland inser man att man inte tänkt klart kring en fråga, och ibland har man faktiskt tänkt fel. Jag hoppas härmed det hälsofrämjande arbetet blir framgångsrikt och gör skillnad för människor: även om det ibland sker på lite märkliga sätt så tjänar det högre värden. Det blir nog bra till slut. Och frågorna är ju viktiga: inget liv utan vår kropp, det är ju ett som är säkert.

Så hallå, vänta lite, ge mig ett recept ändå! Jag behöver allt stöd jag kan få: att upprätthålla goda vanor på egen hand är inte det lättaste. Så ro hit med ett recept!

Eller?

Om man nu skall avsluta med en syntes, efter denna spontana tes och antites, så får jag väl konstatera att det skett en glidning i min frågeställning: från legitimitetsfrågan där jag hävdade att sjukvården betrodde med uppgifter som låg utanför deras kärnverksamhet, över det mindre lämpliga att använda receptet för att ge rådet ett ökat genomslag, över hälsan som upphöjt värde över andra värden, över att hälsologiken dessutom användes för att legitimera andra värden, för att slutligen lite impressionistiskt genskjuta denna argumentation och bredda frågeställningen och se det hela också i ett politiskt sammanhang. Det hela blev således mer en orientering i frågan än en pamflett för en viss åsikt.

Och skall ni avkräva mig en åsikt så stannar jag vid tanken att jag tycker det är bättre att vara frisk än sjuk, men att vara väldigt frisk är däremot ett relativt underordnat värde i mitt liv: det blir således syntesen. Så på frågan om jag vill vara mer frisk än levande svarar jag ett tydligt nej, med reservation för ytterligheten: död vill jag inte vara.

Och det där med recept, det tror jag vi hoppar över.

Anders Almingefeldt

Leg psykolog, specialist i klinisk psykologi, leg. psykoterapeut

Alingsås

Foto: Shutterstock James Thew

I detta nummer möter Du Björn Wrangsjö

Redaktionsmedlem, Svensk Psykiatri

Född

1941 på KS, 23 februari, en söndag kl 11, till mina religiösa morföräldrarnas stora tillfredsställelse.

Bor

Som uppvuxen på Söder i Stockholm har jag fått finna mig tillrätta i exil på Kungsholmen. Har ser Landstingshuset från balkongen på vilken jag inte sitter så ofta....

Bor dessutom på deltid i Vadstena med utsikt över klosterkyrkan och Vättern.

Familj

Gift sedan snart 45 år med Karin, tidigare hudläkare, två döttrar, en specialist i onkologi, en illustratör, fyra barnbarn mellan 12 och 3 år.

Arbetar

Sedan fem år i egen regi ibland som föreläsare, men framför allt som handledare inom BUP, vuxenpsykiatri, familjerådgivning, socialtjänsten och på en dagbehandlingsenhet för tonåringar, skriver recensioner, artiklar och böcker.

Har ett mottagningsrum hemma för konsultationer av skilda slag och enstaka musikterapisessioner. Av och till vetenskapliga uppdrag, deltagande i regionala etikprövningsnämnden inom Karolinska Institutet.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Blir ganska mycket musik, sjunger i Lidingö kammarkör sedan 40 år och leder egen kör sedan drygt 30 år, spelar trummor i psykoanalytiska föreningens jazzorkester "The pleasure principle", numera med rätt glesa framträdanden. Tillbringar rätt mycket tid per vecka med barnbarnen, pratar fotboll med 12-åringen och leker fantasilekar med treåringen.

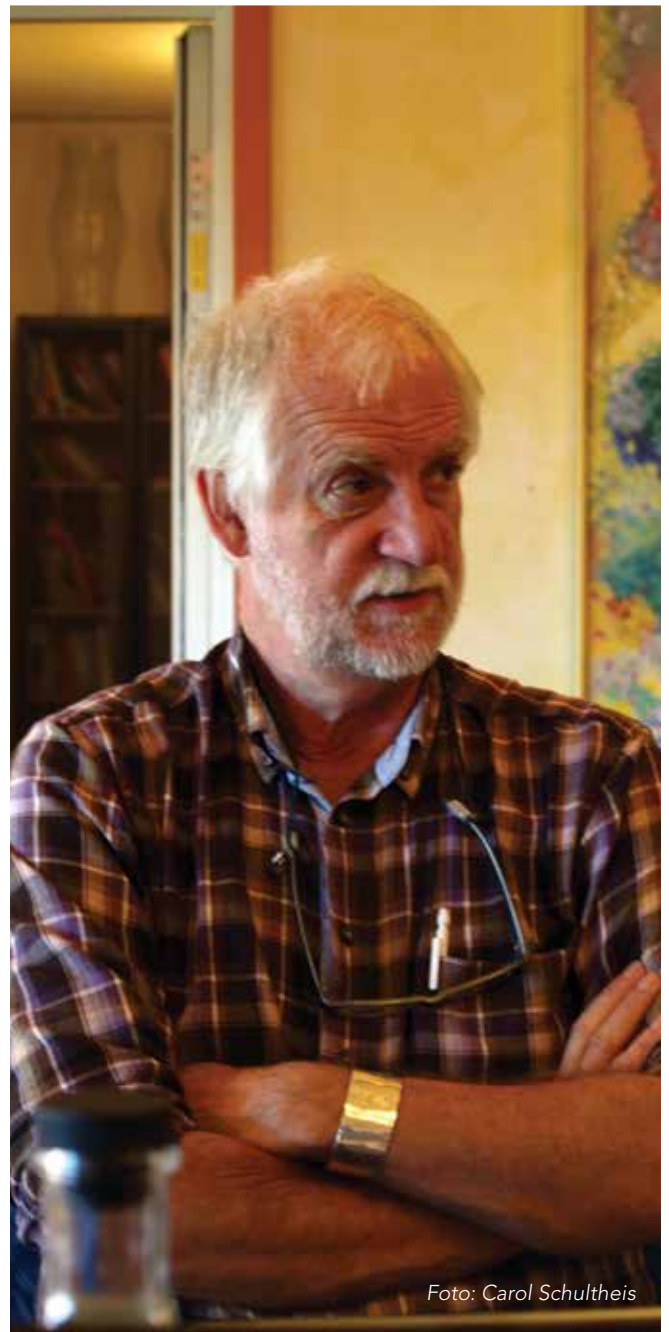


Foto: Carol Schultheis

Favoritmat

Kan tänka mig en skaldjurscocktail, följd av halstrad marulk med ugnsbakade rotfrukter, gärna en marängsviss som avslutning. Men ärtsoppa med pannkakor är inte heller fel.

Senast lästa bok

Läser en del, men minns dåligt. På nattduksbordet ligger just nu några böcker som jag läser växelvis i: Murakamis "Fågeln som vrider upp världen". "Zlatan..." (som jag fick i julklapp av ett barnbarn) och Alf Nilssons "Homo psychicus som enfald kontra tvåfald mot mångfald" som jag tänker mig att recensera.

Vad gör Dig lycklig?

Lyckan, och då menar jag inte bara att känna sig tillfreds och på ovanligt gott humör, är, som jag upplever den, en flyktig och ganska oförutsägbar gäst. Att se på små barn som leker och höra "kvittret" från de små när jag till exempel går förbi en förskola eller skolgård för lågstadiesbarn berör mig dock ofta på ett särskilt sätt.

Vilka förebilder har Du?

Vet inte riktigt. Inga direkta förebilder inom professionen i meningen sådana som jag medvetet strävat efter att bli lik. Är imponerad av Nelson Mandela inte minst efter besök på Roben Island. Är inte kristen men jag ställer mig i vissa situationer frågan "och vad skulle Jesus ha tänkt om detta". Det tycks hjälpa mig att få ett perspektiv på den vardagliga tillvarons dilemman och galenskap. Det förefaller mig som om Han ofta skulle ha anledning att vara rejält bekymrad.

Vilka är psykiatrins största utmaningar under de närmsta åren?

Jag önskar att chefer skulle orka och våga göra sig av med vanföreställningar att de förstår hur deras underställda personal har det. Det är för mycket begärt att de skulle förstå deras situation, men man kan åtminstone hoppas på att de begriper att de inte gör det. Det skulle, kanske paradoxalt nog, öka de anställdas förtroende för att man kan våga dela sin upplevelse av sin arbetsituation med sin överordnade.

Att förmå att upprätthålla ett differentierat tänkande med högt i tak, hålla "den teoretiska planbredden" så att det inte blir som i knattelagen där alla springer efter bollen vare sig det nu står KBT eller "nya hjärnfynd" på den.

Rekryteringsfrågan - det verkar inte räcka med att tänka "nytt" eller förstärka "logiska" rekryteringsfrämjande åtgärder. Kanske pröva något helt annorlunda inom såväl psykiatri som barnpsykiatri - till exempel ordna ett rejält "riksting" med representanter för samtliga personalgrupper och med deltagare för BUP's del av medverkande från soc, pediatrik och skola, så många som möjligt måste göras delaktiga.

Stina Djurberg
SP redaktion



Foto: Privat



Foto: Privat

När är sekretess skydd?

Kontakten mellan anhöriga, patienter och vård försvåras då personal "skyddar" patienten genom att medverka till att inte röja sekretessen. Vanföreställningar om anhörigas illvillighet upprätthålls och på sikt hindras samverkan som kan vara till gagn för patienten.

Människor på väg att återinsjukna i psykos saknar inte sällan sjukdomsinsikt. Paranoida vanföreställningar gör att patienterna själva inte söker psykiatri. Inte heller anhöriga tillåts kontakta vården.

Anhöriga är oftast de, som först märker tecken på försämring i form av bristande kontakt, ökande misstänksamhet och aggressivitet. Anhöriga är också de, som först blir måltavlor för denna aggressivitet^{1,2}. Om de pga oro för vad som kan hända, trots patientens veto, kontaktar sjukvården, får de veta att personalen inte kan tala med dem om patienten pga sekretesslagen. Enligt denna lag får personalen inte lämna ut uppgifter om patienten utan dennes samtycke³.

Visserligen kan anhöriga lämna information till sjukvården och på grundval av dessa uppgifter kan personen i fråga bli föremål för LPT-bedömning. Om kriterier för LPT inte bedöms uppfyllda i undersökningssituationen, skickas patienten, som pga bristande sjukdomsinsikt inte vill ha någon hjälp enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), hem. HSL prioriterar som bekant individens autonomi och delaktighet⁴.

Nu återstår för anhöriga att försöka förklara för sin misstänksamme släkting varför man, trots dennes veto, kontaktat sjukvården. Jag rekommenderar alla beteendeterapeuter att föreställa sig och träna på en sådan situation.

Förloppet får således eskalera till dess att kriterier för LPT bedöms uppfyllda. Detta utsätter både patienten och anhöriga för risk och sätter en orimlig press på anhöriga. Konsekvenser i form av självmord eller allvarligt våld mot andra kan nämligen inträffa innan någon hinner ingripa. Man frågar sig om situationen är förenlig med patientsäkerhetslagen. Vidare, hur mycket integritet och autonomi en människa med bristande sjukdomsinsikt och paranoida vanföreställningar egentligen har⁵.

Anhöriga bidrar med ekonomiskt och psykologiskt stöd. De agerar i tysthet koordinatörer mellan olika vårdinstanser. Enligt en studie motsvarar deras engagemang i medeltal en halvtidstjänst per patient⁶.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer angående individuell vårdplan för personer med psykosjukdom betonas vikten av samverkan med anhöriga för att förverkliga uppsatta mål⁷. Likväl lämnas anhöriga inte sällan utanför i vårdplaneringen. Anledningen är att patienten på frågan, om han vill "häva den sekretess som gäller till skydd för honom³", inte helt oväntat svarar nej. Och därmed tycks saken från vårdens sida utagerad.

Men med detta förhållningssätt bidrar vården till att patientens (van)föreställningar om anhörigas illvillighet upprätthålls och till att ovan beskrivna förlopp riskerar att upprepas. Sett ur ett nytta-risk perspektiv: Vem tjänar på detta?

Juristen P. Scholtz ser sekretesslagen som ett stort bekymmer, där föräldrar som hjälper sina sjuka, vuxna barn ofta kommer i kläm. " - Det går att lätta på sekretessen genom att pröva skade-rekvisitet. Det innebär att utlämnande av uppgift skulle skada den enskilde. Så är oftast inte fallet"⁸.

Studier visar att anhöriga som berättar om patienters besvär sällan överdriver. Problemet är istället att de inte berättar allt^{9,10,11}. Anhörigas information kan alltså förmodas vara toppen på isberget och det finns skäl för att ta den på allvar. Inom kognitiv medicin är anhörig-intervjuer ett viktigt komplement i syfte att underlätta tidig diagnostik och behandling.

Socialstyrelsen betonar några faktorer som är särskilt viktiga för att förbättra förloppet för personer som ofta bryter vårdkontakter och återinsjuknar. En sådan faktor är varaktighet i vårdkontakten så att en förtroendefull relation kan byggas upp. En annan är samverkan mellan olika kontakter⁵. Enligt prof. i rättspsykiatri H. Anckarsäter kan detta åstadkommas inom ramarna för sekretesslagen, "om man verkar för det och ger det tid"¹².

Är det möjligt att i situationer som ovan sträva efter att skapa en förtroendefull samarbetsallians med patienten som även inkluderar anhöriga? Skulle detta rent av kunna bidra till att man kom in tidigare i förloppet, underlättade återhämtningen och minskade lidandet för berörda parter?

Anhörig/leg. läk. Ph D.

Referenser finns på
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Annons

Annons

Pebbles Karlsson Ambrose.

Namnet är sällsynt vackert. På bokens baksida finns en bild av Pebbles (fotografens namn antyder att bilden möjligen kan vara tagen av hennes dotter..?) och en liten kort beskrivning. Född 1970. Arbetat inom reklambranschen i många år. Insjuknade i psykos för femton år sedan och fick sedermera diagnosen schizoaffektiv sjukdom. På baksidan har förlaget skrivit "Det börjar med ett mord (...)" och det hela känns nästan lite deckaraktigt, men så är inte alls fallet. Fallet, mordfallet, är synnerligen icke-dramaturgiskt, och utgör en byggsten i berättelsen kring Pebbles liv.

Bilden visar en milt leende kvinna med halvlångt, smålockigt brunt hår. Hon har snälla men lite trötta ögon, Pebbles. Och hon har valt att skriva om sin sjukdom, om tiden före, tiden under, och tankar kring och efter. Som ett led i att själv förstå och komma ihåg, men också som stöd för personer som arbetar med psykisk ohälsa eller som själva drabbats.

Boken är fördelad på tre avsnitt: "Livet innan jag blev sjuk", "Mitt insjuknande och livet efter det" och "Fakta om psykos och tips till dem som har kontakt med människor som är psykotiska". Den första delen är lite osammanhängande, lite... stolpig. Det är personlig information men samtidigt ganska opersonligt skrivet, korta meningar och känslolättig språk. Jag försöker fånga personen bakom texten men lyckas in riktigt, det är som att greppa en våt tvål. Med boxningshandskar. Vem är du, Pebbles? Vad tycker du? Vad känner du? Bakgrundshistorien ger mig inte riktigt några svar.

Avsnitt två beskriver hennes insjuknanden, det första, det andra och det tredje. Det som slår mig är att det skrivs "utifrån" på något sätt, och emellanåt är det nästan som om det är journaltext som återges. Jag fortsätter att söka efter Pebbles personlighet, tankar och funderingar i det som beskrivs. Kanske är det avsiktligt distanserat..? Det finns dock ett helt strålande parti i boken, där författarinnan återger upplevelser hon hade under tiden hon vårdades enligt LPT på en vårdavdelning i Hagsätra. Hon skrev ned koder och färger som hon var tvungen att komma ihåg på små lappar, och beskriver sammanhangen för oss:

"Codes for kids

My favourite color is yellow

Are you in the game?

Look for a person with a purple scarf

Om man går på konsert och vill prata med stjärnan skall man leta upp någon med lila scarf om man vill få träffa dem. Då måste man säga "Min favoritfärg är gul", och då förstår de att man är med i Spelet.

Jag vet inte var psykos kommer ifrån Om att insjukna i och leva med en psykos

Pebbles Karlsson Ambrose

Oberoende Förlag 2012

Codes for young adults
If a guard or guy in a purple scarf asks:
Do you want to fuck the star?
If yes
The bodyguard will say:
You have to fuck me
Answer: no
He will say: I am just kidding
Answer: no

När man har haft sex med tre stjärnor blir man en drake (...). Som bevis får man hänga upp en bild på en drake hemma. Folk som kommer hem till en vet då att man är med i Spelet utan att man säger något när de ser tavlan."

Med hjälp av det Pebbles skrivit på sina lappar får hon oss att uppleva de psykotiska associationerna tillsammans med henne. Det är innerligt, utlämnande och fascinerande.

Både Robert Aschberg och Olof Palme figurerar flitigt i Pebbles psykotiska föreställningar. I bokens tredje del, om fakta och tips, finns ett avsnitt som avhandlar just "kändisar och media". Där beskrivs hur det kan gå till när tankarna löper amok, och vad som kan vara bra att tänka på. Liknande avsnitt finns som berör "barn och husdjur vid inläggning", "ekonomi", "journaler", "titlar/personal inom psykiatri", "hjälp från kommunen" och så vidare. I denna sista och avslutande del är författarinnans sakliga framställningsteknik närmast en fördel, då där finns kort och koncis information som lämpar sig väl för såväl patienter, personal som anhöriga.

Du, kära kollega, som sitter på en mottagning och träffar nyinsjuknade och kroniska patienter. Ha denna lilla bok i åtanke, som ett tips till dem som passerar dig på väg genom en tillvaro av frågor, ensamhet och osäkerhet.

Orden "Du är inte ensam" må vara något av en klyscha, men klyschor karakteriseras ju trots allt av sitt återkommande värde.

Hanna Edberg

Specialist i psykiatri, ST-läkare i rättspsykiatri

Rättsmedicinalverket

Stockholm

CPD Online – an online training resource for senior clinicians working in mental health services, produced by the Royal College of Psychiatrists in the UK

What makes a 'professional' clinician a professional?

If you attend a psychiatrist with a psychiatric complaint, you would rightly expect an assessment, diagnosis and treatment plan based upon the latest research evidence. You would also expect that symptoms of a related disorder, for example hypertension, would at least be noted, and advice given to seek the opinion of another appropriate clinician.

The challenge that faces us therefore, as the years roll on, is how to keep ourselves broadly, as well as specifically, up to date. The latter is relatively easy, since the personal interest that drew us to our specialist area will keep us reading, listening and learning. The former, however, is a much more difficult challenge.

Professional bodies the world over are waking up to this reality. For many of us the books on our shelves, often purchased as a totem just before a major examination, date precisely the last time we updated our knowledge! Over time we, and thereby our patients, can be left vulnerable to practice that might recently have been proved ineffective, or even dangerous. These days we are all encouraged to engage in 'continuing professional development' (CPD) throughout our professional lives.

But how?

Clinicians exist in an ever busier world. Patients and services are struggling, managers trying to keep services financially above water need more and better boxes ticked; life seems ever more complex. While the internet revolution has put so much more human knowledge on our desktops, on our phones and at our fingertips, this benefit is offset by a new struggle: to ascertain the *quality* and *relevance* of the information we access. Anyone surfing the net today will also be aware of sharks just under the surface; we are deluged by advertising masquerading as research, fooled by single-issue campaigns resembling balanced reviews, and potentially misled by self-proclaimed experts with attractive websites on every topic under the sun.

CPD Online is produced by the Royal College of Psychiatrists in London (UK) to assist busy senior clinicians working in mental health services in keeping up to date, using their time as efficiently and conveniently as possible.

The Royal College of Psychiatrists

CPD ONLINE



Ett fortbildningsverktyg för dig som är specialist



The College is simply a group of professionals interested and involved in mental health, whose authority derives from academic endeavour in the context of front-line clinical experience over many years. Its membership is international, although it consists mainly of mental health clinicians based in the UK.

CPD Online provides learning activities in the form of both modules and podcasts, focused on the continuing professional development needs of senior, experienced clinicians working in the field of mental health. The material is written by our expert members, largely psychiatric and psychological, but also with input from other health professionals. All of our modules undergo rigorous review by peers who consider both the accuracy of the content and the quality of the educational experience. The material is produced without industry sponsorship and lacks advertising. Being written specifically for online use, it avoids large chunks of text, instead favouring web-native multimedia and interactivity, presenting material in an engaging and thought-provoking way that appeals to a variety of learning styles.

Satisfactory appreciation of the material in both the modules and podcasts is tested through summative assessment, following which a certificate is provided to document this engagement in CPD. We also encourage learners to download the 'take-home note' summaries at the start, and annotate these with reflections or key points that resonate with them. They may perhaps also note plans to change practice or further explore the topic, as they see fit. We encourage users of CPD Online to leave feedback on both presentation and content; in the fast-moving world of modern practice no-one can claim a monopoly on innovation and expertise.

The popularity of CPD Online is increasing, with individuals and organisations in the UK and beyond signing up in growing numbers. CPD Online is thus recognised to provide senior clinicians with high-quality, independently produced educational activity to help them keep up to date across the sweep of their clinical and professional responsibilities.

Dr Stuart Leask

Annons

Dansterapin vill förena kropp och själ

Följande tre artiklar om dansterapi är skrivna av Inna Sevelius. Hon har tidigare arbetat som läkare inom psykiatri i 10 år men är numera verksam som frilansjournalist.

Dansterapin använder dans och rörelse terapeutiskt för att bearbeta fysiska spänningar och psykiska konflikter. Metodens styrka ligger enligt utövarna i att man arbetar med både kropp och själ.

Men dansterapin är inte särskilt spridd i Sverige. Vår komplicerade relation till kroppen kan vara en orsak, säger de dansterapeuter vi talat med.

Dansterapi är en konstnärlig terapiform som har sina rötter i den moderna dansen från mellankrigsåren.

I USA har dansterapin varit etablerad alltsedan 1950-talet, i Holland sedan 1960-talet. Även i England, Tyskland, Frankrike och Israel utgör den en del av gängse terapiutbud.

Till Sverige kom metoden på 1980-talet. År 1985 bildades Svenska föreningen för dansterapi med syftet att verka för en svensk utbildning. Sedan 1990-talet har en grundläggande utbildning funnits vid Dans- och Cirkushögskolan. Men för att få arbeta självständigt måste dansterapeuter skaffa sig ytterligare en psykoterapeutexamen (till exempel psykodynamisk eller beteendeterapeutisk). Sedan två år är dansterapeututbildningen vilande, då Dans- och Cirkushögskolan fick avslag av Högskoleverket på grund av för små forskningsresurser.

Dansterapiforskningen startade i USA på 1960-talet.

Studier har bland annat visat att metoden är särskilt användbar vid empatistörningar, i bearbetningen av sexuella övergrepp och vid ätstörningar. Även i Tyskland och England finns mycket forskning om dansterapins effekt vid psykiska problem, men i Sverige har hittills bara enstaka studier genomförts.

Foto: Shutterstock filitova

När kroppen får vara med i terapin



På 2000-talet visade Erna Grönlund och Barbro Renck att unga pojkar med ADHD efter dansterapi blivit mindre hyperaktiva och impulsiva och hade lättare att koncentrera sig. I en annan studie av deprimerade tonårsflickor visade samma forskare att dansterapi ökade flickornas livslust och depressionen klingade av eller dämpades.

Dansterapi förekommer dels i privat regi, dels inom bland annat psykiatri, äldreomsorgen, skolan och vården av funktionshindrade. Men den är inte särskilt spridd i Sverige, om man jämför med en del europeiska länder och USA.

En orsak är att det fortfarande finns ganska få dansterapeuter här, ett 70-tal personer i hela landet – de flesta i Stockholmsregionen. (Totalt finns i Sverige drygt 6000 psykoterapeuter enligt Socialstyrelsens statistik från år 2011.) En annan orsak är att den utbildning som funnits inte varit legitimeringsgrundande. Mer svensk forskning krävs också.

Ytterligare en aspekt, enligt Birgitta Härkönen Smidhammar, är att dansen som konstform inte är så stor i Sverige. Dans ses som "flummigt" och "skrämmande". Och för många är kroppen skrämmande, säger hon.

– Kroppen står lågt i vårt samhälle, om det inte gäller att träna, tukta och förändra den, konstaterar Solweig Linde, dansterapeut och legitimerad psykoterapeut.

Hon vill lyfta fram värdet av ett brett utbud av olika behandlingsmetoder.

– Det är bra om det kan finnas ett spektrum av olika terapier att välja bland. Om du kommer till en vårdcentral till exempel, att få höra: de här olika terapierna kan vi tillhandahålla. Då kanske någon tänker: musikterapi? Men det skulle jag kunna tänka mig!

Inna Sevelius

Källor

Svenska föreningen för dansterapi
The American Dance Therapy Association

Dansterapi bygger på tanken att vi lagrar våra erfarenheter i kroppen. Genom rörelsen kan vi komma i kontakt med sådant som vi har glömt. Solweig Linde bedriver dansterapi i en studio på Gärdet i Stockholm.

I en gammal mjölkbutik en halvtrappa ner ligger studion för dansterapi. Eftermiddagssolen ligger rakt på de stora fönstren. Solweig Linde har öppnat dörren på glänt, musik med lågmälda rytmer strömmar emot mig när jag stiger fram.

Foto: Shutterstock Alexander Yakovlev

Solweig Linde arbetar med dansterapi på psykodynamisk grund sedan drygt tio år tillbaka. Hon är numera även legitimerad psykoterapeut. Hon är klädd i brun sidenskjorta och svarta löst sittande bomullsbyxor. Hennes gråblonda hår är uppsatt med en kam. De tunna svarta glasögonbågarna är runda, ögonen markerade med svart kajal. Hon är barfota.

– Man tar av sig något av det yttre, när man tar av sig skorna, säger hon eftertänksamt.

Studion är cirka 20 kvm stor, med parkettgolv i rödbrun nyans, vita väggar. I ena hörnet en mörk matta med ett tiotal kuddar i olika storlekar och färger. På samma sida, i hörnet närmast fönstret står två lätta fåtöljer och ett litet bord med ett tänt ljus. På den motsatta väggen hänger enfärgade sjalar i granna färger. Också en trumma och en tamburin kan man leka med i terapin om man vill. Innerväggen är helt osmyckad, påminner om en garagevägg.

Patienten bestämmer själv om hon vill prata eller dansa. Någon kanske sitter på en kudde och pratar i ett helt år, innan hon vill prova att röra sig. Dansen finns ändå med som ett innehåll i terapin, säger Solweig Linde.

– Jag ser det som att jag tillhandahåller rummet. Det tomma rummet är en möjlighet och kan vara något hotfullt samtidigt: vad händer om jag ger mig ut där? Vilka krafter ska komma ut? Man kan se rummet som en motsvarighet till personens inre rum.

I dansterapin kan kroppen inta positioner som vi hade före orden, som att krypa. Då kan jag få en känsla av hur det var för mig att vara liten, säger Solweig Linde.

– Det kan gå snabbare än via samtal, orden är så förknippade med vårt vuxna jag. Och vårt känslsystem sitter ju i kroppen!

Örhängena i glas gungar till när hon blir ivrig.

– Också när man sitter i en stol är man i sitt vuxna jag i så hög grad, säger hon, stannar upp – och fortsätter: Så här!

Hon stiger upp ur fåtöljen och går och sätter sig på mattan med ryggen mot väggen.

– Det händer något när man sitter på golvet, det känns annorlunda. Vägen ut på golvet blir kortare, säger hon och kryper ut och rullar runt på sidan.

Jag bestämmer mig för att prova och går fram till mattan. Sjunker ner, sätter mig mot kuddarna. Efter en stund känns det mer avslappnat än att sitta i fåtöljen. Jag kryper ut på golvet och lägger mig raklång på rygg. Det känns märkligt, men samtidigt skönt. Jag börjar tänka på avspänt umgänge, märker att musklerna slappnar av och undrar hur det påverkar tankar och känslor.

– Den liggande ställningen liknar psykoanalysens, säger Solweig Linde. Skillnaden är att jag som terapeut inte blir neutral på samma sätt som psykoanalytikern. Jag speglar ju patienten direkt. Om hon ligger, så väljer jag inte att stå, det skulle bli konstigt.

– Det blir viktigt att vara på samma nivå fysiskt, för att okeja. Eftersom människor är så rädda. Blir man bekräftad så blir man mindre rädd och vågar titta på svåra saker.

Jag märker att jag lagt mig med ansiktet vänt mot Solweig Lindes ansikte, det kändes fel att ligga åt andra hållet.

– Att dela är primärt, fortsätter hon, när vi satt oss igen. Det lilla barnet söker bekräftelse, ett svar på sin egen existens. Men de tidiga behoven finns med oss hela livet, hur vuxna vi än blir.

Begreppet dans uppfattas brett i dansterapin.

– Dans kan vara på en massa olika sätt. Och parallellen till livet är att man kan vara människa på en massa olika sätt, konstaterar Solweig Linde.

– Ibland kan dansen handla om att dela en rytm, avslutar hon, att tillsammans röra sig i takt med musiken. Då uppstår en känsla av samhörighet och acceptans, att man accepterar sig själv som man är. Det tror jag är målet för all terapi egentligen.

Inna Sevelius



”Via kroppen till knoppen”

Foto: Shutterstock Yuri Arcurs

På en psykiatrisk akutavdelning i sydvästra Stockholm erbjuds rörelsestunder baserat på dansterapi som tillägg till den medicinska behandlingen. Målsättningen är att aktivera patienterna samtidigt som man hjälper dem att fokusera på något konkret en stund. På deltagarnas begäran har aktiviteten utökats från en till två gånger i veckan.

Långt inne i den enorma, dystert gråa huskroppen bakom en låst metall dörr med frostat glas, ligger en oväntat ombonad akutpsykiatrisk avdelning. Innanför ytterdörren står en halvmeterlång flodhäst i mörkt trä, sliten av alla händer som strukit den över ryggen.

Vid den motsatta väggen finns en meterhög fontän byggd av runda stenar i olika storlekar, omgiven av prunkande gröna växter. Vattnet porlar ner över stentrapporna.

I dagrummet har rörelsestunden precis avslutats. Kvar står fem stolar i en ring, lätta fåtöljer i ljust trä. Mjuk bossanova strömmar ut ur dansterapeutens lilla cd-spelare. Rummet är cirka 15 kvm stort, en soffgrupp, ett piano och bokhyllor fyllda med böcker.

– I dag deltog fyra patienter, säger Birgitta Härkönen Smidhammar, dansterapeut och legitimerad psykoterapeut.

Hon är klädd i landstingets arbetskläder – vita bomullsbyxor och en ljusblå pikétröja – men har färgglada Marimekkostrumpor. Hennes bruna hår är axellångt, de tunna glasögonbågarna ovala.

Rörelsestunden följer ungefär samma struktur varje gång, börjar oftast sittande. Uppmärksamheten fokuseras på en kroppsdel i taget. Deltagarna mjukar upp stela muskler och leder genom att röra på tår och vrist, trampa i golvet, röra fingrar, ben och armar. Ett par gånger brukar de få sträcka ut kroppen ordentligt.

– Sen brukar vi stå upp och röra på armar och ben i olika kombinationer. Till slut skakar vi kroppen länge för att bli av med spänningar, säger Birgitta Härkönen Smidhammar.

– Ibland byter jag sedan musik till afrikanskt eller salsa och avslutar med ett mer kreativt moment när man får dansa fritt. Det beror på stämningen i gruppen, var patienterna befinner sig psykiskt.

Sedan sju år tillbaka erbjuder Birgitta Härkönen Smidhammar rörelsestunder på tre psykiatriska avdelningar på Huddinge sjukhus.

Den rörelsefokuserade aktiviteten är baserad på dansterapi, men anpassas efter de patienter som deltar.

Eftersom det rör sig om öppna grupper, uppstår inte samma typ av utvecklingsprocess som i regelrätt psykoterapi, säger Birgitta Härkönen Smidhammar.

– Men de patienter som är inlagda en längre tid får ett slags "miniprocess", där de lär sig att landa i sin kropp och att känna igen kroppens signaler.

Birgitta Härkönen Smidhammar anser att ett fokus på det kroppsliga behövs även inom psykiatrin.

– Fördelen med dansterapi är att vi använder både kroppsliga upplevelser och det mentala, alltså känslor och tankar. Och i gruppformen även det sociala i och med att man delar sin upplevelse med andra, säger hon.

– Det har fungerat jättebra, av många skäl, säger Regina Bromander, koordinator för skötarna. Många av våra patienter är deprimerade och har svårt att aktivera sig. Rörelserna är enkla, men ger mycket tillbaka. Det blir också ett fokus på "här och nu", som ger en paus från malande tankar.

– Många vet inte heller vad de har för behov, bara att de mår dåligt. Tack vare rörelsen, kan de börja må lite bättre och förstå bättre vad de behöver. Ibland är det bra att börja i den änden. Att gå via kroppen till knoppen, som jag brukar säga!

Det finns ingen statistik över hur utbredd dansterapi är inom psykiatrin. En orsak är att terapeuterna arbetar under andra yrkesbeteckningar, som sjukgymnast eller kurator. Det finns än så länge inga dansterauttjänster (se artikel invid).

Enligt Birgitta Härkönen Smidhammar förekommer dansterapi inom psykiatrin av och till. Men det finns ingen kontinuitet på det sätt som gäller etablerade behandlingsformer. Tillgången till dansterapi hänger på individer. När någon slutar, blir det inte nödvändigtvis någon fortsättning, säger Birgitta Härkönen Smidhammar.

– Men jag kommer att försöka ge vidare det här till en kollega den dag jag slutar. Det är viktigt att få med kroppen och det kreativa i behandlingen!

Inna Sevelius



Foto: Carol Schultheis

Annons



Börje Cronholm Psykiatriprofessor i Stockholm

Då Börje Cronholm (1) hade avlidit 1983, skrev psykiatriprofessorerna Marie Åsberg och Göran Sedvall samt psykologiprofessorn Daisy Schalling i Svenska Dagbladet:

"Han var i grunden humanist. Generositet, tankeskärpa och en stor personlig ödmjukhet var Börje Cronholms mest framträdande egenskaper. Som den förste psykiatern i Sverige insåg han att de mest fruktbara markerna för psykiatrisk forskning ligger i gränsområdena mellan psykiatri och psykologi, neurologi, farmakologi och biokemi. I grunden låg hans strävan att genom objektiv forskning ersätta dogmer med kunskap och tro med vetande".

Synsättet avspeglades också i Börjes avskedsföreläsning, tryckt i Nord J Psychiatry 1980 (2).

Börje Cronholm var född i Lund 1913. Fadern var rektor. Börje blev med lic 1941. Arbetade först inom psykiatri i Göteborg med Bengt Lindberg som chef, men flyttade 1947 till Stockholm och Karolinska sjukhusets psykiatriska klinik. Disputerade 1951 på en avhandling: "Phantom limbs in amputees. A study of changes in the integration of centripetal impulses with special reference to referred sensations " (Acta Psychiatr Neurol Scand, suppl. 1951; 72: 1-310). Blev först laborator i psykiatri, och 1962 professor och prefekt vid Karolinska Institutets institution för psykiatri.

Professorn emer. i nordisk litteratur Merete Mazzarella har påpekat att "det är en självklarhet att olika människor minns samma skeenden olika". Även om jag inte hörde till Börjes närmaste medarbetare, utan bara arbetade på grannkliniken och sedermera fick randutbilda mig på psyk. klin. KS, har jag förmånen att få bevara en rad djupt personliga minnen av Börje Cronholm. Fick 1969-72 arbeta i samma lab. på Kemicum KI som sonen Tomas Cronholm, senare professor men också engagerad i studenthälsofrågor. När jag 1972 hade disputerat, fick jag ett tackkort: "Käre Ulf, Stort tack för att jag fick vara med och fira Din så lyckligt överständna disputation". Tillgivne vännen Börje C.



Som randande underläkare från 1972 träffade jag Börje en hel del under en 10-årsperiod. Under hösten 1973 ordnades en seminarieserie vid psyk klin KS med etologen, docent Erik Fabricius som föreläsare.

Eftersom jag hade starka fältbiologiska intressen, hörde jag nog till de mest intresserade deltagarna. Inte anade vi vanliga då vad som var på gång, förrän det befanns att det medicinska Nobelpriset det året skulle tilldelas Konrad Lorenz, Niko Tinbergen och Karl von Frisch. En av de sakkunniga var Börje Cronholm. När det blev aktuellt med prisutdelning i Konserthuset var intresset av "riktiga medicinare" ovanligt svalt. Kanske därför fick jag och barnpsykiatern Marcel d'Avignon ingå i "pingvinberget" i Konserthuset vid den högtidliga prisutdelningen – jättestort för en 33-årig nybliven docent. Det var en oförglömlig stund att få höra Börje Cronholm i Konserthuset presentera årets medicinpristagare. Har någon annan psykiater fått samma ära som han – jag tror det inte. Hans tal ska finnas bevarat genom Nobelmuséets inspelningar och i utskrift. Han har också beskrivits som en drivande kraft i Karolinska Institutets Nobelkommitté, vars ordförande han var 1980. Vidare var han ordförande i Svenska Läkaresällskapet 1980-81 och blev hedersledamot.

Min vän etologiprofessorn emer. Sverre Sjölander har betecknat Lorenz' Nobelpris som "ett av de mest förutseende och framtidsinriktade som givits". "Hade förstått att Börje Cronholm var den styrande i detta".

Nu tillbaka till Börje själv. Man kan notera att i den tidskrift där hans doktorsavhandling publicerades, ingick såväl psykiatrerna Erik Essen-Möller och Henrik Sjöbring, som neurologen Nils Antoni och neurokirurgen Herbert Olivecrona i redaktionskommittén.

Och psykologiska upplevelser var viktiga. Ett tecken på att klinisk neurovetenskap med olika grenar växte fram som ett begrepp.

Vildsinta spekulationer utan empiriskt underlag var främmande för Börje Cronholm, men det sakliga skulle omges av försynt vänlighet och humor.

Ett par exempel: Såväl Börje och Ulla Cronholm som Marie Åsberg och jag m.fl. deltog i världskongressen i psykiatri i Wien 1978. Jag hade en kväll anmält mig till bal i Palais Auersperg, Rosenkavaljerens palats, men av någon anledning hade Börje och Ulla valt annat program. Vid frukosten dagen därpå berättade jag lyriskt om hur vi i palatset fick dansa wienervals, men också att vi i den ljumma sommarnatten fick uppleva att dansare från Wiener Staatsoper uppträdde utomhus i parken, belysta av strålkastarljus. Jag bredde på, och Börje kommenterade enligt O A "Om Du säger snöripa, slår jag ihjäl Dig".

När svåra kliniska frågor dök upp var Börje alltid saklig, hjälpsam, vänlig och konstruktiv. "För många kom han att betyda mer än han själv insåg".

På 70-talet rådde en turbulent tid. En del av de yngre och oerfarna inom personalen gick rätt hårt åt Börje och uppskattade inte alltid hans klinikchefskap. Medbestämmandelagen (MBL) kom och vantolkades å det grövsta – det förutsattes att klinikchefen/professorn skulle sitta med i timplånga ostrukturerade möten där man åltade bl.a. gardinfärger! I ett tackbrev då han blivit pensionär uttryckte Börje sin lättnad över att vara pensionär och slippa MBL – men han var glad över att vara ordförande i Svenska Läkaresällskapet.

En period kring 1940 ingick han i "Institutet för medicinsk psykologi och psykoterapi" kring Poul Bjerre, med både läkare och teologer. Internmedicinaren Josua Tillgren var ordförande, men Börje Cronholm och Gösta Harding drog sig ur, då intressena enligt dem spretade alltför mycket åt olika håll (3).

Att föreläsningssalen på Psykiatriska kliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna numera benämns "Cronholmssalen" känns alldeles naturligt.

Fotot av Börje fick jag av Ulla Cronholm 1983. Det togs i Viterbo utanför Rom av Rolf Öhman, med Börjes kamera.

För mer ingående beskrivning av Börje Cronholm som kliniker och forskare, läs vad Marie Åsberg m.fl. skrivit (4, 5). Om vad jag skrivit doftar panegyrik, står jag för det. Börje Cronholms minne förtjänar i hög grad att förgyllas.

Ulf Rydberg

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

Referenser:

1. Wikipedia: Börje Cronholm.
2. Cronholm B: Psykiatrin som vetenskap. Nord J Psychiatry 1980; 34, band 3-4, s. 201-224.
3. Bärmark J, Nilsson I: Om Börje Cronholm. I: Poul Bjerre-människosonen. Natur och Kultur 1983.
4. Åsberg M: Psykiatrisk forskning i Sverige (red. L Wetterberg). Inledning. Nord J Psychiatry 1980:34, band 3-4, s. 192-93.
5. Åsberg M, Schalling D, Sedvall G: Minnesord i SvD 1983-10-15.

B



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 070-854 02 95.

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