

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2014

TEMA

synd

vrede

frosseri lust girighet lättja avund högmod



Ansvarig utgivare:
Lena Flyckt



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4 SPF styrelseruta, Ledare. *Lena Flyckt*
- 5 SFBUP styrelseruta, Ledare. *Lars Joelsson*
- 6 SRPF styrelseruta, Ledare. *Per-Axel Karlsson*
- 7 Kommande temanummer
- 19 Professorsrutan: Är det synd om oss alla?
Ulf Rydberg
- 40 Levnadsvaneprojektet: Ett (dans)steg i taget,
Jill Taube
- 53 Tio frågor till: Möt Per-Axel Karlsson,
ny ordförande i Svenska Rättspsykiatriska
Föreningen, *Stina Djurberg*
- 86 Bokrecension: Relationsinramningsteori: Teori
och klinisk tillämpning, *Björn Wrangsjö*
- 87 Bokrecension: Empati: Krisstöd vid olyckor,
katastrofer och svåra händelser, *Lars Wahlström*
- 89 Bokrecension: Fokuserad ACT,
Björn Wrangsjö
- 91 Kalendarium

Tema:

- 8 Dygden och synden, *Daniel Frydman*
- 11 Tankar om synd, *Björn Wrangsjö*
- 15 Fabeln om Solen, Silversjön och Synden,
Hanna Edberg
- 16 Underlåtenhetssynder, de värsta av dem alla,
Olle Hollertz
- 19 Är det synd om oss alla? *Ulf Rydberg*
- 20 De nya dödssynderna,
Stefan Einhorn
- 30 Cassandra - en kulturdeckare i psykiatrimiljö,
Hans-Peter Mofors
- 50 Om synd,
Per Rosenqvist
- 61 Vasas undergång - synd eller ej?
Jerker Hanson
- 74 Epigenetik - hur den kan komma till uttryck i
psykiatrin, *Jayanti Chotai*
- 85 Var det synd med Poltava?
Jerker Hanson

Rapporter från möten och resor

- 34 Rapport från Almedalsveckan, *Lena Flyckt*
- 38 Afrikanska ordspråk och viktiga motioner.
Rapport från Läkarförbundets fullmäktigemöte,
Alessandra Hedlund, Astrid Lindstrand
- 42 Lite smått och gott från mötet med Joint
Committee i Reykjavik,
Lise-Lotte Risö Bergerlind
- 67 Brittisk blixervisit,
Jerker Hanson

- 68 Möte med Ryssland. Konferens i Sankt
Petersburg juni 2014, *Olle Hollertz, Jerker
Hanson, Helena Forslund, Henrik Wahlberg*
- 71 From treatment to prevention - mental health
challenges in Sub-Saharan Africa
Lars Jacobsson
- 80 Möten med framtida arbetsgivare och
sommarskolan i psykiatri 2014,
Tove Janarv, Anna Malmqvist

Debatt, diskussion, annat:

- 45 Själens ur två perspektiv, *Lars Tauvon*
- 49 Gamla urklipp berättar, *Tove Gunnarsson*
- 51 Därför blev jag psykiater, *Gertrud Sjövall*
- 56 Alkoholberoende - inte vad det har varit,
Sven Wåhlin
- 60 Så kan det gå när man skriver i Svensk
Psykiatri, *Alessandra Hedlund*
- 62 Tobak och nikotin är inte samma sak - Om
rökning och psykisk sjukdom,
Leif Lindström
- 63 En spaning, *Ann Björkman*
- 66 5 år med Kognus,
Susanne Bejerot, Ann Lindgren
- 78 Siffran har nu konkurrerat ut ordet
som den yttersta referenspunkten i det
psykoterapeutiska arbetet,
Anders Almingefeldt
- 82 Tom Burns. Vår nödvändiga skugga - psykiatrin
i perspektiv, *Lennart Lundin*

Aktuell information:

- 9 Call for abstracts! Svenska Psykiatrikongressen
2015, *Ullakarin Nyberg*
- 13 Ny redaktionsmedlem, *Per Gustafsson*
- 17 Ge och få kollegialt stöd! *Lena Flyckt, Jerker
Hanson*
- 21 Senast nytt från SPF's Utbildningsutskott,
Alessandra Hedlund
- 23 Nyutkomna kliniska riktlinjer för Bipolär
sjukdom och ECT, *Dan Gothefors*
- 24 David J. Kupfer, heldagskurs för ST-läkare och
specialister, *Simon Kyaga*
- 26 Medicinska riksstämman; SPF's program,
Maria Larsson
- 27 ST-konferens 2015, Tema: Kropp och knopp -
om kropp och psykiatri
- 29 Cullbergstipendiet 2015 - dags för ansökan
- 33 Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser
för psykiatrin
- 33 Maudsley Forum, *Marie Bendix*
- 49 Föreslå hedersledamot i Svenska Psykiatriska
Föreningen
- 55 Svenska Psykiatrikongressen 2015 - tjuvkika på
programmet



Svensk Psykiatri

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

Ansvarig utgivare

Lena Flyckt

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(ps-frydman@comhem.se)

Per Gustavsson
per.A.Gustafsson@liu.se

Maria Larsson
(maria.h.larsson@sll.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg
stina.djurberg@bornet.net

Foto/grafisk design

Carol Schultheis
carol.schultheis@bornet.net
(där inget annat anges)

Omslagsbild

Shutterstock/GlebStock

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

REDAKTIONELL LEDARE

Tove
Gunnarsson



Allt som är gott är skadligt.....

... allt som är roligt är synd, brukade min farfar skämta. Våra temabidrag om synd håller väl en något seriösare ton, och handlar om så vitt skilda ting som slaget vid Poltava, dödssynder, forskningsfuskar och en bukoperation.

Här finns som vanligt även mycket annan läsning: debatt, recensioner, rapporter och information. Missa t.ex. inte att uppdatera Dig om programmet för Riksstämman och Svenska Psykiatrikongressen! Och inte heller att det är dags att börja planera för Din ansökan om Cullbergstipendium 2015!

Nätverk

Det är temat för nästa nummer och felstavningen är avsiktlig. En utgångspunkt för att välja detta tema var ett samtal i redaktionen. Diskussionen berörde det massiva flödet av information som vi är utsatta för via nätet, den ständiga uppkopplingen, sociala medier, näthat, desinformation på nätet, spelberoende osv. Vad gör allt detta med oss? Vad gör det med våra barn och ungdomar?

En annan aspekt är förstås nätverk i form av en grupp av människor - familjenätverk, forskarnätverk etc. Om det blir problem med kommunikationen i ett sådant nätverk, är väl det en sorts värk?

Nätverksterapi är en annan ingång till temat. Liksom de neuronala nätverken i våra hjärnor, och allt som kan gå fel i dem.

Säkert finns det fler infallsvinklar.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Tillbaka efter sommarledigheten - hur känns det?

Hoppas ni alla har fått en fin sommar med ledighet och avkoppling. Det är viktigt att koppla av "på riktigt" vilket innebär att man inte ens tänker på jobbet och att man har en längre sammanhängande ledighet. I Läkartidningen har man uppmärksammat arbetsmiljöverkets senaste rapport "Arbetsmiljön 2013" där drygt 8 000 anställda i 80 olika yrkesgrupper har svarat på AV:s 121 frågor om sina arbetsförhållanden (Läkartidningen.2014;111:CZXS). Läkaryrket ligger i topp när det gäller arbetsbelastning, att man upplever att man inte kan bestämma takten och att man ofta får ta med sig jobbet hem.

Svenska Psykiatriska Föreningen har tagit initiativ genom att ta upp frågan om kollegialt nätverk på senaste styrelsemötet. Det finns en lista på kollegor som ställer upp som rådgivare i situationer där man vill samtala med någon utomstående om problem eller svårigheter i jobbet. Vi psykiatriker är populära samtalspartners och det finns också möjlighet att anmäla sig som rådgivare till Läkarförbundet. Kollegan Jerker Hanson har engagerat sig i frågan och har sammanfattat information om kollegialt stöd i detta nummer av tidskriften.

Almedalsveckan slog rekord i antalet evenemang och antalet deltagare. Det beror på att det är valår och att Almedalen ger möjlighet till medial exponering. Psykiatrin var rikligt representerad och tycktes vara angeläget att belysa från många intresseorganisationer. Psykologförbundet, Hjärnkoll, MIND, SKL, Dagens Medicin och BRIS var där och tog upp många viktiga frågor t.ex. den ökande psykiska ohälsan hos unga. Trots detta tycktes psykiatrin inte vara framlyft som en profilfråga för något politiskt parti. Kanske stigmat fortfarande är ett hinder i vägen? Desto viktigare att vi psykiatriker tillsammans med andra föreningar oförtröttligt uppmärksammar politiker att den psykiska ohälsan är ett samhällsproblem av stora mått som kräver både resurser och engagemang. Den 1 september kommer därför SPF att delta i ett politikermöte arrangerat av MIND. Vi kommer också att göra gemensam sak med Psykologförbundet i en satsning mot de ungas ökande psykiska ohälsa.

Vi besvarar ett antal remisser varav en handlar om förslag till ny datalag både för Hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ett betänkande från Socialdepartementet på uppdrag av regeringen. Det tycks vara stora förändringar på gång som bl.a. innebär att patientinformation från alla vårdgivare skall vara tillgänglig för den som vårdar patienten. Dessutom skall journalen vara tillgänglig för patienten, liksom för närstående om patienten godkänner det.

ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN



Lena
Flyckt



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lena Flyckt

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Hans-Peter Mofors

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Cecilia Mattisson

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Ullakarin Nyberg

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Alessandra Hedlund

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Michael John

(john@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Olle Lidman

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen

851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

Det diskuteras även en möjlighet att gå över gränsen till kommunen i informationsutbyte om patienter som är föremål för bägges omsorger. SPF har till sin hjälp Mats Löf som har fått ett övergripande ansvar i Stockholm, Uppsala och Västra Götaland att sörja för informatiken, dvs. hur det praktiska tekniska genomförandet skall utformas. Han ser stora problem med olika journalsystem, olika definitioner på termer och olika sökord som hinder för ett enhetligt journalsystem. Vi har bildat ett utskott inom SPF för att grundligt beskriva konsekvenser av förslaget för psykiatrin. Sist men inte minst vill vi verkligen rekommendera vår konferens om somatisk ohälsa och psykisk sjukdom som hålls i Munchenbryggeriet den 9-10 okt. Gå in på vår hemsida och anmäl dig! Riksstämman har också ett gediget psykiatriskt program, om det går att läsa mer i kommande nummer av Dagens Medicin. Planeringen av Svenska Psykiatrikongressen mars 2015 är i full gång. Missa inte dessa tillfällen till fortbildning!

Lena Flyckt
Ordförande SPF

Har du haft en bra sommar?

Ja det är nog en vanlig fråga nu när man kommer tillbaka till arbetet. För min del har sommaren varit fin och jag har umgåtts mycket med mina barnbarn. Jag har blivit påmind om hur mycket tankar och vilja som även små barn har trots att de inte kan använda språket för att uttrycka sig. Jag har tränat mig att ha tålamod, lyssna, lösa konflikter och att förhandla. Jag har belönats med innerliga och nära relationer och många lyckliga stunder. Nu väntar viktiga frågor som föreningen kommer att engagera sig i. Inbjudningarna har redan kommit där myndigheter vill att vi är med.

Närmast skall vi tillsammans med SKL utforma riktlinjer för medicinska revisioner, revisioner där kliniker skall granska varandras tvångsvård. Diskussionen om tvångsvård är mycket aktuell och viktig, det gäller inte minst tvångsvård av barn. Psykiatrilagsutredningen har lagt fram sina förslag och det har nu kommit en promemoria från Riksdagen som kompletterar denna utredning. I denna promemoria görs en fördjupad analys av situationen för barn som tvångsvårdas där man bland annat utgår från de uppgifter om barns egna upplevelser av vården, som Barnombudsmannen har tagit fram. Några av förslagen i promemorian är att barn enbart får tvångsvårdas om det är till deras eget bästa och att detta måste motiveras i journalen. Man skall ta stor hänsyn till barnets synpunkter. Man föreslår också att tidsgränsen för fastspänning och avskiljning blir kortare än för vuxna. Vidare föreslår man att det bör genomföras ett nationellt genombrottsprojekt med fokus på den psykiatriska tvångsvården för barn och unga utifrån den modell som utvecklats inom ramen för arbetet med Bättre vård – mindre tvång. Då dokumentationen och rapporteringen av tvångsåtgärder visat sig vara undermålig föreslår promemorian att man tar fram en nationell beslutsjournal för dokumentation av tvångsvård.

Dessa förslag känns självklara. Det viktigaste är att man i det kliniska arbetet alltid tänker på hur man kan förebygga tvångsvård och våld och vara rädd om patientens integritet samtidigt som man inte får tveka att tvångsvårda när det behövs.

Socialstyrelsen gör nu en översyn av metoder som använts vid utredningar av barn som far illa. Vi är inbjudna att vara med på Socialstyrelsens expertmöte och vår vetenskapliga sekreterare Maria Unenge Hallerbäck är med som sakkunnig. Det är viktigt att barnpsykiatri är med i detta arbete.

Intressant är att Statens medicinsk-etiska råd (Smer) inbjuder till etikdagen "ADHD – är vi på rätt väg?". En frågeställning som kommer att diskuteras är vad ökningen av antalet diagnoser betyder för normalitetsbegreppet. En intressant fråga som blir allt mer aktuell och viktig att diskutera.

Under sommaren kom rapport om att självmorden bland unga ökar. För oss som arbetar inom barnpsykiatri är det viktigt att fokusera på de faktorer som vi kan påverka.

LEDARE SFBUP

sfbup

Lars
Joelsson



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Vice ordförande: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
Facklig sekreterare: Sara Lundqvist (sara.lundqvist@vgregion.se)
Kassör: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)
Vetenskaplig sekreterare: Maria Unenge Hallerbäck (Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)
Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr (gunnel.svedmyr@akademiska.se)
Medlemsansvarig: Ulrika By (ulrika.by@sll.se)
Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)
Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)
ST-representant: Therese Vestlund (therese.vestlund@sll.se)

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

Jag tänker då på att upptäcka och diagnostisera samt behandla tillstånd som man vet innebär ökad självmordsrisk. I första hand depressioner, bipolär sjukdom men också missbruk. Det är viktigt att ungdomar som söker BUP får en effektiv och likvärdig behandling oberoende var man söker och till vem man går. SFBUP har nu gjort klart våra kliniska riktlinjer för depression (kan hämtas från vår hemsida) och vi kommer att börja implementera och testa det på några utvalda kliniker. Jag hoppas att detta kan bidra till att alla som söker BUP med depressiva symptom får bra behandling och hjälp med sin depression.

Till sist en lite överraskande nyhet. Ända sedan 1971 har Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) årligen undersökt niondeklassarnas drogvanor. Resultat från den senaste enkäten presenteras i årets Almedalsvecka. Färre elever svarar att de har druckit alkohol det senaste året. I årets mätning är det faktiskt den lägsta sedan man började mätningarna 1971. För 15 år sedan låg det på över 80 procent, så det har skett en jättestor nedgång, säger CAN:s direktör Håkan Leifman. Hans analys är att resultatet kan bero på drogförebyggande insatser, ett ökat hälsomedvetande och att ungdomar nu umgås på andra sätt. Man träffas mer hemma och spelar dator. Om man skall vara duktig i dataspel måste man vara skärpt och opåverkad av alkohol. Man brukar säga att idrott kan rädda folk från alkoholen och nu verkar det som datorspelande kan göra det samma.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

Äntligen höst

Nu är det äntligen höst och min semester närmar sig men även de obligatoriska mötes-stimmen, som inte tar så mycket hänsyn till min egen önskan om ledighet. Ett viktigt möte vill jag dock framhålla:

Den 11 september ska vi träffas - från alla rättspsykiatriska kliniker som kan vara med, på SKL i Stockholm och prata om de kommande lagändringarna inom psykiatriska arbetsfältet. Rättspsykiatrin kommer att få lagändringar den 1 oktober då vårdgivaren ska tillhandahålla alternativa mobiltelefoner till patienter som vårdas ineliggande enligt LRVsup. Inga smartphones för den gruppen alltså.

Det kan bli besvärligt att hantera detta om man har andra patienter inom samma säkerhetsklassning och på samma vårdavdelning som dels vårdas i slutenvård enligt LPT och dels enligt LRVutan sup, dessa ska efter lagens gällande den 1 oktober 2014 ha samma möjligheter att ha smartphones som idag den 2 september när jag skriver detta.

Hur ska vi skriva rutiner för detta? Hur ska vi hantera de nya riskerna?

Hur ska vi få patienterna att acceptera detta, det blir ju en diskrimineringssituation!

Professor Eva Lindström berättade för mig att man på rättspsykiatrin i Sala tänker fråga patienterna om hur de tycker att frågan ska lösas, ett vettigt förslag som samtidigt skapar delaktighet. Om det hinns med, hoppas jag fler kliniker kan påbörja lösning av frågan med så litet motsättningar och så mycket samråd som möjligt.

Man har även aviserat från 1 januari 2016 en förändring i lagarna LPT och LRV, att nya tvångsmedel ska kunna tillgripas i särskilda fall, nämligen mobilt bälte och s.k. långtidsavskiljning.

I samma lag föreslås även ändring redan i första paragrafen i lagarna LPT och LRV, en skärpning av att patienternas delaktighet i vården ska hållas högt.

Det skorrar litet i hur detta framstår, samma lag ska begränsa men samtidigt utvidga.

Den luttrade klinikern suckar kanske.

Man ska inte tro att det blir mindre reformer, även om den stora lagändringen föreslagna av Jerry Eriksson och medarbetare fick läggas på is ihop med många andra utredningar av god kvalitet.

LEDARE SFBUP



Per-Axel
Karlsson



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

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

Vice ordförande: Kristina Sygel

Sekreterare: Margareta Lagerkvist

(sekreteraren@srpf.se)

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

Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Facklig sekreterare: Erik Dahlman

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant:

Lars-Håkan Nilsson

ST-representant: Hanna Edberg

Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson, Kosilla Pillay

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

Missbruksutredningen av Gerhard Larsson till exempel.

Men det blir inte bara fokus på lagar på vårt möte, vi får diskutera problematiken med självskadande kvinnor, som ofta hamnar på rättspsykiatriska vårdenheter på grund av vårdtyngd, på vårdenheter där vårdgivaren får kritik för att vården bedrivs på fel ställe.

Vi ska även tala om framsteg i reduktion av tvånget i psykiatrin, andra problem inom vårt arbetsfält, massmediala aspekter och min förhoppning är att det blir ett bra möte!

Min önskan är även att mötet blir återkommande, för vi har många gemensamma frågor att lösa inom rättspsykiatrin.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2014-2015

NUMMER 4 2014

Tema: Nätverk
Deadline 12 november
Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2015

Tema: Tillstånd
Deadline 11 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2015

Deadline 13 maj
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2015

Deadline 26 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2015

Deadline 11 november
Utkommer vecka 49

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.
Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.
Vi är tacksamma om Din artikel är på **max 800 ord**.
Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.

Skicka gärna med en bild!

Den ska vara i format som kan bearbetas i ex. Photoshop (jpg, tif, gif, eps). Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.
Ange alltid vem fotografen är.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

Postadress: Svensk Psykiatri

c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **12/11**
Tema Nätverk



Dygden och synden

Det berättas om en rabbin från en liten stad i det gamla Polen, han reste inkognito till en angränsande stad för att leda sabbatsgudstjänsten där. På tåget kommer han i samspråk med en annan man och de talar om den kommande helgen. Rabbinen berättar vart han ska och hans resällskap blir då förtjust och säger att han har tur, för att en viss rabbin kommer hålla en predikan där. Vår rabbin (som ju inte gett sig till känna) blir då generad inför det indirekta beröm han får, och försöker minimera uppskattningen genom att säga att rabbinen ifråga inte är något att bry sig om. Rabbinens resällskap blir arg för att vår man på tåget talar nedlåtande om rabbinen ifråga och det slutar med att rabbinen får stryk. Ett av Moseböckernas 613 bud säger att man inte ska baktala sin nästa. I efterhand tänkte rabbinen att förbudet mot att baktala nästan också innefattar plikten att betrakta även sig själv på samma vis, som en *objektiv nästa*.

Ett påbud implicerar också ett motbud, lika lite som man ska baktala så ska man överdriva eller framhäva. Bland dödssynderna står högmodet först. Jag vill inte vara högmodig men jag måste berätta att jag en gång räddat livet på en patient. Sannolikt har det hänt fler gånger men jag vet helt säkert att jag vid ett specifikt tillfälle gjort rätt. Det jag lärde mig av den händelsen har garanterat bidragit till min utveckling.

Det som hände inträffade i början av AT-tjänsten, en av mina första dagar på ortopedakuten på SÖS. Med liten klinisk erfarenhetsbas är faktakunskaperna viktigast.

En patient kom till akuten med ryggvärk, frågan från inremitterande gällde ischias på någotsätt. Strax innan jag tog denna patient hade jag haft en diskussion med handledande läkare om hur riktad eller oriktad undersökning man ska utföra. Specialistens ståndpunkt var att man aldrig hinner göra ett fullständigt status och att organet där patienten har smärta är det som behöver undersökas. Förstås. Precis som öronläkaren tittar i vissa öppningar och struntar i resten, och hjärtläkaren ibland frikänner från hjärtinfarkt men inte tar ställning till eventuell panikattack.

Själv syndade jag förstås, dygdig som jag som nyutbildad var, mot handledarens påbud och gjorde ett fullständigt status och fann en fotbollsstor pulserande resistens i buken, gick till angränsande kirurgdisk och tvingade med mig tjänstgörande specialist till rummet med orden "jag tror min patient behöver hjälp från en annan specialitet". Kirurgen kände hastigt på buken, tog fram tuschpennan, drog ett streck på planerat snittställe och körde iväg med sängen.

En vecka senare möttes vi och han rapporterade att det hade varit en lyckad operation och att patienten verkade följa önskat postoperativt förlopp. Jag syndar också just nu mot budet att inte framhäva något gott jag gjort, men jag gör det inte för att säga att jag gjort något bra – det gör vi alla, nästan jämt – utan för de lärdomar om dygd och synd som jag dragit utifrån händelsen.

Jag tror förstås att ortopederna som försökte få mig att förstå att jag inte behövde vara så noggrann hade hittat källan till ryggsmärtan, trots att han inte brukar känna på alla bukar. Han hade sannolikt ändå lagt handen på patientens mage för att hans erfarenhet sagt att symtomen inte stämde med det förväntade. Tror jag.

Det finns alltid regler och påbud som vi förhåller oss till med ledning av vår kliniska erfarenhet. Vår vardag är fylld av möten där patientens upplevelser av problem i tillvaron inte alltid hänger ihop med de diagnoser eller svårigheter som först kommer för oss. Frågan om ett fullständigt status är ju lika viktig att diskutera oavsett om det är det somatiska eller det psykiska organsystemet som ska undersökas.

Vi utvecklar vårt dygdeorgan på olika sätt. Somliga manövrerar med lätthet mellan manualerna och ett friare förhållningssätt. För andra av oss är behovet av regelverket eller manualerna större. Nybörjaren följer gärna, som jag under AT:n, reglerna noggrannare och kan ibland finna att det är precis det rätta.

Med åren ändras det förhållningssättet, för somliga mer och för andra mindre.

Vi vaggas mellan dygd och synd, mellan att hävda t.ex. en *metod* och att avvisa den.

Vårt sätt att se på saken är dessutom helt beroende av den tid vi lever i, om man i en tid av regelbundenhet vill röra sig friare så kommer det definitivt att uppfattas som ett ställningstagande.

Det omvända gäller förstås med. Många är de äldre psykiaterkolleger som kan vittna om den känsla av frihet som 68-våren förde med sig, när diagnoser och mediciner fick fara all världens väg. Den stackars kollega som då ville vara noggrannare, som funderade i medicinska eller andra termer, fick se sig betraktad som kraftigt syndande mot den förhärskande principen.

I vår vetenskapsförtjusta tid kan frågan om dygd och synd gärna ses i relation till diskussioner om vad som visas, bevisas och förhålls som sanning. Det kan då vara en glädje att läsa Ludwig Flecks avhandling "Uppkomsten och utvecklingen av ett vetenskapligt faktum" från 1935 (Brutus Östling symposium 1997), vars tes är att kunskaper formuleras kollektivt, som ord som omvandlas i viskleken, för att vid en given tidpunkt förvandlas till ett faktum. När "vi" tror något är det en synd att inte dela synen, men hur kom vi dit? Ur boken klipper jag följande som avslutning:

Tankar vandrar från individ till individ och blir hela tiden mer eller mindre omformade allteftersom andra individer knyter andra associationer till dem. Mottagaren förstår strängt taget aldrig en tanke helt på det sätt som avsändaren har avsett. Efter en serie av sådana vandringar finns praktiskt ingenting kvar av det ursprungliga innehållet. Vems tanke är det då som cirkulerar? ... Efter ett antal passager inom gemenskapen återvänder en tanke, ofta i en väsentligt förändrad form, till avsändaren. Denne uppfattar den då på ett helt annat sätt och känner kanske inte igen den som sin egen, eller (vilket är vanligt) tror att den är identisk med den ursprungliga tanken.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

högmö



[H'Ö:GMO:D]

*-alltför stor belåtenhet
med sig själv*



Foto: Shutterstock/Sam 72

SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN 2015

Välkommen till SPK 2015!

Call for abstracts!

Till Svenska psykiatrikongressen den 11-13 mars 2015 i Göteborg, Filmstaden Bergakungen.

Nu är det dags att börja planera för nästa års kongress! I år vill vi att du som är intresserad av att hålla en egen muntlig presentation skickar in ett kort abstract till oss. Det kan handla om ny forskning eller klinisk metodutveckling, men du kan också föreslå ett debattinlägg eller kulturinslag.

Vi ser fram emot era förslag och förväntar oss att många tar chansen att göra 2015 års kongress till den mest innovativa hittills!

Skriv ditt namn, förslag på titel till din presentation och ett abstrakt på max 150 ord och skicka till:

ullakarin.nyberg@sll.se

Senaste datum för inlämnande är **den 26 september 2014**

ANNONS

Tankar om synd

När man "smakar" på begreppet synd, känns det gammalmodigt. Kanske är det på väg att gå ur tiden, åtminstone i den sekulariserade världen. I den kristna teologin var synd det som skilde oss från Gud. Ur det perspektivet kan det tyckas som om vår kultur är evigt förtappad.

Fast det spelar ju egentligen inte någon roll eftersom Gud inte "finns" längre. Det hävdade med stor emfas Nietzsche redan i slutet på 1800-talet. Fast om man ska vara noga var det det västerländska gudsbegreppet han häcklade, snarare än att han uteslöt en andlig dimension.

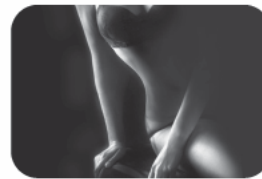
Syndabegreppet handlar dock också om relationen till våra medmänniskor. Tappar syndabegreppet sin relevans utan förankringar i gudsföreställningar? Om inte, vad om något skulle då skilja synd från annat klandervärd beteende? Utvecklingen av individualiteten har kanske gått så långt att svaret på frågan vad som är synd snarare är individuellt än generellt, då det står var och en fritt att forma sin föreställning i existentiella och andliga frågor. En rik domän vad gäller potentiell synd är numera internet där "allt" frodas från näthatets vulgära, råa och skamlösa kränkningar till verkliga, dokumenterade våldsövergrepp med eller utan sexuella inslag på barn och vuxna. Men trots allt, vad som är synd för en person kanske inte är det för en annan. Jag provar att vandra vidare i min egen erfarenhetsvärld med begreppet "synd" som slagruta.

I förhållande till vilken företeelse känns begreppet "synd" som ett optimalt begrepp? Vilken åder är slagrutans tänkt att ge utslag för? "Underlåtenhetssynder" ter sig kanske nästan banalt; allt jag önskat eller bort göra gentemot andra, vilket inte blivit av. Överväldigande och samtidigt lätt att gömma sig bakom; bristande tid och ork. Svårare är att ringa in det aktiva syndandet. För mig stämmer inte "synd" riktigt med handlingar där jag gjort missbedömningar, brutit

lagar och förordningar eller föreskrifter i allmänhet. Det måste till något mer, en "förbrytelse" som är en individuell samvetsfråga som "suger". Men alla handlingar som ger och har gett mig dåligt samvete känns dock inte som "synd". Det tycks förutom en etisk dimension också krävas en existentiell kvalitet; "Okränkbarhet" kommer för mig.

Synd verkar vara en handling som överskrider en gräns som har med okränkbarhet att göra, dock i meningen något större än när parter i en dispyt utväxlar "kränkande" tillmälen, något som sträcker sig bortom mänskliga relationer. Förutom den etiska aspekten krävs en kränkning av ett påbud sanktionerat av en överordnad "instans". Men det räcker inte med FN-stadgan. Det är något med livets essens i sig. Men förnuftet säger mig att livet i sig väl knappast kan sanktionera något. Jag kommer att tänka på Kant och hans förundran över "stjärnehimlen ovan oss och sedelagen inom oss". "Förundran" är ett bra begrepp för det kan innefatta att vi känner oss berörda av något vi är ur stånd att kognitivt omfatta. Om jag inte har förstått alldeles fel hävdar vissa evolutionsforskare att "sedelagen inom oss" i någon mening skulle kunna ha en genetisk bas.

Är "synd" helt enkelt handlingar jag skäms för? Nja, skäms inför vem då? Mig själv eller andra? Troligen båda delarna. Synd skulle vara en handling som man föreställer sig kan leda till att man utesluts ur den gemenskapen? Men vilken gemenskap? Förstås i första hand gemenskapen med andra människor, men igen fattas något för mig, något överordnat, gemenskap som ytterst innefattar något som sträcker sig bortom den mänskliga gemenskapen. "Livet" dyker upp igen, en gemenskap som innefattar en solidaritet med "Livet". Jag kommer att tänka på min gode vän och psykoanalytikerkollega Hans Reiland som myntade begreppet "the object beyond the objects". Jag vill minnas att det handlade om föreställningen att mor-barnrelationen inte var den primära prototypen för mellanmänskliga relationer, utan att det kunde finnas en än mer primär relation mellan "Människan och Livet" och att mor-barnrelationen var den första tydliga manifestationen av denna relation.

[LUS:T]

*"sinnlig
njutning"*

När jag begrundar min tankekedja verkar det som om jag kan ha kommit nära den numera icke-existerande utgångspunkten, den att synden är det som skiljer människan från Gud. Det är ju lite synd att Gud inte "existerar" då hade ju ekvationen gått ut i någon mening. Kanske kan man göra det enkelt för sig och låta "Livet" "personifieras" och vikariera för den Gud som inte längre finns – åtminstone inte i någon förnuftig mening.

Nå, jag tycks i alla fall ha en tillräckligt klar intuitiv föreställning om vad synd är för mig för att kunna känna igen min egen synd. Jag avstår från att utifrån denna föreställning av söka mitt personliga erfarenhetsfält utan håller mig till det professionella, naturligtvis kantat av underlåtenhetssynder av olika storleksordning, vilka jag lämnar därhän. Men en aktiv handling tränger sig på. Under min tid som underläkare i slutet av sextio- och början av sjuttioalet, undervisade jag i psykiatrisk sjukdomslära för blivande mentalvårdare. Under avsnittet om schizofreni genomförde jag en s.k. patientdemonstration. Inför kursen intervjuade jag en relativt ung kvinna, strax över tjugo vill jag minnas, om hennes symtomatologi. Jag hade själv under min utbildningstid bevittnat sådana demonstrationer utan att minnas något påtagligt obehag. Jag kommer inte ihåg med vilka argument jag övertalade henne att delta i detta samtal som inte på något sätt kunde gagna henne. Samtalet förlöpte på det pedagogiskt önskvärda sättet och patientens vanföreställningssystem blev tydliggjort och jag kände mig som en "duktig lärare".

Ganska snart därpå kom jag att bli engagerad i utvecklingen av RSMH, dåvarande Riksorganisationen för mental hälsa och fick se för mig oväntat konstruktiva sidor av "mina" patienter i ett föreningsarbete utanför sjukhuset. Detta avslöjade obarmhärtigt min naivitet och brist på självinsikt. Den bestod först och främst i att jag trodde mig vara en fördomsfri ung doktor som i 60-talsanda såg patienter och doktorer som i grunden "samma sort". Så var det inte alls. Visst hade vi mycket gemensamt, men jag tillhörde i grunden hjälparna och patienterna de som var hjälpbehövande. Det var både genant och smärtsamt för mig att inse att jag inte hade klart för mig att livsläget "mentalpatient" var en företeelse som kan drabba envar av oss under livet. Naturligtvis fattade jag det rent kognitivt men inte existentiellt.

Då kunde jag inse att denna omedvetna "fördom" var grunden för att jag oreflekterat kunde utnyttja den kvinnliga patienten i en patientdemonstration. Hade vi haft en intersubjektiv Bubersk Jag-Du-relation i grunden hade denna objektivering av henne inte kunnat komma tillstånd. Här tycker jag att jag begick en synd vilket stod klart först senare och gav upphov till en skam av speciell karaktär. Jag hade förbrutit mig mot något som enligt min mening hade att göra med inte bara individens utan i någon mening livets okränkbarhet. Menar jag då att alla psykiatriska kollegor som genomfört patientdemonstrationer skulle ha "syndat", att de är etiskt och existentiellt omedvetna? Nej, gu'bevare mig (skulle min farmor ha sagt), inte alls.

Detta är personligt mellan mig och ... tja, vad, vem? Jung talar om en "inre vägvisare" som är en instans vars klokhet sträcker sig bortom det kognitivas räckvidd och det Freudiska överjagets inte alltid så vidsynta moral.

Nå, vad tar man sig till med sina synder förutom att be om ursäkt? I den religiösa föreställningsvärlden räcker inte detta. Här krävdes nåden, ett gudomligt privilegium, som man kanske inte alltid kunde förlita sig på men dock hysa hopp om. Nåden hade sina förtjänster tycker jag under förutsättning att den inte dolde det personliga ansvaret. Men jag tycker mig dock ha förstått att nåden i grunden inte var till för att lyfta bort skulden inför synden utan att ge oss hjälp att bära den. Numera får man hantera situationen efter egen förmåga så gott det går. I brist på Gud och nåd kanske vi kan få visst stöd i djupdimensionen av det annars ytliga påståendet "Sådant är Livet" eller "Det är mänskligt att fela".

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri

Stockholm

Ny redaktionsmedlem

Per Gustafsson, överläkare vid BUP-kliniken Linköping och professor vid Avdelningen för BUP är nytillträdd redaktionsmedlem.

Bor i Vadstena och busspendlar till jobbet. Har en lång följd av år varit engagerad i utbildningsfrågor, dels på grundutbildningen av läkare som ansvarig för delar av "Strimma patientkontakt", dels som studierektor för ST-läkare inom BUP. Medverkar även i familjeterapeututbildningen i Linköping. Min avhandling handlade om familjeterapi vid svår astma hos barn och fokus för forskningen har även fortsättningsvis varit psykologiska aspekter på kroppsliga symptom. Kliniskt arbetar jag mest med barn och ungdomar med ADHD.

I perioder har jag skrivit lite reseberättelser i kåseriform, kanske kan det bli utrymme för något sådant i Svensk Psykiatri. Har i sommar läst en hel del av Virginia Wolf. På fritiden är musik viktigt, för närvarande körsång i Vadstena kyrkokör. Men största intresset är första barnbarnet Arvid, 15 månader.

Per Gustafsson
Professor

Foto: Privat





SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN 2015

Hur mår Sveriges läkare egentligen?

Heidi Stensmyren, ordförande i Sveriges Läkarförbund, rapporterar om läkares arbetsmiljö.

Kom och hör Karin Johannisson, professor i idé- och lärdoms historia vid Uppsala universitet. Hon föreläser om kvinnor, kreativitet och galenskap.

Professor Peter Allebeck berättar hur man kan mäta sjukdomsburda och betydelsen av psykiska sjukdomar.

ANNONS

Fabeln om Solen, Silversjön och Synden

Incurvatus in se

*- Vad är Synd?
- Synden är Lustens baksmälla.*

Natten var i antågande. Himlen färgades karmosinröd. Solen var några lättsamma sekunder från att gå ned och lämna mörkret åt sitt öde. Silversjön glittrade svagt i skymningsljuset. Den uppsjö av färger som brukligen reflekterades i dess yta var milda och dämpade i det skumma ljuset. Silversjön älskade att låta Solen leka med sina strålar över vattnet och skapa ljuvliga nyanser av azurblått, indigo, smaragdgrönt, guld och purpur. Silversjön var en mycket liten sjö, få om ens några hade sett den eller fått uppleva dess kristallklara, skimrande vatten. I Solens närvaro blev Silversjön dock en gudabenådad kaskad av underbara färgskiftningar.

Solen hade många vänner, förutom Silversjön även Sandstranden och Sidensvansen. Men Solen hade också fiender. En av dem var Molnet. Molnet gäckade Solen på ett osaligt sätt. Mitt i en härlig solstrålelek kunde Molnet smyga fram, flina hånfullt och lägga sin tjocka kropp mitt framför Solen. Solen kämpade och slet, men hur den än vred sig kunde den inte få visa upp sitt ljus och sin värme, den förvandlades till ett Ingenting, en Frånvaro. Utöver att det smärtade Solen att inte få låta sina strålar nå fram till sina vänner Silversjön, Sandstranden och Sidensvansen så kände den sig en smula förnärmad, den var ju ändå Solen! Att inte få lysa i all sin glans, att tvingas ligga där bakom Molnet i förnekelse och tystnad, Solen var arg och vred och kom att utveckla en hämndlystnad gentemot Molnet. Dess glödgheta inre kokade av ilska och indignation. Solen kunde inte fokusera på något annat än att spänna sina sylvassa strålar och med kraft tränga tvärsigenom Molnets luddiga men ogenomträngliga barriär.

När gryningen nalkades låg Molnet intet ont anande och småslumrade i sitt eget morgondis. Det andades dova, mörka stråk utan större eftertanke. Solen var laddad som ett arabiskt fullblod och så fort den gled över horisonten gick den till omedelbar attack för att försvara sin heder och rentvå sitt namn. Strålarna var starka som platina med en dödsföraktande intensitet, sprungna ur Solens begär och behov av vedergällning och upprättelse. Kampen pågick under många dygn, då Molnet bollade sig av och an som ett flipperspel och försökte parera Solens strålar. Men Solen var övermäktig och tjöt av lust när strålarna passerade Molnet, den sken och sken och kokade av lycka när den med glödande värme förintade Molnets själva existens.

Solen avgick sålunda med segern och blickade stolt och lustfyllt omkring i omgivningarna. Lekte med sina strålar över skog och mark, fnissade lyckligt och sökte efter sina vänner. När strålarna nådde fram till Silversjön stelnade de och Solen fylldes av en obeskrivlig vanmakt. På platsen där Silversjön legat låg marken torr och blek. Hur mycket Solen än strålade reflekterades inga färger längre i den arida jordmånen. Silversjön hade tystnat. I sin iver att visa upp sin styrka och glänsande kompetens hade Solen inte givit akt på Silversjöns tillstånd och verkningarna av den vendetta som utspelade sig. Vad Solen hade gjort kunde nu ingen göra o gjort.

Hanna Edberg
Överläkare

Norra Stockholms Psykiatri och Rättspsykiatri Vård Stockholm

Underlåtenhetssynder, de värsta av dem alla

Det är svårt att rangordna synder och det är lätt att tycka att de synder som relateras till en konkret handling är de värsta. Men efter att ha funderat på frågan har jag kommit fram till att underlåtenhetssynden är den värsta. En orsak till detta är att underlåtenhetssyndens konsekvenser sällan går att gottgöra. För att exemplifiera vill jag försöka rangordna några underlåtenhetssynder.

1. Allvarligast för hela mänskligheten är underlåtenhet att omsätta insikten om den globala uppvärmningens konsekvenser i konkret handling.
2. Ett annat hot är konsekvenserna av ett fortsatt användande av antibiotika i djurfoder, vilket innebär att vi snart kommer att gå in i postantibiotisk era med allt vad det innebär. Således en underlåtenhet att låta kunskapen ha företräde framför kortsiktig ekonomisk vinning.
3. Underlåtenheten att inte ta bidöden på allvar och försöka förstå dess orsaker.

4. Underlåtenheten att reagera trots att kunskap och tidiga signaler visar att vi håller på att fiska en art till dess beståndet kollapsar.
5. Trots att det konstateras år efter år att Östersjön är jordens mest förorenade innanhav, underlåter man att fatta de beslut som behövs för att ändra detta.

Jag hoppas att det tydligt framgår varför jag anser underlåtenhetssynderna vara de värsta. Hela mänsklighetens, men även andra arters överlevnad står på spel. Underlåter vi att reagera och agera blir domen hård, kanske inte från någon nu levande, men från våra barnbarn. Tyvärr kan inte bina, torsken eller tigern uttala någon dom eller förbannelse över död man.

Olle Hollertz
Psyk mott, Oskarshamn
olleh@ltkalmar.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: 12/11
Tema: Nätverk



Ge och få kollegialt stöd!

*“Kollegialt nätverk”
genom Läkarförbundet*

www.slf.se/Lon--arbetsliv/Arbetsliv/Kollegialt-natverk/

På www.lakartidningen.se 2014-08-11 refereras Arbetsmiljöverkets rapport “Arbetsmiljön 2013”. Läkare sticker ut negativt i de variabler som redovisas. Ändå framgår det att man på det stora hela är något mer nöjd med arbetet än genomsnittet.

Läkarförbundet och SKL gjorde 2008 en enkät bland psykiatrer som 52 % (1147 personer) besvarade. Rätt mycket negativa upplevelser redovisades men de flesta ville ändå gärna råda en yngre kollega att bli psykiater.

Hur vi trivs med vårt arbete varierar rimligen med ett stort antal faktorer. Det är dock tydligt att vi inte alltid är nöjda med vår arbetsituation. Det är rimligt att tro att många av oss skulle ha nytta av att diskutera igenom sin situation med en kollega.

Många av oss väljer ibland handledning eller psykoterapi. Utan samtal med kollegor skulle dock de flesta av oss ha svårt att fungera bra och vi har ofta nätverk som räcker till. Men ibland vill man diskutera med någon mer utomstående. Läkarförbundet har därför sedan 1998 ett “Kollegialt nätverk” som vi alla kan nå genom ovanstående hemsida eller genom att ringa 08-790 33 00. Man väljer sedan själv en kollega och kontaktar vederbörande. På listan finns nu ett 90-tal kollegor från olika specialiteter varav 7 psykiatrer. Totalt sker 3-400 kontakter/år men statistik förs för närvarande ej. Psykiatrer är uppskattade som samtalspartners – även av andra specialister.

Vill du diskutera din situation med någon utomstående kollega?

Gå in på hemsidan eller ring 08-790 33 00 och begär “Kollegialt nätverk”!

Vill du ställa upp som samtalspartner till kollegor?

Ring 08-790 33 00 och begär “Kollegialt nätverk” eller kontakta undertecknad JH. Obs att det inte handlar om psykiatrisk vård, inte heller juridisk rådgivning.

**Lena Flyckt
Ordförande SPF**

**Jerker Hanson
Pensionerad psykiater
Stockholm
jerker.hanson@telia.com
076/345 7911**

The Royal College of Psychiatrists

CPD ONLINE



Ett fortbildningsverktyg för dig
som är specialist



ANNONS



Är det synd om oss alla?

Att stapla dödssynder på varandra kan bli litet nedstämmande. Men visst kan man gissla högmod (Superbia), fåfänga (Vanitas), girighet (Avaricia), vrede (Ira), frosseri (Gula), vällust (Volptas) och likgiltighet (Acedia). Jag tror dock att "dödssynder" i vissa sammanhang kan vara rättmätiga. Och allt är inte psykiatri.

Jag tänkte istället helt fräckt vinkla dagens inlägg mot situationer där jag tycker det var synd att/om ni inte kunde delta. Ibland tycker folk att det är "mig det är syndast i världen om". Knappast.

I juni hade vi studentjubileum. Vad kul det är att möta sina vänner efter 55 år. En av kvinnorna har varit professor i teaterhistoria i San Diego, en sjuksköterska och sjukvårdsadministratör, en annan barnläkare och professor i barnens njursjukdomar, en kärnfysiker, flera civilingenjörer och en sjukgymnast som anförde oss då vi sjöng 1400-talshymnen "Alta trinita beata" i stämmor. Tänk så det kan gå. Det var väl synd att våra skickliga lärare och pedagoger inte fick uppleva slutresultatet.

Som vanligt för min hustru och jag till Gotland i finaste orkidétid de första dagarna i juni – innan 08-orna helt invaderat ön eller Cirkus Almedalen slagit upp sina tält. Visst behöver vi inom psykiatri bred kontakt med allmänhet och politiker, och det kan ske på olika sätt, men massmöten är inte min grej. Som väl är planerar vår förra ordförande Lise-Lotte att representera psykiatri i Västra Götaland. Vi träffade flera av våra nära vänner, bl.a. Läkartidningens psykiatriedaktör och vår tidigare sjukvårdsdirektör som beklagade att han med familj inte planerat att stanna längre på Gotland detta år. Vi bodde också hos unga släktingar, hon AT-läkare, han polis. Det var roligt att få träffa dem och deras höns, och synd att vi inte kunde stanna längre. Landshövdingen har tidigare varit sjukhusdirektör på KS/HS, så henne har jag träffat flera gånger (även på Gotland) och uppskattar mycket.

Så har Simon Kyaga haft sommarprogram i radion. Det vore jättesynd om ni inte fick uppleva den finstämda atmosfären. Att ha en far från Tibet och en morfar som flydde från nazisterna i Hamburg kan leda till oanade höjder.

Det vore synd om ni inte noga läser hans metodologiskt och etiskt föredömliga avhandling "Creativity and Psychopathology". Att sedan vissa journalister inte förstod det kreativa och noggranna är synd – men vad kan man begära? En stor eloge till Simons handledare Mikael Landén och Paul Lichtenstein. Det är sedan på ett sätt synd att avhandlingen bara utgick från Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, samtidigt som den verkligen förde psykiatrisk forskning framåt. Men fyrkantig bibliometri klarar inte sådant – synd om den kliniska kontakten inte finns. Så bra att man överväger att slopa indelning i institutioner.

Vi fick uppleva ett bröllop i Drottningholms slottskapell, där det blivande brudparet vandrade in till orgeltoner av "Bilägersmusiken" – Drottningholmsmusiken av Roman, med Vivi-Anne Gäfvert vid 1700-talsorgeln, och med eminenta solon av de kreativa Fredrik Larsson, operasångare och med bakgrund på Drottningholmsteatern, och Britt-Inger Burman, kyrkomusiker, båda från Kalix. Det var enda gången jag vid ett bröllop upplevt att församlingen brast ut i en spontan jätteapplåd. Sedan vidtog middag utomhus där brudgummens superkreativa mor, stylisten och floristen Agneta Thörnqvist, hade omvandlat sin trädgård till ett sagolandskap som skulle gjort sig som kuliss på Drottningholmsteatern. "Es ist wie ein Märchen" – det är som en saga, som en schweizisk vän tidigare sade. Visst är Sverige ett sagoland.

"Curiosity has no limits" (Karolinska Institutet).

Och det är valår. Som det stod i Blandaren: "Ett parti till salu av politiska skäl".

Ulf Rydberg
Professor emeritus, Karolinska Institutet

DE NYA DÖDSSYNDERNA

Människan är en kluven varelse. Vi har förmågan att göra mycket gott, men har också en kapacitet för destruktiva handlingar. Hos de allra flesta människor dominerar våra ljusa sidor, men under vissa omständigheter lockas de mörka egenskaperna fram.

För att mänskliga relationer ska fungera krävs det att de mörka sidorna kontrolleras. Detta är grunden för de lagar, regler och normer som instiftats och där religionerna har spelat en viktig roll för att tillse att människans negativa sidor inte får fritt spelrum.

Om vi ska kunna påverka våra dåliga egenskaper måste vi bli medvetna om vilka de är. Detta är anledningen till att den katolska kyrkan upprättade en lista på de egenskaper som ansågs vara värst, de sju dödssynderna: Högmod, Lättja, Vrede, Frosseri, Lusta, Girighet och Avund. Dessa fastställdes på 500-talet och även om de flesta känner till begreppet dödssynd och även kan räkna upp några av dem, är frågan om det är dessa egenskaper som anses vara de värsta idag.

För att svara på denna fråga genomfördes en serie opinionsundersökningar, vilka presenteras i den nyutkomna boken *De nya dödssynderna. Våra mörkaste sidor och hur vi kan hantera dem* (Bokförlaget Forum). I den avslutande webundersökningen fick 1077 personer svara på frågor om vilka var människans sämsta egenskaper. Vid sammanställning av resultaten erhöles en lista på de sju egenskaper som svenskar idag anser vara de värsta.

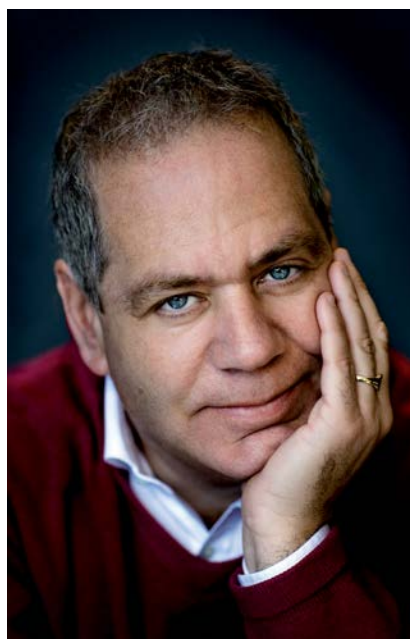
Det visade sig att bara en av de gamla egenskaperna fanns kvar i topp, nämligen girighet, som kom på sjunde plats. Alla övriga dödssynder hade bytts ut. Här är en lista på de sju nya dödssynderna, med den som ansågs vara värst först:

1. Falskhet
2. Hat
3. Hänsynslöshet
4. Översitteri
5. Trångsynthet
6. Främlingsfientlighet
7. Girighet

Det kan uppfattas som förvånande att falskhet var den egenskap som hamnade högst på listan över våra värsta egenskaper. Detta inte minst med tanke på att i stort sett alla människor ljuger, ibland hävdandes att det handlar om en "vit lögn".

Samtidigt är vårt samhälle uppbyggt runt tillit. Liksom ett barn kan få stora problem om det växer upp med föräldrar som är otillförlitliga faller ett samhälle samman om vi inte kan känna tillit till varandra och till de gemensamma institutionerna och konsekvensen blir då segregation och korruption.

Kan människor förändras? Svaret är ja, eftersom ett antal undersökningar visar att människor spontant förändras med åldern och medvetna försök att förändra en egenskap har visat sig kunna ge resultat. Det är ingen lätt process och om vi vill åstadkomma en förändring behövs såväl insikt som motivation.



Copyright/fotograf: Thron Ullberg

Vad är det då som krävs? Det första är insikten om att vi har egenskapen. Om vi är omedvetna om att vi har mörka sidor inom oss blir vi hjälplösa offer för dessa krafter. Och inte ens då inser vi alltid att felet är vårt. Men om vi känner till och accepterar våra dåliga sidor kan vi lära oss att hantera dem. Nästa steg är att bygga upp motivationen att förändras. Om den är halvdan eller saknas kan vi lika gärna avstå, eftersom en förändringsprocess i regel kräver mycket av oss.

Forskning visar att motivation inte skapas av löften om yttre belöning, som pengar, och inte heller av rädsla för straff. Studier har gjorts där det visat sig att belöning tvärtom skapar mindre motivation att lösa problem och att hjälpa andra människor. Det är den inre belöningen som driver vår motivation och då är personlig utveckling en viktig faktor och att känna en högre mening en annan. Och till slut är frågan om vi vill fortsätta att släpa på en egenskap som vi själva och andra föraktar eller om vi vill frigöra oss från denna destruktiva kraft.

Om vi har motivationen är vi framme vid själva förändringsarbetet. Det kan göras på egen hand eller tillsammans med andra och kan till exempel omfatta terapi, självstudier, meditation/mindfulness eller att sluta fokusera på sig själv till förmån för att hjälpa andra.

Forskning visar att chansen att ett förändringsarbete ska lyckas är större om man sätter upp gradvisa mål jämfört med om man omedelbart satsar mot slutmålet. Man måste också acceptera misslyckanden på vägen, för de kommer, garanterat. Det är nämligen som med ett sorgearbete – vägen är inte spikrak. Man tar två steg framåt och ett bakåt och ibland faller man så djupt att man inte tror att något har skett. Men det är bara att kravla sig upp och fortsätta för till slut är man framme.

Människan är inte god eller ond, vi är både och. Vår uppgift är att bli medveten om våra mörka sidor för att kunna kontrollera dem. Och – ett framgångsrikt förändringsarbete gagnar inte bara vår omvärld utan också oss själva.

Stefan Einhorn

Professor i molekylär onkologi vid Karolinska Institutet

Författare

Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott



Just nu pågår arbetet för fullt med att gå igenom förslaget för den nya ST-föreskriften. Remissen kom precis före sommaren. I mitten av augusti ordnade Läkarförbundet ett möte för att diskutera förslaget tillsammans med representanter från alla specialistföreningar. Man fick byta erfarenheter med många engagerade kollegor. Det blev väldigt tydligt att vi har mycket gemensamt – och lika många olikheter. Inte undra på varför föreskriften är allmänt hållen. Inte undra på varför det är specialistföreningarna som formulerar rekommendationerna.

Under sommaren har vi även jobbat med att svara på remissen om det nya yrkeskvalifikationsdirektivet. Det handlar bland annat om att ytterligare reglera och underlätta rörligheten inom EU. Praktiska konsekvenser blir exempelvis att Socialstyrelsen bemyndigas att utveckla en föreskrift för fortbildning, och att utländska professionella (inklusive läkare) kan ställas inför tydligare språkkrav, främst för de yrken där samtalet är ett arbetsredskap. Du kan ta del av vårt remissvar på SPF:s hemsida.

Under våren har vi deltagit i arbetet kring METIS framtid. Tanken är att skapa utbildningskanslier som på sikt kan ha hand om närliggande frågor, som fortbildning, implementering av riktlinjer, samarbete med andra yrkesgrupper och andra medicinska specialiteter.

För andra året i rad deltog vår ST-representant Tove Janarv i sommarskolan, mötesplatsen för våra framtida kollegor som studerar utomlands. Hennes deltagande förra året resulterade i en webbaserad juridikkurs för utlandsstuderande, som har uppmärksammats i både SP och Dagens Medicin.

Det blir ringar på vattnet helt enkelt.

Alessandra Hedlund

Facklig sekreterare SPF

Överläkare, Norra Stockholms Psykiatri

 lättja



[L'ET:JA]

*-det att vara lat,
slöhet*

ANNONS

Bästa kollegor, glädjande nyheter!

Nyutkomna kliniska riktlinjer för Bipolär sjukdom samt för ECT!

Nu har SPFs samling med kliniska riktlinjer utökats med ytterligare två volymer som båda finns att beställa från bokförlaget Gothia (www.gothiafortbildning.se).

SPFs kliniska riktlinjer Bipolär sjukdom har målsättningen att ge klinisk vägledning och fördjupad kunskap för kliniker som kommer i kontakt med bipolär sjukdom på sjukhus, specialmottagningar eller allmänna vuxen- och barnpsykiatriska mottagningar. De innefattar en kortfattad beskrivning av bipolärbegreppet, historik, etiologi och avgränsningsproblem kring bipolaritet. De följande kapitlen behandlar diagnostik, farmakologisk behandling, psykologisk behandling, graviditetsaspekter samt organisation av bipolärvård.

Riktlinjerna är i första hand skrivna för vuxenpsykiatrer, men de är även tillämpliga för barn- och ungdomspsykiatrin.

Ordförande i författargruppen är Mats Adler. Medförfattare är Lars Häggström, Håkan Jarbin, Mikael Landén, Benny Liberg, Aleksander Mathé, Eleonore Rydén samt Cecilia Svanborg.

Ambitionen med SPFs kliniska riktlinjer ECT är att tillhandahålla aktuell kunskap inom hela ECT-området och vara ett stöd i användning och uppföljning av ECT. Riktlinjerna vänder sig till behandlingsansvariga läkare, verksamhetschefer och till övrig personal inom psykiatri i Sverige.

Huvudredaktörer för arbetet har varit Pia Nordanskog och Axel Nordenskjöld, medförfattare Håkan Jarbin och Christian Lindberg. En namnkunnig referensgrupp har lämnat sina synpunkter under arbetets gång.

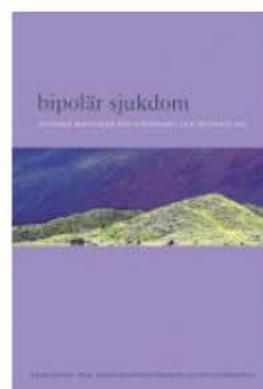
Båda riktlinjerna är utomordentligt välskrivna stöd för verksamhetsutveckling. I båda riktlinjerna finns också förslag till kvalitetsindikatorer användbara för de kliniker som önskar utveckla och följa upp den egna verksamheten inom det aktuella området.



Jag uppmanar var och en att ta initiativ till att båda dessa arbeten beställs till läkare och andra medarbetare vid den egna kliniken!

Dan Gothefors

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten



Svenska Läkaresällskapet bjuder in

David J. Kupfer

ordföranden för arbetet med den psykiatriska
diagnosmanualen DSM-5

heldagskurs för ST-läkare och specialister

anordnas den 2 oktober



David J. Kupfer, ordförande för arbetet med den psykiatriska diagnosmanualen DSM-5 i American Psychiatric Association är psykiater och professor i klinisk och translationell forskning vid University of Pittsburgh.

Den 18 maj 2013 publicerades DSM-5, boken som definierar friskt och sjukt inom psykiatrin och i förlängningen hela vårt moderna samhälle. Historien bakom *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, den amerikanska psykiatriska organisationens (APA) manual för definition av psykisk sjukdom, är anmärkningsvärd.

En "teorilös" diagnostik

Den förra versionen DSM-IV presenterades 1994 med en enklare uppdatering 2000. Men den riktigt stora förändringen kom redan med DSM-III i början av 80-talet. Då valde APA att överge tidigare försök att förklara psykisk sjukdom ur ett psykoanalytiskt perspektiv.

Den uttalade målsättningen var att definitionen av psykisk sjukdom skulle vara "teorilös". Bakgrunden var den bristfälliga tillförlitligheten för psykiatrisk diagnostik, det man inom vetenskapen kallar för *reliabilitet*. Samma patient kunde hos olika psykiatriker få helt olika diagnoser.

Genom att tydligt definiera specifika kriterier för symtom vid tex. depression, så minskade det problemet. Resultatet blev också lyckat. Reliabiliteten ökade kraftigt genom att psykiatriker använde gemensamma definitioner och checklistor på symtom för att definiera de olika psykiatriska sjukdomarna.

Oväntat stort genomslag

Därigenom fick DSM ett stort genomslag. Det gällde inte minst i USA där försäkringsbolag kopplade sina försäkringar till definitionerna av psykisk sjukdom. Successivt har användningen av dessa diagnoser fått stor betydelse även i Sverige genom att såväl Försäkringskassan, som kommunala insatser, formellt eller informellt kräver en diagnos för åtgärd.

Genom att diagnosen har blivit en förutsättning för såväl rätten till sjukvård som ersättning, har betydelsen av DSM blivit mycket omfattande. Även om man i Sverige formellt kodar diagnoser utifrån det internationella systemet ICD, så anses de flesta svenska psykiatriker använda sig av DSM med en automatisk översättning av diagnoskoder till ICD.

Tilltagande kritik

Kritiken mot DSM har parallellt med dess betydelse ökat i omfattning. En artikel, som fick mig som nybliven psykiatriker

att tvivla på DSM skrevs av Nancy Andreasen 2007 i den vetenskapliga tidskriften *Schizophrenia Bulletin*. Titeln på artikeln var "DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences".

Andreasen, som själv aktivt bidragit till DSM-III beskriver i artikeln hur alla goda intentioner om att skapa förutsättningar för en vetenskapligt förankrad psykiatri också lett till oväntade konsekvenser. Genom användandet av "listor" på symtom för att definiera psykisk sjukdom har intresset för den individuella patienten minskat avsevärt.

Inom psykiatrin har det tidigare funnits en lång tradition av *fenomenologi*; hur psykiska symtom presenteras hos den individuella patienten. Med DSM-III och DSM-IV har unga psykiatriker de senaste decennierna istället fått lära sig listor på symtom, som genom DSMs betydelse fått status som beskrivningar av klart definierade psykiska sjukdomar.

Sanningen är den att psykiatrin är ett område, som på senare år sett en enorm kunskapsutveckling. Fortfarande vet vi mycket lite om vad som faktiskt orsakar psykisk sjukdom. Vi saknar i princip helt och hållet några psykiska sjukdomar som har en väldefinierad patofysiologi.

Bakgrunden till den nu pågående kunskapsexplosionen vilar dock i att DSM-III faktiskt kom till rätta med reliabiliteten. Därigenom kunde forskningen inom klinisk psykiatri ta stormsteg jämfört tidigare.

DSM i otakt med samtiden?

Vetenskapen har dock kommit ikapp DSM. Idag är istället problemet att forskning inom t.ex. genetik och neuroimaging visar att de definitioner av psykisk sjukdom som finns i DSM i mycket liten utsträckning motsvaras av förändringar i biologin.

Samtidigt finns det en tröghet i att förändra definitionerna av psykisk sjukdom av flera skäl. Framförallt försvårar det för framtida forskning om definitionerna av psykisk sjukdom förändras så radikalt att tidigare forskning inte kan användas

som jämförelse. Men förändringar i definitioner kan också få oväntade konsekvenser.

De senaste tjugo åren har vi t.ex. sett en tjugofaldig ökning av autism, ett allvarligt psykiatriskt syndrom med stora svårigheter i social interaktion. Likaså har vi sett en trefaldig ökning av ADHD och en fyrtiofaldig ökning av bipolär sjukdom bland barn.

Dessa tre kraftiga ökningarna har kommit ur förändringar i DSM-IV jämfört DSM-III snarare än att dessa sjukdomar faktiskt ökat i "verkligheten". Allen Frances, ordföranden för arbetsgruppen bakom DSM-IV, menar att det är exempel på hur mycket små förändringar i texten till DSM kan leda till enorma förändringar i hur läkare tolkar texten och i förlängningen väljer att inleda behandling.

Kritiken mot DSM-5 har därför kommit från flera håll. Dels från akademien, som menar att DSM-5 i för liten utsträckning påverkats av nya kunskaper, men också från t.ex. Allen Frances, som istället menar att DSM-5 gjort för stora förändringar. I förlängningen kan bara framtiden avgöra vem som hade rätt.

DSM-5: en stormig historia

David J. Kupfer, som lett arbetet med DSM-5 har dock varit noga med att påpeka att arbetet med DSM-5 framförallt vilat på klinisk användbarhet. När jag träffade honom i samband med publikationen av DSM-5 i San Francisco 2013 verkade han dock ganska trött. Arbetet med DSM-5 har varit stormigt.

Redan i maj 2011 besökte jag den amerikanska psykiatrikongressen på Hawaii (APA2011). Vid ett mindre välbesökt symposium sa Kupfer angående DSM-5:

"Vi går nu in i den fjärde omgången av spelet."

Men pulsen gick först upp ett år senare vid APA2012 i Philadelphia, där de flesta symposier om DSM var sprängfyllda. John W. Livesley, som just då hade avgått från DSM-5s arbetsgrupp om personlighetsstörningar i protest, sade att det aktuella förslaget hotade att underminera hela DSM-projektet:

"Det kommer att leda till både en bristande kontinuitet på grund av de stora förändringarna, men ändå inte leda till förbättrad giltighet."

Dessförinnan hade Mark Zimmerman med en tydlig hänvisning till Kupfer syrligt sagt att man kunde undra om de stora förändringarna i kapitlet om personlighetsstörningar var baserad på att författarna skulle vilja bli ihågkomna snarare än på etablerad vetenskap. Debatten har fortsatt sedan dess med ledande gestalter som Allen Frances. Frances har å andra sidan kritiserats för att vara alltför pragmatisk och konservativ. När jag i San Francisco 2013 tog del av den pinfärska DSM-5 kom jag att tänka på vad Bill Gates, grundaren av Microsoft, en gång sagt:

"Vi överskattar alltid den förändring som kommer att ske om två år men underskattar den förändring som kommer att ske efter tio."

Av alla kontroversiella förslag blev det mycket lite. En oro var att antalet diagnoser skulle öka i omfattning, men i själva verket har antalet diagnoser minskat från 172 till 152 stycken i nya DSM-5.

Mycket av minskningen beror på att flera diagnoser slagits ihop till en gemensam diagnos. Inte minst gäller det Aspergers syndrom, som numera ryms under autismdiagnosen.

Av de femton nya diagnoserna är det framförallt *Premenstrual Dysphoric Disorder* (påtaglig PMS), *Binge Eating* (Hetsätning) och *Mild Neurocognitive Disorder* (milda demenssymtom) som varit kontroversiella.

Fältstudier ger stöd för DSM-5

I samtliga fall har kritiker hävdat att gränsen mellan normalt och onormalt där är mycket svår att dra. Arbetsgrupperna inom DSM har dock gjort s.k. fältstudier där man sett att det inte är något problem om man faktiskt utgår från personer som söker vård för besvären. Genomgående för alla diagnoser i DSM är att syndromen måste ha klinisk relevans, det räcker alltså inte att man formellt har symtomen. Konsekvenserna är det avgörande.

Trots att förändringarna i DSM-5 varit små, så kan ju faktiskt konsekvenserna bli riktigt stora. Går man igenom DSM-5, så inser man att DSM-5 faktiskt är en helt ny definition av psykisk sjukdom. Varje liten förändring av skrivelse läses av tiotusentals psykiatriker över världen och av patienter, anhöriga och representanter från myndigheter och försäkringsbolag. Konsekvenserna av det vet vi först om flera år.

Unik kurs om DSM-5 i Sverige den 2 oktober med David J. Kupfer

Då den svenska versionen av DSM-5 nu väntas komma under hösten 2014 bjuder Svenska Läkaresällskapet den 2 oktober in till en *heldagskurs* om den amerikanska psykiatriska diagnosmanualen DSM-5. Kursen syftar till att ge kunskap om de viktigaste förändringarna i diagnostiska kriterier för psykisk sjukdom i DSM-5 jämfört med DSM-IV. Kursen leds av Professor David J. Kupfer, ordföranden för arbetet med DSM-5 i American Psychiatric Association (APA). Antalet platser är begränsade och för ST-läkare inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt allmänmedicin kommer intyg utfärdas på Socialstyrelsens blankett. Anmälan görs på www.sls.se.

Simon Kyaga

Vetenskaplig sekreterare Svenska Läkaresällskapet

Delar av denna artikel har tidigare publicerats på www.svd.se

Riksstämman 4-5 december 2014 – boka av i kalendern redan nu!



På Stockholm Waterfront den 4-5 december kommer SPF att inbjuda till ett större psykiatriskt program än tidigare. De nya lokalerna och konceptet har gjort att SPF velat satsa ännu mer på att, förutom på SPK, erbjuda en naturlig mötesplats för psykiater. Om du inte redan gjort det, varför inte boka av i kalendern och mötas där och ta del av nedanstående program?

- Torsdag 4/12** 13:00 - 14:30 Psykiatri i tiden. SPF:s ordförande Lena Flyckt modererar Mikael Landén, Johan Franck, Ullakarin Nyberg och Simon Kyaga.
- 15:00 - 16:30 Den psykiatriska och somatiska patienten - en och samma. Konsultationspsykiater Marie Bendix modererar Lars Wahlström, Thomas Eklundh och Rebecka Andersson.
- 17:00 - 18:00 Stigma påverkar patientens rätt till lika vård - vad kan vi göra? SPF:s vetenskapliga sekreterare Ullakarin Nyberg modererar bland andra Martin Schalling och Cecilia Brain.
- Fredag 5/12** 8:30 - 10:00 Övervikt och psykisk sjukdom - så vanlig är komorbiditeten och vad kan vi göra? Jill Taube från Levnadsvaneprojektet modererar Yvonne Lowert, Signy Reynisdottir och Yvonne von Hauswollff-Juhlin.
- 10:30 - 12:00 När psykiatri och rättsväsende möts - vad kan vi lära av fallet Thomas Qvick? Professor Niklas Långström modererar bland andra Björn Wrangsjö, Ulf Åsgård och Ing-Marie Wieselgren.
- 13:00 - 14:30 Filmvisning av Guldbaggevinnaren Ångrarna. Psykiatrisk filmfestivalsarrangör Axel Haglund modererar Cecilia Dhejne

Välkomna!

Maria Larsson
SPF:s Riksstämmosekreterare

Obs! Vissa tidsjusteringar kan förekomma i slutgiltigt program då inte alla föreläsare ännu bekräftat tiderna. Gå in på SPF:s eller SLS hemsida för uppdatering!



ST-konferens 2015!

28-30 januari i Göteborg.

Tema: "KROPP OCH KNOPP" – om kropp och psykiatri.

Boka i din kalender redan nu!

Mer information kommer att finnas:
www.slupsykiatri.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 Nordic Psychiatrist

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

www.svenskpsykiatri.se

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

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.srp.se



CULLBERGSTIPENDIET

2015

Resestipendier för specialister i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri samt för läkare i specialistutbildning inom samma fält. Stipendierna på sammanlagt 150 000 kronor utdelas med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur.

Syftet med Cullbergstipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Det kan gälla att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt, men också förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt.

Resestipendiet ska användas till resa, boende och levnadskostnader vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två–fyra veckor.

Krav för ansökan

- En redogörelse för målet och avsikten med den önskade resan.
- Kort CV.
- Ett skriftligt svar från den mottagande kliniken/institutionen där det framgår att de vill ta emot studiebesöket.
- Ett rekommendationsbrev av en erfaren kollega, så som överläkare, handledare eller studierektor.
- En ekonomisk plan inkluderande rimliga rese- och levnadskostnader. Det ska framgå om en eller fler poster à 15 000 kronor söks och motivet därtill.
- Om resan utökas med turistande utanför studierna måste detta bekostas privat.
- Resan ska genomföras och redovisas under år 2015.

Det kan handla om att delta i kliniskt arbete, forskning, undervisning eller metodutveckling. Stipendiet består av tio poster om vardera högst 15 000 kronor där man kan söka en eller flera sådana poster.

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

Redovisning

- Efter resans genomförande förväntas en kort (1–2 sidor) redovisning till stipendienämnden för vad resan innehållit och givit, skriven i artikelform så att den kan publiceras i *Svensk Psykiatri*.
- Kort ekonomisk redovisning. Eventuellt icke förbrukade medel återsändes till Stipendienämnden.
- Muntlig presentation på den egna kliniken samt på sammankomst arrangerad av någon av specialitetsföreningarna, t.ex. ST-konferensen eller Svenska Psykiatrikongressen.

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda senast 2 februari 2015. Stipendiernas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen i mars 2015.

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

Ansökningar sändes till

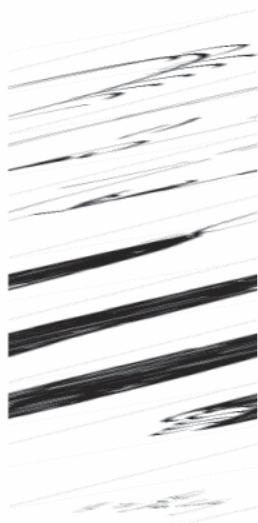
cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se
eller

Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet
851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna handläggs och bedöms av en stipendiekommitté bestående av Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Pauliina Ikonen, Hanna Edberg, Marie Söderberg (Natur & Kultur) och Johan Cullberg.



**STIFTELSEN
NATUR & KULTUR**

Kassandra - en kulturdeckare i psykiatrimiljö



Faktaruta om Carin Bartosch Edström

Ålder: 49

Bakgrund: Uppvuxen i Rom och Lund i akademisk miljö.
Bor: Villa i Danderyd tillsammans med maken Gabriel, som är läkare. Två barn på 13 och 11 år.

Arbete: Verksam som tonsättare, författare och översättare av Kalle Anka Pocket och diverse operalibretton.

Aktuell som: Har nyligen givit ut Kassandra på Albert Bonniers förlag

Framtiden: Skriver redan på en ny bok, där flera av karaktärerna från Kassandra figurerar.

När böcker med psykiatriskt tema släpps brukar vi normalt recensera dem i Svensk Psykiatri. Det var också min första impuls när jag i somras läste Kassandra av Carin Bartosch Edström. Men min nyfikenhet på såväl författaren som skapandeprocessen tog över och jag beslöt istället att intervjua Carin. Vem är denna person, som ännu inte femtio år fyllda, hunnit arbeta med operaregi och komposition och även är etablerad författare och översättare?

Vi stämde träff på Strand hotell en sen augustieftermiddag. Platsen kändes helt naturlig, helt i stil med de interiörer som karaktärerna i Kassandra rör sig i. Vi hinner knappt slå oss ner förrän Carin spontant börjar berätta om sin skaparprocess.

Till sin form är detta en kriminalroman, något som Carin uttrycker viss ambivalens inför. – Egentligen vill jag skriva om mänskliga känslomässiga sökanden, men kriminalromanens formspråk erbjuder så många fördelar, som i flera avseenden disciplinerar skrivandet. Ett tydligt tema som också leder till krav på en lösning, ett slut.

Mottagandet av boken delar in läsarna i två läger. De som väntar sig mord redan på andra sidan blir besvikna, eftersom det hinner gå mer än hundra sidor innan det riktigt hettar till. Andra har istället höjt boken till skyarna, uppskattande både den vackra prosan, de rikliga personskildringarna och inte minst intrigen i sig. – Jag älskar skönhet, även i språket, berättar Carin. Bisatser är alldeles för underskattade.

Om den demokratiska rättigheten till bildning

Carin Bartosch Edström beskriver sin bok som en "kulturdeckare". Just den högre kulturen ligger henne varmt om hjärtat. Hon återkommer flera gånger under vårt samtal

till sin oro över vår tids kulturella utarmning. Hon räds inte att uttrycka tankar om att högkulturen ger så mycket högre tillfredsställelse än de snabba kickar vi får i medias ganska likriktade och förenklade underhållningsutbud.

Men för att förstå högre kulturella uttryck krävs inget annat än bildning - kunskaper för att förstå liknelser, allegorier och formspråk. – Bildning är och ska vara lustbetonat. Skolan måste tidigt förmedla nyfikenhet och inte tvång.

Dramaturgi från grekisk mytologi

Under ytan av en kriminalroman följer nämligen Kassandra fullt ut den grekiska dramaturgin från Orestien av Aiskylos. Samtliga karaktärer har sina grekiska arketyper. Professor Ragnar Taljéus är Agamemnon själv. Hans exfru, den åldrande men ännu sexuellt tilldragande professorn Ingrid representerar Orestes mor Klytamnestra. Hennes yngre älskare Martin (chefen för Affektiva mottagningen) är Aighistos. Alexander själv, som genom sin insikt om forskningsfusk på kliniken, är själva urtypen för varnerskan – Kassandra. Eller som i forskarvärlden, en visselblåsare.

Faktiskt har samtliga karaktärer (och de är inte få) sin representation i grekisk litteratur. Så även den prestigefulla inkomstbringande kliniken Lejonporten, vars namn ju står i Mykene där Agamemnon var kung.

Väl insatt i den akademiska miljön, berättar Carin att hon ser tydliga likheter mellan forskningsvärlden och den grekiska dramaturgin. – I båda fallen förekommer konkurrens och tydliga antagonistiska förhållanden. Högt uppsatta forskare söker framhålla sig själva – och bekämpa sina motståndare. Där var psykiatrin ännu en inspirationskälla, för vad är trojanska kriget om inte en masspsykos?

**Var med om en utlottning och få boken *Kassandra*:
Skicka ett e-postmeddelande till
hans-peter.mofors@sll.se**

Lite om handlingen i *Kassandra*

Unge läkaren Alexander Seher borde aldrig ha disputerat. Det viskas redan om fusk. Ändå lovordas han av opponenter Tore Kollberg under disputationsfesten på Läkarförbundets festvåning. Handledaren, och Alexanders mentor i livet, är den kände tv-doktorn och psykiatriprofessorn Ragnar Taljéus som själv har lanserat den diagnos Alexanders avhandling bygger på. Med Taljéus syndrom tog Ragnars egen karriär tidigt en rasande fart, kopplad till behandlingshemmet Lejonporten.

Medan champagneflaskorna töms under festen flyter undertryckta spänningar upp till ytan. Någon smyger in en niddikt bland de förljugna hyllningstalen. Lejonporten ska rämna. Blod släcker hämndens törst! Dikten är signerad *Kassandra*, sierskan som varnade om undergång men aldrig blev trodd. Innan kvällen är över har ett mord begåtts.

Många står i Ragnars skugga, många svikna och många avundsjuka. Ragnars exfru Ingrid, även hon psykiatriker, liksom sonen Fredrik. Toastmastern Martin Lilja och Ragnars doktorand Suss Oliveqvist håller god min i elakt spel. Läkemedelsrepresentanten Camilla Laurell har en egen agenda. Men vilken roll spelar Alexanders far Gerhard Seher, finansmagnaten som en gång byggde upp Lejonporten tillsammans med Ragnar?

Kriminalkommissarie Ebba Schröder på Danderydspolisen finner ett fall med rötter över trettio år tillbaka. Mer än en avhandling står på spel när Ragnars egen forskning skärskådas. Hur djupt går fuskets och vem kan egentligen bedöma vad som är sanning?

Vi kommer åter in på kultur och samhällsintresse. För Carin Bartosch Edström är tillgång till bildning en demokratisk rättighet.

Hon ser med oro på utvecklingen av ett samhälle, där allt fler saknar nycklar till denna förståelse, och därmed också blir berövade högre grad av tillfredsställelse och

deltagande i den vardagliga diskursen. – Man får ut mer av en Mahlersymfoni eller en konstutställning om man har en viss förberedelse. Och finns det någon som ångrar att man har köpt ett abonnemang på Operan och istället återgår till en ensidig diet bestående av Svenska Hollywoodfruar och Bingolotto?

Varför skriva en kriminalroman i psykiatrimiljö?

Carin berättar om ett intresse för mötet mellan medicin och humaniora. Hon beskriver sig själv som en "ärkehumanist", upp vuxen i en akademisk miljö vid Svenska Institutet i Rom, med förväntningar på såväl högre examina som disputation. Det senare har hon alltid fått kämpa med. Det blev aldrig någon tvärvetenskaplig avhandling om italiensk operaöversättning. Arbetet med *Kassandra* har i viss mån blivit en uppgörelse med detta.

För några år sedan kom Carin genom anhöriga i kontakt med psykiatrin. I viss mån förfasades hon då över vad hon uppfattade som jakten på diagnos. – Allt kan ju inte fångas i en diagnos. Många gånger är det väl mer en bekräftelse på lidandet och hjälp utifrån behovsbilden som många efterfrågar, snarare än att bli satt i ett visst fack. Reflektionerna kring detta har också bidragit som inspirationskälla till boken – det komplexa fältet mellan normalitet och sjukdom.

I *Kassandra* förstår vi ganska snart att beskrivningen av lidandet i "Taljeus syndrom" passar många individer, även så dess behandling, där man väl får förmoda att det mesta bygger på placeboeffekter. Problemet är bara att grundforskningen inte har gått helt rätt till; det mesta är rent av ett falsarium. Men hur oetiskt är det, kan man fråga sig, om många känner igen sig och blir hjälpta?

Jag reflekterar själv över problemet med validiteten av många av psykiatrins diagnoser, varav flera hunnit komma och gå under mitt yrkesliv så här långt. Flera diagnoser, däribland depression, rymmer ju i själva verket så många olika typer av lidanden – men faller ändå under samma rubrik. Hotet om uppdagandet av de skakande grundvalarna kring "Taljeus syndrom" är centralt i *Kassandra*.

Kreativitet och gestaltning

Jag intresserar mig särskilt för skaparprocessen och inte minst gestaltningen av karaktärerna i en bok. Hur går processen till och hur gör man karaktärer och miljöer trovärdiga?

– Först och främst måste man vara besatt av att skriva, en känsla av att man bara måste göra det. Det räcker inte med ett halvhjärtat intresse, som när jag själv sökte till Operahögskolan i ungdomen. Jag hade inte den rätta energin, därför gick det inte vägen.

Vid debuten av den första romanen *Furioso* hade Carin hunnit fylla fyrtio, men berättelser hade hon skrivit sedan



Foto: Shutterstock/WitR

Lejonporten, ingången till palatset i Mykene, där enligt legenden kung Agamemnon och hans maka Klytamnestra bodde. "Lejonporten" är i Cassandra namnet på en framgångsrik privat psykiatrisk klinik.

tidiga tonår. Tillkomsten av en roman tar flera år. Berättelsen växer långsamt fram och i viss utsträckning har hon slutet klart för sig redan från början. Men mycket hinner hända under resans gång och det blir också en hel del kapande efteråt av typen "kill your darlings".

– Jag bokstavligen umgås med mina karaktärer dag och natt. Jag går in i dem, prövar att känna hur det känns. Det är viktigt för att skapa trovärdighet. Jag lider med dem, när de fattar felaktiga beslut och när jag ibland inser att jag måste ta livet av dem. Det är en både fascinerande och krävande upplevelse.

– Även nu, mer än ett år efter färdigställandet av Cassandra, lever jag med karaktärerna. Och det känns roligt att brodera ut dem vidare i nästa roman, som dock kommer ha ett helt annat tema: Hur lever man vidare med skam och skuld – efter att ha dödat någon?

Mötet mellan musik och litteratur

Att Carin har ett brinnande musikintresse råder det inte någon tvekan om. Det saknas inte referenser till musiken i boken, där det både lyssnas på och spelas en hel del klassisk musik. Detta blir särskilt tydligt i den utmärkta skildringen av intimitet som uppstår vid fyrhändigt pianospel av en Schubertfantasi.

Den musikaliska bakgrunden påverkar i hög grad Carins sätt att skriva. – Jag tänker formmässigt i fraser, även när jag skriver. Det är intressant hur grundtoner kan upprepas och återkomma även i prosan. Musikkomposition finns det inte längre lika mycket tid för. – Tyvärr måste jag erkänna att den vackraste musiken redan är komponerad. Med få undantag är senare decenniernas musik allt för teknisk och förutsägbar, menar Carin.

Hans-Peter Mofors
Vice ordförande i SPF

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatrin

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatrin

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2015.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri:
webmaster@svenskpsykiatri.se **före 15/1 2015.**

Vill du skänka ett bidrag till prissumman?

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

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

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen

Maudsley Forum

The annual Maudsley Forum offers psychiatrists, psychologists and others interested in mental health, the opportunity to learn about the most current advances in clinical and academic psychiatry, and to meet and network with dynamic, like-minded colleagues from around the world.

The programme emphasises how research informs evidence-based clinical practice and is designed to appeal to both junior clinicians and experienced consultants. Lectures and workshops will be delivered by the best clinicians and scientists from the Institute of Psychiatry, King's College London, and the South London and Maudsley NHS Foundation Trust.

In addition to clinical content delegates will have opportunities to discuss potential research ideas or proposals with leading academics at the Institute of Psychiatry.

Speakers include

Prof Clive Ballard • Prof Dinesh Bhugra • Prof Tony Cleare • Prof Anthony David • Dr Marta DiForti • Prof Tom Fahy • Prof Matthew Hotopf • Prof Louise Howard • Prof Shitij Kapur • Prof Philip McGuire • Prof Declan Murphy • Prof Sir Robin Murray • Dr Emmanuelle Peters • Prof Sir Michael Rutter • Prof Stephen Scott • Prof David Taylor • Prof Janet Treasure • Prof Jim Van Os • Prof David Veale • Prof Sir Simon Wessely • Prof Allan Young.

Some of the topics

Advances in Bipolar Disorders • Advances in child psychiatry • Advances in the treatment of psychosis • Advances in understanding Alzheimer's disease • CBT for Psychosis • Decision making capacity • Eating disorders • Gene-Environment interactions • How to improve parenting and benefit child mental health • Medication in pregnancy • Neuroimaging in clinical psychiatry • Neuropsychiatry-Depersonalisation • The Maudsley Prescribing Guidelines • Psychiatric Genetics • Update on Obsessive Compulsive and related Disorders.

Online booking is now open and closes on 1st October 2014. There are a maximum of 50 places, which are allocated on a first come first served basis.

This event carries 19 CPD points.

Further details can be found at

<http://www.maudsleyforum.iop.kcl.ac.uk/>

**Marie Bendix
Överläkare**

**Konsultenheten, Psykiatri Sydväst,
Stockholms läns sjukvårdsområde**

**Maudsley Forum ambassador
marie.bendix@me.com**

Rapport från Almedalsveckan

Almedalen nådde i år publikrekord med 32 000 deltagare och ca 3500 evenemang. Anledningen var att det är valår men även att den mediala exponeringen av evenemangen inte når samma nivå någon annan gång under året. Det är alltså en bedrift att nå ut under dessa omständigheter men psykiatrin lyckades väl.

Ullakarin Nyberg presenterade sin bok "Konsten att rädda liv – om att förebygga självmord" i en fullsatt sal arrangerat av psykologförbundet. Den innehåller goda råd hur man kan förhålla sig när man misstänker att någon i ens närhet mår dåligt och kanske ligger i riskzonen för att begå självmord. Det är tydligt att ämnet är så svårt att många av oss vill undvika att konfronteras med det.

Troligen känner vi oss valhända dels för att vi inte vet hur vi skall bete oss och vad vi skall säga men också för att det är ett så stort ansvar att väcka förhoppningar att vi kan göra något. Ofta har vi inte tid att lyssna ut en person i kris. Vi kanske inte heller kan finnas över tid så länge personen behöver oss. Ullakarin gav mycket goda råd hur vi kan förmedla vårt engagemang även i dessa situationer. Huvudsaken är att vi inte låter bli att närma oss de som vi upplever ligger i riskzonen och att vi förmedlar att vi gärna vill lyssna på dem och att vi bryr oss och känner oss oroliga för dem. Publiken var mycket aktiv med frågor och många av dem ayhandlas inte i denna bok men Ullakarin står i begrepp att skriva ytterligare en bok som belyser hur vi kan bete oss för att personer med självmordstankar ska känna sig mindre ensamma med sina tankar.



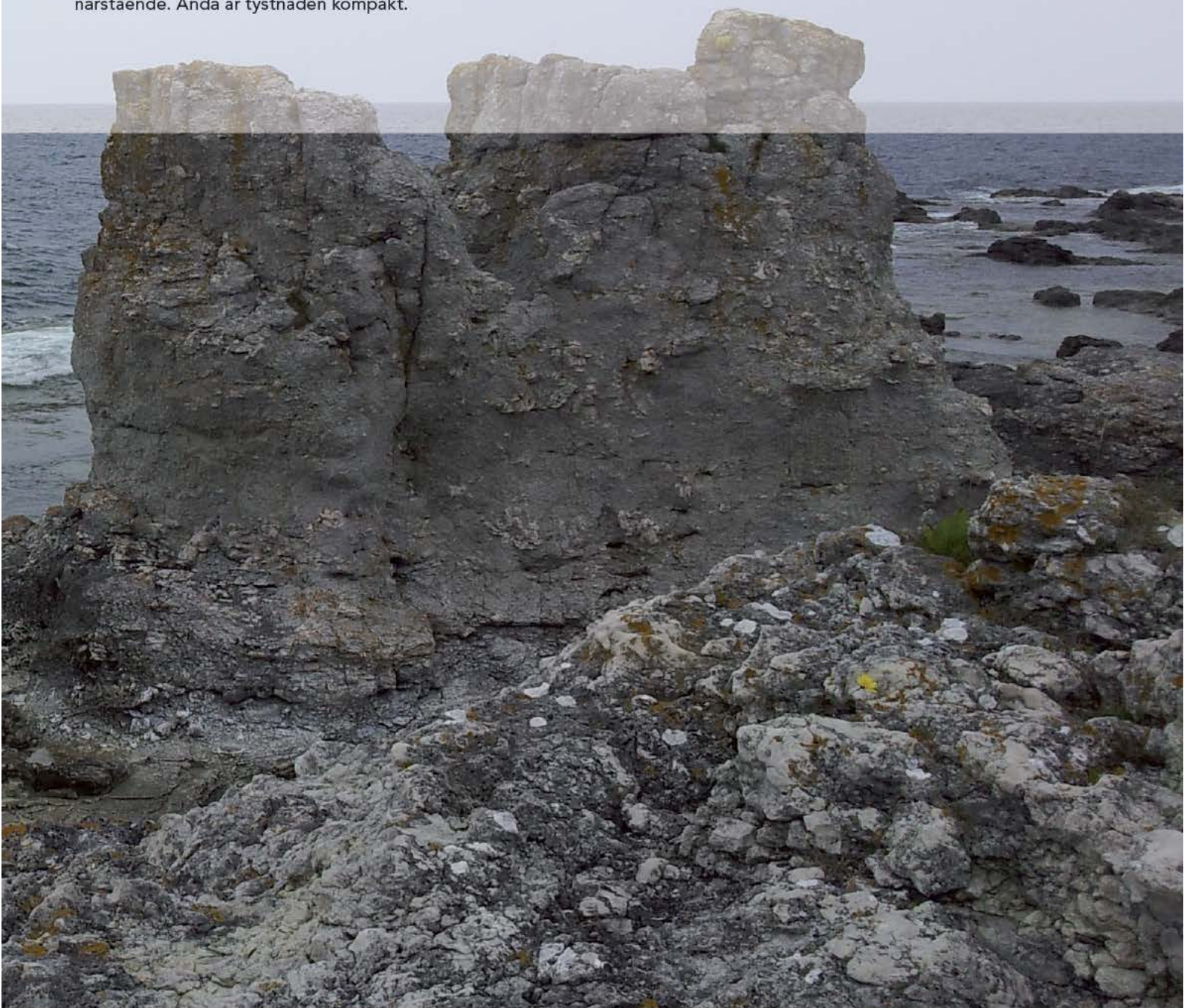
Att leva är livslångt men att vilja ta livet av sig är ofta ögonblickskort och möjligt att förändra – så avslutades seminariet.

Hjärnkoll – kan kampanjen mot stigmatisering av psykiskt sjuka fortsätta?

På "Psykisk Hälsa Kaféet" presenterades olika temata som "psykiatrins roll i samhället", "den ökande ohälsan hos unga" och att primärvården inte räcker till som första linjens psykiatri. Hjärnkoll var först ut med Rickard Bracken och Anki Sandberg som moderatorer. Tre av fyra personer har erfarenhet av psykisk ohälsa antingen själva eller som närstående. Ändå är tystnaden kompakt.

De senaste fyra åren har kampanjen "Hjärnkoll" lyckats förändra negativa attityder till personer med psykisk ohälsa men mycket återstår att göra. En viktig politisk valfråga borde vara att Sveriges politiker vill fortsätta med det arbetet. Medverkande var Anders Printz, psykiatrisamordnare Socialdepartementet, Meeri Wasberg (s), Stefan Lamme (m), Eva Olofsson (v), Magnus Sjödahl (kd), Anna-Karin Klomp (kd) och Agneta Granström (mp). Svaret var inte entydigt men ambitioner finns i alla partier.

Frågan är särskilt viktig då projektet Hjärnkoll upphör vid årsskiftet.



Dock skall ambassadörerna, de med egen erfarenhet av psykisk sjukdom, ges möjlighet att fortsätta sitt viktiga upplysningsarbete för att motverka stigmat av psykisk sjukdom.

Kvalitetsregistren inom psykiatri – hur ser framtiden ut?

Psykosregistret presenterades av Ing-Marie Wieselgren. Hittills har psykiatriska mottagningar och kliniker erbjudits aktivitetsrelaterade budgetmedel för att registrera vilket ökat antalet registreringar markant. Med den nya plattformen Inka kommer man i en snar framtid att kunna få feedback avseende kvaliteten och behandlingsresultaten i sin egen psykiatriska verksamhet så att det blir möjligt att koppla insats till utfall. Man kommer inte längre att få medel för att registrera utan "belöningen" är alltså denna feedback som möjliggör kritisk granskning och att utbudet anpassas till det som visar bäst effekt. Vilken patient vill då avstå från att bli registrerad, undrade Ing-Marie?

Vad händer med noll-visionen om självmord?

Den ideella organisationen MIND (f.d. Psykisk Hälsa) hade ett uppskattat seminarium om självmordsprevention "Vad händer med nollvisionen om självmord". Varje år dör drygt 1500 personer genom självmord. År 2008 antog riksdagen en nollvision om självmord. Till skillnad från nollvisionen avseende trafikdöden är dock denna noll-vision ganska okänd och antalet självmord har inte minskat de senaste 5 åren. Medverkande var bl.a Anders Printz och Gunilla Wahken, f.d. ordförande för anhörigföreningen SPES. Det står alltså klart att visionen inte gett avsett resultat, också det till skillnad från trafikdöd-nollvisionen och att man kan ställa sig frågan om psykisk ohälsa intar samma position som andra politiska satsningar i budget-tilldelning och status.

Är psykiatrifrågor prioriterade av politiker?

Gudrun Schyman (FI), Mona Sahlin (S) och Hanif Bali riksdagsledamot (MP) drog fulla hus när dom skulle delge politikernas engagemang i frågan om psykisk sjukdom och dess prioritering i det politiska arbetet. Samtalet kom att handla om rasism, fördomar och hur det drabbar svaga grupper i samhället. Speciellt framhölls invandrare, kvinnor och homo- och bisexuella som utsatta grupper. Det fanns en enighet över blockgränsen att stävja fördomar i vilket form det än är.

Dock fanns inga konkreta planer när det gäller psykiskt

sjuka som grupp. Detta föranledde en fråga från auditoriet – varför är inte psykisk ohälsa en profilfråga för något politiskt parti när det utgör den främsta anledningen till sjukskrivningen och dessutom är den ohälsa som ökar mest, speciellt i unga åldrar. Svaret från Gudrun Schyman blev: Ni får väl först komma överens mellan kommun och landsting om vem som gör vad! Hur svaret kan tydas är upp till var och en men psykisk ohälsa tycks inte vara prioriterad fråga.

Nationellt krafttag mot självskadebeteende

Under rubriken "Nationellt krafttag mot självskadebeteende" berättade Lise-Lotte Risö Bergerlind om projektet och att det förväntas ge viktiga kunskaper om vilka behandlingsinsatser som ger bäst effekt. Särskilt nämndes dialektisk beteendeterapi (DBT), mentaliserings-baserad terapi (MBT) och Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) som förväntas bli rekommenderade insatser i framtiden. Dock kvarstår att visa vilka undergrupper som har hjälp av vilken insats. Personer med självskadebeteende är en heterogen grupp där behandlingen bör individualiseras.

Hanna Parén från brukarföreningen SHEDO berättade om sin egen erfarenhet som patient med självskadebeteende. Hon hade tidigt ätstörning och utvecklade senare ett självskadebeteende. Hennes väg genom vården var kantad av svårigheter därför att hon inte passade in i de "stuprör" som karakteriserar psykiatris subspecialisering. Ätstörning hanteras av enheter som inte ger behandling för självskadebeteende och enheter som hanterar självskadebeteende kräver en personlighetsstörning för att se det som sitt bord, vilket hon inte hade. Hon lyckades till sist att få behandling och är idag 25 år senare välfungerande



även om vissa symtom fortfarande kan besvära henne. Hon ger nu föreläsningar och försörjer sig själv. På frågan om något speciellt hjälpt henne svarade hon att engagemanget och "det lilla extra" som vissa bland psykiatrins personal gav henne och stödjande föräldrar var det som hade hjälpt mest.

Jämlik vård – en utopi inom psykiatri?

Tidskriften Dagens Medicin arrangerade tillsammans med läkemedelsföretaget Janssen ett seminarium benämnt "Jämlik vård – är det en utopi inom psykiatri?". Följande personer medverkade: Johan Hagberg, överläkare, affektiva sektionen, S:t Görans sjukhus, Norra Stockholms psykiatri; Anders Printz, samordnare PRIO-satsningen, Socialdepartementet; Ing-Marie Wieselgren, psykiatrisamordnare, Sveriges Kommuner och Landsting; Lena Nilsson, läkare, ordförande i IBIS, Intresseföreningen för bipolär sjukdom; Anders Åkesson, regionråd (MP), Region Skåne. Seminariet var mycket välbesökt av både personal och brukare.

Trots att psykisk ohälsa nästan når en epidemisk utbredning inom det svenska samhället finns inte i motsvarande grad en beredskap motverka denna utveckling. Svårigheten att följa, eller motståndet att implementera evidensbaserade riktlinjer berördes liksom bristen på samverkan mellan olika aktörer. Följande frågor ställdes till de medverkande

- Vad krävs nu för att omsätta kunskap och satsningar till praktik?
- När ska psykiskt sjuka få evidensbaserad vård efter aktuella riktlinjer?
- När ska vi se psykisk sjukdom som en folksjukdom av samma dignitet som cancer?

Mycket har hänt i positiv riktning men stigmat ligger fortfarande i vägen för god utveckling liksom bristen på incitament att ändra något inom psykiatri. Det talades till och med om att förelägga viten för de som inte uppfyller krav på god och evidensbaserad vård.

Ska det civila samhället ansvara för ungas psykiska hälsa?

BRIS anordnade ett debattseminarium lett av Kattis Ahlström på temat – vilket ansvar har samhället?. De ungas situation tycks förvärras alltmer och BRIS som är en stiftelse och frivilligorganisation har alltmer kommit att få rollen som första instans vid psykisk ohälsa. En kurator som arbetar inom BRIS vittnade om otillgängligheten inom psykiatri. Det var inte ovanligt att BRIS får spendera en hel dag för att hjälpa en ungdom till en psykiatrisk kontakt trots att ungdomen eller barnet har en svår problematik med suicidalitet. BRIS vill värna om sin oberoende status för det möjliggör att de som ringer kan vara anonyma. Ing-Marie Wieselgren medverkade och tydliggjorde att vi alla har ett ansvar för situationen och lösningar måste byggas på initiativ. Två politiska partier, moderaterna och vänsterpartiet var företrädare och olikheterna i åskådning blev tydlig trots att bägge ville lösa problemen.

**Text och foto:
Lena Flyckt**

Ordförande SPF



Afrikanska ordspråk och viktiga motioner

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **12/11**
Tema Nätverk

Rapport från Läkarförbundets fullmäktigemöte 15-16 maj 2014

Läkarförbundets fullmäktigemöte inleddes med ett fängslande tal av Margaret Mungherera, psykiater från Uganda och president för World Medical Association (WMA). Läs mer om hennes anförande på Läkartidningens hemsida. Som kärnbudskap citerade hon ett afrikanskt ordspråk: "If I run alone I run FAST. If we run together we run FAR". Hon ville uppmuntra olika länder att samarbeta, men det gäller lika mycket i vår vardag, kollegor emellan, och mellan olika yrkesprofessioner.

På första dagen skedde arbetet i tre parallella utskott:

1. Organisation, kommunikation, ekonomi, utbildning och forskning
2. Förhandling, arbetsliv och juridik
3. Sjukvårdspolitik och sjukvårdsorganisation

Utskottsbehandlingen redovisades i plenum på andra dagen. Viktiga motioner som antogs av fullmäktige gällde bland annat:

- Fortbildning av specialister
- Införande av en läkared eller etiska riktlinjer i samband med examinationen
- När det gäller journaler på nätet bestämdes att först undersöka gällande lagstiftning
- Delaktighet och inflytande för läkare vid utveckling av sjukvårdens IT-system

Heidi Stensmyren valdes till ordförande i förbundet och angav att hon skulle driva frågor kring:

- Att det skulle vara ett meritvärde att vara med i LF
- Kompetensutvecklingen för läkare
- Professionsfrågorna med mer ansvar till professionen, och att styrningen av vården skulle ligga längre ner i organisationen

Tre personer med psykiatrisk specialitet valdes in i Centralstyrelsen (CS): Thomas Lindén, Sofia Rydgren Stale och Carl Johan Sundberg.

Dag 1: Alessandra Hedlund, facklig sekreterare SPF
Dag 2: Astrid Lindstrand, skattmästare SPF

Ta del av våra remissvar!

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



ANNONS



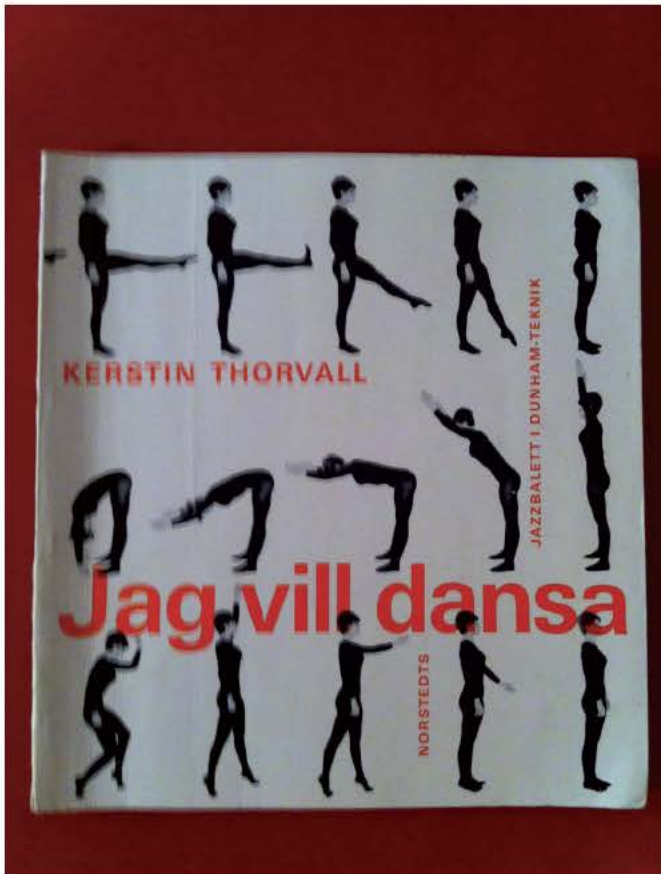
Ett (dans)steg i taget

Hon kommer fram till mig, där jag står och föreläser, ställer sig alldeles för nära och pratar högt och entonigt. Orden forsar ur henne och jag hinner förstå att hon har en släkt som låtit tala om sig i författarkretsar. Artigt ger jag henne ett åh, så trevligt, men ber henne vänta med pratet och istället lyssna. Det går sisådär, hon har svårt att sitta still och att inte fara ut i långa haranger som inte hör hemma i sammanhanget. Jag pratar ändå och de andra som kommit för att vara med på DansStegets första tillfälle, riktar sin uppmärksamhet till de få bilderna jag visar och det jag berättar istället. Snart ska vi dansa och min korta inledning om hur fysisk aktivitet i allmänhet, och dans i synnerhet, och hälsa hör ihop uppskattas. Nej, det är ju inte så att golf eller bergsklättring eller styrketräning inte är lika bra, nej så klart inte. Men jag och två dansvänners initiativ just där och då handlar om dans, både i teori och praktik.

Efter en paus med frukt så kör vi igång med praktiken. Nu ska vi dansa tillsammans. Det är nybörjarnivå och två olika danser prövas på, Linedance och Zumba. För den helt oinvidge är den första en amerikansk koreograferad dans där man dansar på linjer, var för sig, och dans nummer två är en namnskyddad dans och träningsform som har sin bas i latinamerikansk musik och tradition. Ungefär i alla fall. Det blir så roligt. Det är ungefär tio personer som vågat sig

till lokalen som vi fått låna av RSMH (en paraplyorganisation för brukarföreningar där psykisk ohälsa förener) och vi har också annonserat via utskick till patienter och anhöriga. En deltagare, en man, hade läst lite slarvigt och trodde att det var bara en föreläsning. Han stannar kvar ändå och säger sedan att det är första gången överhuvudtaget som han dansar. Jag blir lycklig, kanske lyckligast. Idén är min och tanken är kort och gott att jag vill dela med mig av danslyckan som jag själv upplever. Dansen kan ge så himla mycket och vara en genväg till gemenskap och är verkligen social tillvaro, även om det ännu inte är pardans vi introducerar.

Först ut är Cut a rug, som på linedancespråk räknas till kategorin ultrabeginner. Vi dansar mot två väggar, det vill säga man vänder sig 180 grader så man kommer tillbaka till ursprungspositionen och börjar om efter några stegkombinationer. Man kan dansa mot fyra väggar förstås och då vänder man ju bara 90 grader i taget. Det går så bra, deltagarna sliter och utmanar sig och blir svettiga. Vi tar frukt- och vattenpaus en gång till innan vi byter dans. Zumba eller för att vara helt korrekt, Zumba Gold. Det är också nybörjarvariant av den dansen och anpassad för den som kanske inte kan stå (sittande dans) och höftknyckarna är lite lagom, så där i början. Jag själv



 vrede



[VR'E:DE]

-förbittring, ilska

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **12/11**
Tema Nätverk

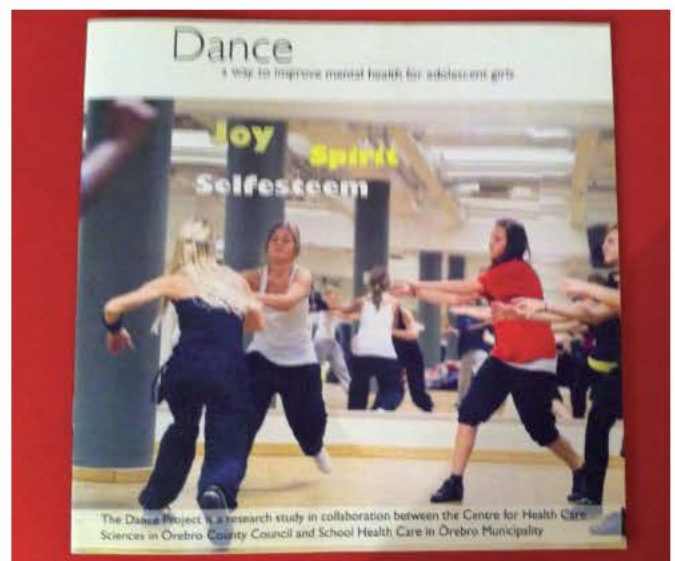
är en ganska stel person som inte har så lätt för varken musiken eller knyckandet, men jag försöker så gott jag kan. Kvinnan som pratar mer än hon dansar gör också sitt bästa, men hon fortsätter att vilja berätta om sin släkt och annat. Hon är med på sina villkor och det är gott nog. Efter två timmar är det slut. Mina nyfunna dansvänner och jag plockar ihop, eftersvettas och konstaterar: Det här gör vi om tjejer! För mig känns det som en fin spin-off av levnadsvanearbetet riktat mot psykiatrin. Det finns många projekt och tillfällen och andra sammanhang där dans är en del i behandling vid psykisk ohälsa och detta lilla steg är ett i mängden.

I höst är det slutspurt för hela projektet och jag hoppas att det har lett och kommer att leda till många goda steg i rätt riktning! En milstolpe värd att stanna till vid är kongressen med stort K! Jämlik vård för alla! Swing it!

www.jamlikvard2014.se

Jill Taube

Projektet "Läkares samtal om levnadsvanor"
Adjungerad SPF:s styrelse





Lite smått och gott från mötet med
Joint Committee i Reykjavik

21 – 22 augusti 2014

Så var det åter dags för ett Joint Committee (JC)-möte. JC är en sammanslutning av de nordiska och baltiska psykiatriska föreningarna. Mötet ägde rum i Reykjavik, en stad där jag endast varit en gång tidigare. Sverige representerades denna gång enbart av mig då både Hans Ågren, 6-årsdelegat, samt Hans-Peter Mofors, redaktör för *The Nordic Psychiatrist*, fått förhinder. Sverige är ordförandeland i JC fram till nästa nordiska kongress i Köpenhamn 20 – 23 september 2015.

Det var spännande hela tiden. Skulle mötet bli av? Skulle vi kunna ta oss hem? Orsaken till dessa funderingar både före och under mötet var att vulkanen Bardarbunga hade fått ökad aktivitet. 300 personer i området kring vulkanen hade evakuerats. Vår isländska kollega Nanna Briem tog det väldigt lugnt; "så här har det varit många gånger under min livstid...". Så ingen blev hemma av det skälet och vi mötte upp med minst en representant vardera från alla de 8 nordiska och baltiska länderna.

Själv hade jag i färskt minne vulkanen Eyjafjallajökulls utbrott 2010 när askmolnet lamslog stora delar av flygtrafiken i

Europa i nästan en månad. Att jag minns det så väl beror på att SPF, där jag då var ordförande, var värd för ett UEMS-möte i Stockholm. De som tänkt åka samma dag kom inte iväg och de som kommit kvällen innan kom inte hem vid mötets slut. Den delegat som blev kvar längst, från Grekland om jag minns rätt, kom hem nästan 1 vecka senare än planerat.

Nåväl, vi hade tur och allt gick denna gång som planerat men efter min hemkomst har vulkanens aktivitet ökat och både lava och aska har trängt ut.

Under mötet var det stort fokus på den nordiska kongressen, 20 – 23 september 2015 i Köpenhamn. Nu är det bara 1 år kvar och ett program har börjat ta form. Key note speakers har tackat ja och call for abstracts är på väg ut. Temat är "Psychiatry works". Ett spår kommer att vara kring barn- och ungdomspsykiatri, de stora sjukdomarna (ex schizofreni och affektiva sjukdomar) kommer att ha egna spår och det planeras särskilda arrangemang för ST-läkare.

Den nye redaktören för *Nordic Journal of Psychiatry*, Martin Balslev Jørgensen från Danmark, hälsades varmt välkommen. Han ersätter Hasse Karlsson från Finland som efter många



års framgångsrikt arbete bett att få avsluta. NJP finns sedan några år tillbaka "bara" som online-version liksom så många andra vetenskapliga tidskrifter. Den sk impact-factorn för NJP stiger ständigt vilket är glädjande men ger också mer arbete. Vi diskuterade även avtalet med förlaget, Informa, som det nu är dags att förnya. Juridiska formuleringar är inte det lättaste så det tog en stund att hitta konsensus i den diskussionen.



Detta var några av punkterna. Tiden gick fort och några frågor får vi återkomma till när vi ses nästa gång. Det blir först i september 2015 i samband med den nordiska kongressen. Skriv in det i din almanacka så vi ses då. Det kommer att bli riktigt, riktigt bra!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande i Joint Committee
Foto: Henrik Wahlberg



ANNONS

Själen ur två perspektiv

Jag har under det gångna året ägnat tid åt två böcker, som ger nya perspektiv på sånt jag sysslat med under de senaste femtio åren och därtill kittlat den mera debattlystna psykodramatikern i mig.

Den första heter *The Social Unconscious in Persons, Groups and Societies* och är redigerad av Earl Hopper och Haim Weinberg. Båda är gruppanalytiker verksamma inom International Association of Group Therapy and Group Processes, en paraplyorganisation grundad på 70-talet av JL Moreno, psykodramats upphovsman, med intentionen att omfatta alla existerande former av gruppterapi.

Boken innehåller 13 kapitel, flertalet skrivna av bidragsgivare från gruppterapeutisk tradition. Undantagna är de brasilianska psykodramatikerna, Heloisa Fleury och Anna Maria Knobel, som presenterar JL Morenos båda begrepp, "the co-conscious" och "the co-unconscious". Om boken skriver Peter Fonagy, en av mentaliseringsbegreppets främsta företrädare: "The clearest and most definitive statement about unconscious processes in social groups to date. A momentous volume that will define the field for decades to come; essential reading for all of us."

Den andra boken är Daniel Siegels *The Developing Mind*. Dess första upplaga utkom 1999 och med undertiteln "How Relationships and the Brain Interact to Shape Who we are." Daniel Siegel är barnpsykiater och har redan bakom sig en rik bokproduktion om neurobiologi, mindfulness och om barns utveckling. Han har särskilt fokus på anknytningens och de yttre erfarenheternas betydelse för hjärnans utveckling. Om denna bok skrev en recensent att den var briljant men inte borde läsas i ett sträck, snarare smuttas på som ett gott portvin. Jag har smuttat nu på andra upplagan, som utkom förra året. Kapitelindelningen är densamma, budskapet sådant det framgår av undertiteln likaså. Men texten är uppdaterad och boken är försedd med mer än tvåtusen referenser, flertalet från de senaste tio åren. Det forskas uppenbart intensivt på området. Siegel tackar i företalet ett stort antal medarbetare som hjälpt honom att söka referenser.

Gemensamt fokus för båda böckerna är det intersubjektiva perspektivet ehuru från diametralt motsatta utsiktspunkter, den gruppanalytiska och det neuropsykologiska. Hopper och Weinberg konstaterar att psykoanalysen fortsatt undervärderar människans sociala natur och att social vetenskap ignorerar det omedvetna.

De tilldelar gruppanalysen rollen att integrera båda perspektiven. Siegel skriver att den "sociala hjärnan" kan utvecklas endast i samspel med omgivningen. Han avslutar sin bok med att be sina läsare att begrunda tanken att man tillhör ett större sammanhang, är en liten del i en jättelik väv som förenar individer nu och genom tiderna. Han definierar "altruistisk (transpirational!) integration" som känslan att det ska vara lika självklart att tillsammans med likasinnade bidra till världens väl som att värna sig själv. Denna vackra tanke kunde likaväl ha formulerats av JL Moreno, som under hela sitt liv höll fast vid en optimistisk syn på mänsklighetens utvecklingsmöjligheter.

Fortsättningsvis skriver jag om en bok i taget!

Om "Social Unconscious"

Begreppet definieras av Hopper som de existerande sociala, kulturella och kommunikativa förhållanden i alla samhällen, som styr oss utan att vi närmare tänker på det. Ungefär som klockan på armen! I vår individualistiska era finns en stark benägenhet att bortse från gruppens betydelse. Psykoanalytiskt tänkande och praxis har länge helt fokuserat på den enskilda individen. Det dröjde innan terapeuten sågs som medmänniska och inte projektduk för klientens omedvetna.

Det var ändå den tyskfödde psykoanalytikern SH Foulkes som blev gruppanalysens fader. Hans sentida tyska efterföljare, Dieter Nitzgen, presenterar honom sålunda: Foulkes tog intryck av de tidiga gestaltpsykologernas betoning av helhetsperspektivet. En annan influens var socialpsykologen Norbert Elias, som redan på 30-talet lanserade begreppet "Homines Aparti", den öppna människan som en mera träffande beskrivning än det individualistiska "Homines Clausis", den stängda människan. Norbert Elias är en intressant tänkare, som vore värd en egen artikel. Foulkes skrev att traditionella uppdelningar som inre och yttre värld, individ kontra samhälle, fantasi och verklighet, kropp och själ m.fl. var artificiella abstraktioner härrörande från en livsprocess som vi inte kan förstå.

Foulkes flydde undan nazismen till London, än i dag gruppanalysens Mekka. Där utvecklade han sina idéer och föregenskade sitt ursprungliga tyska namn. Foulkes använde begreppet matrix – som betyder moder – som benämning på det osynliga psykologiska nätverk, som vi är en del av och som hela tiden influerar oss.

Varje grupp har sitt eget dynamiska matrix och det är en reflektion av det matrix som omfattar hela samhället, dvs. Social Unconscious. Foulkes behöll den psykoanalytiska grundmetoden att arbeta med fria associationer. Han framhöll att all kommunikation i gruppen avspeglar gruppens matrix. Att synliggöra denna process är en viktig del av det terapeutiska arbetet.

Heloisa Fleury och Anna Maria Knobel har i sitt kapitel lyft fram JL Morenos på 30-talet formulerade begrepp co-conscious och co-unconscious. Men redan 1923 hade han skrivit ner sina iakttagelser om "osynligt" utbyte av känslor mellan skådespelarna i hans teatergrupp, vad han senare skulle kalla tele. Kanske det första som skrivits om vad vi nu i Daniel Sterns och andras efterföljd kallar implicit kommunikation. Co-conscious är en grupps gemensamma medvetna kunskap om sin historia. Co-unconscious är de omedvetna gemensamma kunskaperna om gruppen, ungefär detsamma som Foulkes gruppmatrix. Fleury och Knobel menar att dessa begrepp först genom nutida kunskaper om neurovetenskap, t.ex. spegelneuronens funktion kunnat få status som vetenskapliga begrepp. I psykodramagruppen är det genom val, kroppsspråk och aktion som co-unconscious kommer till uttryck och blir terapeutiskt material.

Hur förhålla sig till Freud?

I många av bokens bidrag kan man spåra en brottningsmatch mellan de intersubjektiva perspektiven och en önskan att ändå inte rucka på Freuds storhet. Freuds negativa hållning till grupper är ju välkänd. Man kan spekulera kring om den härrörde från de förfärande erfarenheterna från första världskriget. Det händer alltjämt att man angriper Freud med en hetta som om han fanns levande ibland oss och förbiser att hans tankeredskap speglar vetenskapens ståndpunkt vid förra sekelskiftet. Han bör inte lastas för att han inte i alla avseenden såg längre. Det kan väl räcka att han bidrog till att revolutionera synen på mänskligt liv. Att psykoanalysen delvis stelnade i en personstänk och arrogant självöverskattning bör snarare lastas bokstavstroende efterföljare. Men också flertalet förnyare inom psykoterapi var från början psykoanalytiker som kände behovet att bryta upp och gå vidare. Wilhelm Reich, Karen Horney, John Bowlby, Fritz Perls, Joseph Wolpe, Aaron Beck är några namn. Moreno däremot var ju i hela sitt liv i polemik med Freud och långt före sina samtida kollegor i sin syn på det intersubjektiva. I de olika bidragen i denna bok finns det många referenser till neuropsykologins utveckling, till upptäckten av spegelneuronen och till den forskning som Siegel beskriver mera utförligt. Samtidigt försöker man behålla ett övergripande psykoanalytiskt perspektiv.

Den engelska gruppanalytikern Tom Ormay föreslår begreppet "Nos" som en utvidgning av en persons begreppet "Ego". Han ser medvetandet som en produkt av "Nos", samskapat i relation med omgivande individer och en bas för solidaritet och samförstånd. Det kan leda tankarna till

vad Winnicott för länge sedan uttryckte:

"Det finns inte något sådant som en baby, bara en "mamma-baby". Analogt menar Tom Ormay att man aldrig kan tala om en individ som sådan utan alltid om "individen i ett samhälle".

Helena Klimová, som växte upp i kommunismens Tjeckoslovakien, har egenupplevda erfarenheter av hur betydelsen av ord och pronomen förändrades. Hon skriver att de som förtrycktes av nazisterna själva blev förtryckare i sin iver att skapa "en bättre värld". Man påtvingades en du-reform som suddade ut gränserna för personlig integritet. Ett "falskt vi" skulle ge en illusion om samstämmighet och upplösa gränser. "Monstruöst de" stod för ickemänskliga objekt, dvs. samhällets fiender. Men för majoriteten invånare blev "de" = den auktoritära makten. "Moder"-partiet var gudalikt, omnipotent, evigt och allvetande. Grupp blev ett fult ord, reserverat för klassfienden. Det skapades kategoriseringar och tankemönster som infantiliserade den förtryckta befolkningen och blev en jordmån för "falsa själv".

En annan engelsk gruppanalytiker, Farhad Dalal, menar att essensen av det socialt omedvetna är hur processerna kring relationer, anknytning och intersubjektivitet i vår miljö implicit styr oss och påverkar våra relationer i alla sammanhang. Vi suger åt oss ett språk och ett sätt att tänka som finns som ett osmält material i hjärnan. (När jag läste detta kom jag att tänka på Fritz Perls, gestaltterapi grundare, som liknade omgivningens påverkan på individen med dåligt tuggad och osmält mat!)

Det skulle ta för stort utrymme att referera alla bidrag i boken, därmed inte sagt att de inte skulle vara läsvärda. De handlar bl.a. om Jungs begrepp, det kollektiva undermedvetna och om myternas, historieskrivningarnas och det transgenerationellas betydelse inom våra kulturer.

Det är en spännande och innehållsrik bok, som med fördel kan läsas i lugn takt, ett bidrag i taget. Det blir uppenbart hur mycket socialvetenskap, beteendeforskning och neurovetenskap har ruskat om gamla mossiga begrepp och hur tänkandet om grupp blir högintressant. Kanske kan vi få ett uppsving för gruppens betydelse även i vårt eget av hävd så individualistiska samhälle. Och som psykodramatiker kan man med viss tillfredsställelse konstatera att det verkar som om man börjar komma i kapp Moreno.

The Developing Mind

Nästa del av denna presentation kommer att ägnas Daniel Siegels bok och hur han ser på de själsliga processerna. Jag har valt att översätta det engelska ordet "Mind" med själ. Det känns som om det är i samklang med Siegels intentioner. Han beskriver själen som en "förkroppsligad relationell process som reglerar energi- och informationsflödet". Själens substrat är både nervsystemet (inte bara hjärnan) i hela kroppen och kommunikationsmönstret i våra relationer.

Vi är beroende av andra för att våra själar ska fungera.

Hjärnan och det övriga nervsystemet är det kroppsliga substratet med mer än 100 miljarder nervceller, organet där energi och information transporteras i nervbanor genom elektrokemiska processer. Hur fysiologiska processer i hjärnan översätts till tankar, minnen, känslor och upplevelser förblir ett mysterium. Men tack vare vetenskapens utveckling vet vi en del om hur flödena går och vilka delar av hjärnan som är aktivast vid olika själsliga tillstånd.

Det finns ett antal teman som Siegel upprepade gånger återkommer till i sin framställning. Han skriver om arv eller miljö, ett traditionellt stridsäpple. Han tycker frågan är fel ställd. Den borde formuleras sålunda: Hur samverkar ärftlighet, epigenetik och erfarenhet? Siegel uppskattar ärftlighetens roll till ungefär 50 %. Det är om de icke genetiska 50 % -en som han skriver i sin bok.

Epigenetik

Med epigenetik menas hur yttre påverkan kan förändra det genetiska budskapet. Det finns t.ex. forskning tydande på att svåra barndomstrauman för all framtid kan förändra genetiska uttryck. Siegel spekulerar kring att upprepade upplevelser av t.ex. farosituationer skulle leda till genetiska förändringar som fortplantas till avkomman. En möjlig mekanism bakom t.ex. fobier. Vi skulle helt enkelt fortfarande vara bärare av våra stenåldersförfäders erfarenheter av faran att bli instängd eller riskera att falla från höga höjder. Detta är i strid med den gängse idén att vi härstammar från de förfäder som överlevde eftersom de hade de rätta livsreddande egenskaperna. Frågeställningar kring epigenetik dyker upp regelbundet i Siegels resonemang.

Spontanitet och kreativitet

Siegel beskriver hjärnan som ett levande dynamiskt system med förmåga att reglera sig själv och integrera utifrån kommande stimuli och som ett "komplext ickelinjärt system". Därmed menas att det inte går att förutse dess funktion utifrån orsak och verkan. Man kan endast i måttlig utsträckning förutse vad som ska hända. Det finns utrymme både för spontanitet och kaos. Han menar dock att systemet har en tendens till stabila tillstånd och återkommande mönster. "Vi lever i ett evigt tillstånd av att skapas och skapa oss själva. Vi kommer aldrig att vara desamma och har aldrig helt varit vad vi är här och nu." Siegel citerar en annan forskare, Boldrini, som skriver att "spontaniteten, oförutsägbarheten och de självorganiserande egenskaperna som kännetecknar ickelinjära system väl förklarar människans spontana, oförutsägbara och kreativa natur."

"Use it or lose it"

Siegel understryker hur hjärnan utvecklas och får sin struktur genom stimulans från omgivningen. Det nyfödda barnets hjärna har många nervceller men få synapser (förbindelser mellan nervcellerna). Man skulle kunna likna den vid en

oplöjd åker. Under barnets tidiga utveckling ökas mängden synapser och nervbanor snabbt.

De som stimuleras utvecklas – de som inte används tillbakabildas. Det är också så att nervbanor som aktiveras samtidigt fortsätter att aktiveras tillsammans. Så skapas strukturer och samband. Naturligtvis är hjärnans utveckling genetiskt programmerad – men Siegel menar att signalerna utifrån spelar en avgörande roll.

Anknytningsteori

Ett utförligt kapitel är ägnat anknytningssituationen. Barnets själ utvecklas i den dyadiska "dansen" mellan moder och baby. Temat om de olika anknytningstyperna återkommer regelbundet i boken. Instinkten att knyta an är genetiskt programmerad hos moder och barn, nödvändig för överlevnaden långt ned i djurserien. Vem minns inte viggen Viggo! Siegel menar att barnet lär sig reglera sina känslor i den sociala interaktionen. Beröring, kroppsspråk, ögonkontakt, tonfall – allt blir delar av ett implicit och nog så genuint möte.

Emotionernas återupprättande

Kapitlet betitlat "Emotion" vidgar avsevärt mina begrepp vad beträffar känslor. Siegel skriver att åtskillnaden mellan emotion och kognition är artificiell. Emotioner är värderande reaktioner på yttre och inre stimuli – positivt eller negativt – bra eller dåligt – mot eller ifrån – farligt eller attraktivt osv. En emotion tar hela hjärnan i anspråk, skapar "arousal", energiflöden, förbereder aktion, färgar det aktuella sinnestillståndet och är ej nödvändigtvis medveten. Emotioner innebär att hjärnans aktuella tillstånd förändras i riktning mot ett nytt sådant och som integreras inom individen eller mellan flera individer. (Skall man anknyta till tankegångarna i "Social unconscious" handlar det alltid om mer än en individ). "Affekt" kallar Siegel de yttre märkbara tecknen på ett sinnestillstånd – de sociala signalerna i form av kroppsspråk m.m. Med "känsla" menar han den medvetna upplevelsen av en emotion. Vid sidan av de redan av Darwin beskrivna "kategoriska" emotionerna, mer eller mindre lika världen över genom sina karakteristiska uttryck, pågår hela tiden ett mera lågmält och till stor del omedvetet utbyte av känslor individer emellan, "vitalitetsaffekter", precis som mellan mamman och babyen.

Kapitelrubriker

Det här är endast några axplock ur en mycket välmatad bok. Den innehåller ytterligare följande antal kapitel:

Minnet definieras som det förgångnas betydelse för vårt aktuella fungerande. I kapitlet reds bl.a. de olika formerna av explicit och implicit minne ut på ett tydligt sätt. "State of Mind" (sinnestillstånd kanske) är benämningen på det totala aktivitetsmönstret i hjärnan vid en given tidpunkt. Representationer är gestalter sammanfogade till en helhet från olika modaliteter. De utgör huvudingredienserna i vår



Foto: Shutterstock/bikeriderlondon

begreppsvärld och i vår kommunikation. *Självreglering* handlar om hur självet skapas genom själens interaktion med omvärlden, alltså i mötena.

“*Interpersonal connection*” går mera på djupet kring hur vi bl.a. med spegelneuronens hjälp skapar oss själva och varandra och uppehåller sig igen vid anknäytningssituationen. *Integration* är enl. Siegel det väsentliga kriteriet för hälsa och karakteriseras av ett av emotioner styrt harmoniskt flöde, som är flexibelt, adaptivt, sammanhängande, stimulerande och stabilt. Bristande integration kan vara kaos eller rigiditet. Både i detta kapitel och andra behandlas de båda hjärnhalvornas olika funktioner och med tonvikt på integration. Sista stycket avslutas med den i förordet nämnda förhoppningen om “*transpirational*” eller som jag valt att översätta det, altruistisk integration.

Man kan sammanfatta att detta är en spännande och tankeväckande bok, dock inte lämpad för sträckläsning. Rekommendationen att snutta som på gott portvin är inte så dum. Den innehåller komplicerade beskrivningar av nervsystemets anatomi och tänkta funktioner. Siegel skriver i sin bok att nervbanor som signalerar förstärks. Kanske har han tänkt också på läsarens nervbanor genom att upprepa sina budskap ett antal gånger. En del ovana uttryck fastnar till slut. Siegel är fascinerande och övertygande när han skriver om inte minst barnets utveckling ur anknäytningsspektiv. Det är lätt att bortse ifrån att mycket handlar om hypoteser och att han kanske underskattar ärftlighetens roll. Han skriver visserligen om dess betydelse i bisatser men refererar få forskningsresultat som handlar om genetik.

Precis som sin namne, Daniel Stern, har Siegel en optimistisk hållning till människans möjligheter och en övertygelse om att mänskliga möten, god anknäytning och psykoterapi till slut skulle kunna skapa den altruistiska integration som mänskligheten skulle vara i skriande behov av som alternativ till de gängse fallgrupparna rigiditet och kaos. Detta i motsats till t.ex. Sigmund Freud som skrev “*Vi vantrivs i kulturen*” och hade en betydligt mera skeptisk hållning.

I läsandet av Siegels bok associerar jag gång på gång till Morenos tankegångar. Dennes namn lyser dock med sin frånvaro i Siegels gedigna referensförteckning. Spontanitet, kreativitet, hur våra själv skapas i interaktion, hur emotion leder till aktion med integration som önskat mål är ju grundläggande psykodramatisk kunskap. Jag är beredd att hålla med Fleury och Knobel i deras förmodan att produkterna av Morenos iakttagelser och tankar äntligen kan ses som vetenskapliga begrepp tack vare neurovetenskapen. Precis som Siegel hade Moreno en positiv syn på människans utvecklingsmöjligheter. Realistiskt eller ej, det uppmuntrar oss ändå att fortsätta våra egna strävanden att göra det bästa möjliga av våra liv och åtaganden.

Lars Tavon

**Specialist i allmän och barn- och ungdomspsykiatri
Leg. psykoterapeut och psykodramaregissör TEP
Stockholm**

Gamla urklipp berättar

För en tid sedan fick jag från pensionerade psykiatern Karin Stenstedt ett brev innehållande en bunt albumblad på vilka det klistrats tidningsurklipp, nu gulnade och sköra. De hade hittats i samband med en städning i psykiatrihuset på Karolinska sjukhuset i Solna, och är alla från mitten av 1940-talet.

Här finns rubriker som "Elektrochocken triumferar, 75 proc. botas", "Barnmörderskan anses efterbliven", "Elektrisk diagnos av hjärnskador", "Lättare få abort än större våning" samt debattinlägg och intervjuer.

I kommande nummer kommer dessa psykiatrihistoriskt så intressanta artiklar att återges och begrundas i detalj.

Kanske har Du ett gammalt urklipp eller dokument av psykiatriskt intresse som det vore roligt att berätta om!? Skriv gärna ett bidrag till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



 avund



[A:VUN:D]

*-missunnksamhet,
se med avund på*

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

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

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

 SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN
2015

Vill du utveckla din diagnostiska färdighet i mötet med patienter av olika kulturell bakgrund? Kom då till vår kurs om kulturformuleringsintervjun i DSM-5!



Foto: Shutterstock/Detelina Petkova

Synd är - som de allra flesta vet - ett centralt begrepp inom kristendomen. Vi föds med synd (arvsynd), ingen är utan synd osv. Vill vi få syndernas förlåtelse måste vi känna ånger och be. Men först måste vi göra en syndabekännelse (jag fattig syndig...). Detta har under hela kristenheten blivit en betydande del av vår kultur - antingen vi numera är aktivt kristna eller ej. Ett sätt för kyrkan att hålla sina medlemmar i "Herrans tukt och förmaning".

Mekanismen är uppenbar. Syndar jag så ska jag känna att det är fel, förbjudet etc. genom att jag känner till den kristna moralens gränser. Jag får då skuld känslor om en enskild person blir lidande pga. min synd. Jag kan känna ånger, dåligt samvete, och be om förlåtelse och i bästa fall bli förlåten. I kyrkan sker denna syndernas förlåtelse via bön och i nattvarden.

Att medvetet leva på ett sätt som inte är förenligt med kristen moral eller etik kan få individen att känna sig utesluten ur en gemenskap, inte accepterad av sin omgivning. Detta i sin tur kan ge upphov till skamkänslor. Att - som det hette - "leva i synd" kunde fördömas. I denna grupp fanns HBTQ-personer, människor som levde i parrelationer utan att vara gifta etc.

Så - synd är starkt förknippad med känslor av skuld och skam vilket leder in på vilka implikationer begreppet synd kan ha för psykisk ohälsa. En sviktande självkänsla kan ytterligare undermineras, ångestbenägenhet kan förvärras och depressivitet kan etableras av känslor av att man är ovärdig, dålig etc. (försyndelseidéer). T.o.m. psykotiska symtom (ej realitetsförankrade) kan utvecklas hos sköra personer.

Om jag begår synd, lever i synd, UTAN att känna ånger eller önska förlåtelse kan jag upplevas som förhärdad (anses som antisocial...?).

Ordet synd används i några trivialiserade vardagsuttryck. «Tycka synd om» vilket antyder brist på verkligt engagemang + förminskande. Bör därför - självklart - inte användas i terapeutiska sammanhang. «Det är både synd och skam...» uttrycker ett fördömande och avståndstagande. Att något är «syndigt gott» pekar på ev. risk för frosseri (en av dödssynderna). Att «leva i synd» kan vi tycka låter trevligt nu men var oacceptabelt för länge sedan.

Visst måste vi ha moraliska riktlinjer för vad som är gott (OK) respektive ont (inte OK) - hela vårt samhälle bygger på detta. En utvecklande debatt måste hela tiden föras i takt med samhällsutvecklingen. Vem vill se en film, läsa en bok, där mördare klarar sig och lever gott? Nej fortfarande vill vi att den onde skall sona sitt brott (synd), få sitt straff och i slutändan bli en bättre människa...

Per Rosenqvist

Specialist i invärtesmedicin (10 år), allmän psykiatri (18 år) och BUP (10år)

Leg. psykoterapeut och handledare

Jobbat fram t.o.m. maj 2014 inom Regional slutenvård BUP i Malmö som överläkare

Därför blev jag psykiater

Svensk Psykiatri har ju haft ett nummer kring temat "Varför jag blev psykiater". Själv har jag blivit tillfrågad flera gånger under mitt yrkesverksamma liv, senast alldeles nyligen på Psykiatrirforum i Stockholm av Björn Thalén. Detta fick mig nu att skriva om mina personliga skäl. Det är 46 år sedan jag första gången vikarierade på den nyöppnade alkoholkliniken i Malmö under Barbro Lizelius-Lankes dynamiska ledning, men beslutet ligger säkert ännu längre tillbaks i tiden, beroende både på arv och miljö.

Född inom en läkarläkt var min tanke redan som barn att bli doktor, inte psykiater, men pediater, som min farmor, en av Sveriges första kvinnliga läkare, Mattis Freidenfeldt Sjövall. Hon blev så småningom privatpraktiserande i Lund och ägnade mycket kraft åt att stödja ensamstående mödrar framför allt med tbc. Hennes sociala engagemang var stort och hon tog inte heller alltid betalt; det var viktigare att hjälpa de nödlidande - ett förhållningssätt som också påverkat mig.

Min farfar, Einar Sjövall, hade från början tänkt sig att bli psykiater och var mycket intresserad av hjärnpatologi. De diagnostiska svårigheterna var dock alltför stora för att säkert kunna förklara de psykiatriska sjukdomarnas genes. Han blev istället "vanlig" patolog, rättsmedicinare och professor vid 34 års ålder. Hans allmänna bildning tog även politiska former på den socialistiska sidan, vilket inte alltid uppskattades inom de akademiska kretsarna!

Min pappa följde i hans fotspår både yrkesmässigt och politiskt. Han var också samhällligt och diagnostiskt intresserad; började som anatom och arbetade sedan med genetik och patologi innan han blev docent och senare professor i rätts- och statsmedicin. På 50-60 talet ägnade han sig därmed åt socialmedicinska frågor och deltog i utvecklingen av detta ämne med bland annat Gunnar Inghe och Gunnar Lindgren.

Själv kom jag inte in direkt på läkarlinjen efter studentexamen och istället tog jag en fil kand i statistik, psykologi och genetik. Det är inget jag ångrar! Som ung student hann jag ha roligt i Lund och bli lite mognare, innan jag började läsa medicin våren 1964. Vi var många som hade kompletterat och ansågs därför inte så begåvade, men det visade sig senare felaktigt!

På den tiden var det lättare att göra studieuppehåll och vikariera. För egen del arbetade jag 1 år på Patologen i Malmö, men kom fram till att jag inte ville ägna mig åt denna specialitet i 3:e generationen.

Jag hann vikariera både på alkoholkliniken och på



socialmedicin i Malmö innan jag gick psykiatrikursen där. Såsom ordförande i dåvarande med.kandförbundet anmälde jag viss frånvaro på grund av sammanträden i Stockholm, regionalt, samt SYLF-möten, där jag var adjungerad. För att visa att jag hade tillgodogjort mig kursen ville docent Dahlgren att jag skulle vara några veckor på psykakuten och bedömas där. Placeringen utföll till min fördel! Jag godkändes och fick min tenta klar. Samtidigt bestämde jag mig för att bli psykiater, då jag trivdes jättebra. På förslag av Lennart Kaij, blivande professor i psykiatri, fick jag också skriva en uppsats om röstens förändringar vid olika psykiska tillstånd. En lärdom, som jag fortfarande har diagnostisk nytta av.

Vår årgång medicinare hamnade i en skarv mellan 2 utbildningssystem, att dels göra assistenttjänst-göring, dels förkortad AT. Jag fick använda mitt vikariat på alkoholkliniken som AT, men tog sedan ut min examen och legitimation i Stockholm av personliga skäl.

I början på 70-talet var ju den analytiska skolan förhärskande med större utbildningsmöjligheter i Stockholm. Jag hade tänkt söka till narkomankliniken på Långbro, med "modern" inriktning, men min pappa tyckte jag skulle se den så kallade tunga psykiatrin först! Det utlystes en avdelningsläkartjänst på Rålambshov, Stockholms äldsta mentalsjukhus, före detta Konradsberg, där Ruth Ettlinger var chef. Jag sökte och fick jobbet, men Ruth ansåg att jag borde gå i terapi. Detta ledde snabbt till en psykoanalys för Ola Andersson för att senare följas av en reanalys hos Birgit Angel och slutligen grupperapi i 4 år med Hans Gordon som ledare. Av Ruth Ettlinger lärde jag mig vikten av tydlighet inför psykospatienter och fördjupning av min, genom familjär erfarenhet, känslighet för självmordsprocesser. Redan då gjorde vi suicidala autopsier, numera retrospektiva genomgångar, för att få mer kunskap och förstå det tragiska som inträffat.

Biträdande överläkare Gunhild Kriisa var en skicklig psykofarmakolog och geriatriker, som jag fått mycket nyttig lärdom av. Vi tog på den tiden hand om alla typer av psykiatriska patienter i sluten vård och följde dem i öppen vård med mottagning och hembesök. Demenssjukdomar hörde då till psykiatrin och vi hade 2 avdelningar med 20 patienter på varje. Erfarenheterna från denna tid har varit mycket värdefulla och fick mig än mer övertygad om att fortsätta inom den allmänna psykiatrin.

Med Rålambshovs sjukhus som bas blev jag specialist och psykodynamiskt utbildad i terapi och handledning på Mentalvårdsbyrån. Denna institution som en gång startades av min släkting och namne Thorsten Sjövall, analytiskt utbildad i USA. Hans stora intresse var psykosomatik, men även abortproblematiken, som var upprinnelsen till att Mentalvårdsbyrån inrättades.

Efter nära 10 år på Rålambshov med vissa avstickare på grund av randning till Beckomberga, Varberg och S:t Göran, hade den sektoriserade psykiatrin kommit igång med start i Nacka och Hässelby-Vällingby. Jag lockades till Nynäshamn av min kompis och kollega från Lund, Jan Ramström, och godkändes av den då "familjära" personalgruppen. Under 28 år har jag arbetet i Nynäshamn som avdelningsläkare, bül, öl, chöl och slutligen som medicinskt ansvarig i öppen vård. En period var vi egen sektor och då byggde vi upp en klinik med 3 avdelningar och max 5 platser på varje i hemlik miljö, centralt belägen, i folkmun kallad Minisjukhuset. Alla trivdes, såväl patienter som personal, men den lades efter 10 år tyvärr ner år 2003 - av ekonomiska skäl!

Vi hörde efter flera omorganisationer slutligen till Sydöstra sjukvårdsområdet som 2009 slogs sönder, då Carema tog över all vår öppenvård (Nacka, Värmdö, Tyresö, Haninge och Nynäshamn) och slutenvården överfördes till Södra efter viss tid. Efter ett knappt år med den nya ledningen var jag pensionär ett halvår, men det kändes inte riktigt bra. Ersta sjukhus och sedan den nyöppnade mottagningen för hemlösa,

Pelarbacken, blev min nya hemvist i 2 år. En spännande och rolig arbetsplats, som innebar många nya utmaningar, trots eller tack vare patienternas svåra belägenhet.

Cirkeln är nu sluten! Jag är åter på S:t Göran sedan 2012 och arbetar med äldrepsykiatri. Sitter till och med i samma lokaler som jag gjorde på 70-talet, och kan använda alla mina kunskaper och erfarenheter jag fått genom åren. Det är fantastiskt att i min ålder fortfarande kunna få nytt arbete och ta del av flera intressanta patienter och deras livsöden. Att fortfarande ha rätt att lyssna i lugn och ro, kanske inte kunna bota, men väl lindra och ge tröst.

Som äldre psykiater känns det också viktigt och väldigt givande att kunna förmedla sin arbetsglädje till yngre kollegor och förhoppningsvis vara en förebild för fortsatt arbete inom vår specialitet. Jag har aldrig ångrat att jag blev psykiater och leg. psykoterapeut individuellt och i grupp. Därför vill jag gärna peka på behovet att skaffa egen terapi för framtidens psykiater i någon form! Att lära känna den egna inre världen är ett omistligt hjälpmedel i arbetet med människor som har psykiska problem för att bättre förstå de manifestationer man tar del av och får ansvar för att bemöta och behandla. Slutligen vill jag även nämna mina 6 år i SPF:s styrelse, 10 år i Stockholms psykiaterförening och 6 år i gruppsykoterapiföreningen. Det är oerhört givande och utvecklande att delta i föreningsarbete!

Däremot har jag inte ägnat mig åt forskning, men jag anser mig ha gjort en mycket stimulerande arbetsresa genom så kallad beprövad erfarenhet, kanske inte alltid evidensbaserad men med empati!

Gertrud Sjövall, Nynäshamn

Specialistläkare i allmän psykiatri, äldrepsykmottagningen S:t Görans sjukhus, Stockholm

**Foto (porträtt): HG-bild i Nynäshamn
Övrigt: Privat foto**





10 frågor till.....

Född
1958

Bor
I Piteå i södra Norrbotten.

Familj
Mina fem barn är utflugna och håller på att producera barnbarn, så det är bara jag och min fru i huset.

Arbetar
Länsgemensam rättspsykiatri som ligger i Öjebyn.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?
Helst av allt ägnar jag mig åt familjen, våra vänner, filar på mina föreläsningar i Metis och när säsongen kommer - till svamp och friluftsliv.

Favoritmat
Något med svamp, framför allt wok på nudlar, lök och hemplockad Matsutake/goliatmusseron (Japanernas med populära svamp).

Senast lästa bok
"Musings of a mushroom hunter" av Denis R Benjamin, en svampälskande läkare med barnpatologi som specialitet, som arbetar i USA.
Jag kände igen mig hela tiden, roligt med anekdoterna och kul att se att det finns andra människor som är trollbundna av svamp - den ultimata organismen.

I detta nummer möter Du
Per-Axel Karlsson
Ordförande
Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



Vad gör Dig lycklig?
Att lyckas hjälpa en annan människa. Att vara i skogen och plocka svamp samt uppleva naturen.

Vilken förebild har Du?
Det får bli tre stycken: Tonny Andersen, en strävsam kollega i Umeå, min mentor Olle Enfält från Umeå och min kollega Carl-Gustaf Olofsson från Skellefteå.

Vilka är SRPF:s största utmaningar under de närmaste åren?
Att hålla ihop i de rättspsykiatriska klinikerna, bidra till utbildning av behandlande rättspsykiatrer och att bidra till att den psykiatriska vården får en bra rehabiliteringsmodell.

Stina Djurberg
SP redaktion
Foto: Privat

ANNONS





SVENSKA

Psykiatrikongressen 2015

Fullständigt program kommer att presenteras
i novembernumret av Svensk Psykiatri

Filmstaden Bergakungen i Göteborg
11-13 mars 2015





- Hör professor Olof Beck berätta om nya otäcka droger som din patient kanske tar utan att du har en aning om det!
- Har du frågor om ADHD och beroende? Överläkare Åsa Magnusson har svaren.
- Vill du bli bättre på att upptäcka riskbruk av alkohol hos din patient? Anmäl dig till vår workshop!
- Hur mår Sveriges läkare egentligen?
Heidi Stensmyren, ordförande i Sveriges Läkarförbund, rapporterar om läkares arbetsmiljö.
- Kom och hör Karin Johannisson, professor i idé- och lärdomshistoria vid Uppsala universitet. Hon föreläser om kvinnor, kreativitet och galenskap.
- Professor Peter Allebeck berättar hur man kan mäta sjukdomsbörda och betydelsen av psykiska sjukdomar.
- Vill du veta vad som händer inom forskningen om bipolär sjukdom? Professor Mikael Landén berättar om sin forskning.
- Kreativitet och galenskap, hur hör det egentligen ihop? Överläkare Simon Kyaga föreläser.
- Vill du lära dig en samtalsmetod som underlättar arbetet med suicidnära patienter? Anmäl dig till vår kurs i samtalsmetodik!
- Vill du utveckla din diagnostiska färdighet i mötet med patienter av olika kulturell bakgrund? Kom då till vår kurs om kulturformuleringsintervjun i DSM-5!

Det preliminära programmet kommer under oktober - följ oss på vår hemsida
www.svenskpsykiatri.se/spk2015.html

Alkoholberoende – inte vad det har varit



Lättöl
2x33 cl



Folköl
50 cl



Starköl
33 cl



Vin
15 cl



Starkvin
8 cl



Sprit
4 cl

I utbildningssammanhang i primärvård har fokus tidigare legat på riskbruk, dvs. ett konsumtionsmönster som ofta leder till negativa hälsokomplikationer. Svårigheten med riskbruksfokus i allmänläkarverksamhet är att patienten själv inte behöver märka några negativa effekter, eller ens vara medveten om att hon har en mycket hög konsumtion. Vi måste ha en rejält hälsomedveten patient för att hon ska vilja ändra sitt beteende om vi har identifierat ett riskbruk, utan att det lett till några komplikationer. Ofta är det därför faktiskt lättare att ha fokus på alkoholberoende, ett tillstånd där patienten själv har märkt av alkoholens negativa konsekvenser. Samma gäller skadligt bruk, dvs. där alkoholkonsumtionen medfört eller bidragit till ett hälsoproblem, fysiskt eller psykiskt. I dessa situationer har patienten en klart högre motivation att göra något åt sin situation.

Få medicinska områden har haft en så snabb kunskapsutveckling som beroendemedicinen. Dels har det tidigare inte funnits en klar bild om hur de med lindrigt beroende "ser ut" och hur man tänker kring sitt problem. Dels vet vi nu också att de behandlingar som vi kan ge är mycket effektiva. Det gäller både läkemedelsbehandling och psykologiskt stöd med KBT-inslag. Slutligen är orsaken till alkoholberoende betydligt klarare och den starka genetiska kopplingen fastställd.

Alkoholberoende är ofta lindrigt

När man pratar om alkoholberoende får väl de flesta människor en bild av en utslagen suput, som ivrigt förnekar att han har några problem. Jo, en *han* är det också i allmänna bilden. Vi läkare tycker väl heller inte det är trevligt när patienten förnärligt avfärdar våra försök att diskutera alkohol eller inte tycks vilja ta emot den hjälp vi har att erbjuda. Bilden av den utslagna suputen, eller den som håller skenet uppe och döljer med Läkeroltabletter eller parfymer må stämma ibland, men stämmer definitivt inte för den stora

majoriteten av alkoholberoende personer. De flesta arbetar ordentligt, har familj, är goda föräldrar, och har till och med en riktigt god prognos vad gäller alkoholen. De känner till sina problem. Kanske brukar det allför ofta «bli ett par glas för mycket», kanske blir man alltför friskspråkig och ångrar sig efteråt, eller betar sig illa av och till, och partnern har nog skämts ibland. Å andra sidan är det ju lätt att skärpa till sig om det behövs, t.ex. på släktmiddagen. Så även om man har problem, en alkoholist eller missbrukare är man ju inte!

Diskrepansen mellan vår erfarenhet av "alkoholpatienter" och situationen för den stora gruppen med måttligt beroende beror helt enkelt på att patienten inte gärna tar upp ämnet, för då kan ju doktorn tro man är alkoholist. Så det är bara vid riktigt svåra problem eller där det framgår tydligt som vi får vetskap. Fokusgruppundersökningar i befolkningen visar emellertid att även de med lindrigt beroende vill ha hjälp och stöd för att få bättre dryckesvanor. De flesta yngre vill ha internetstöd, i övrigt stöd av husläkare eller företagsläkare. Här har vi i primärvård en roll att fylla, med vår långvariga och förtroendefulla kännedom om patienten. Att söka beroendeklinik eller socialtjänstens alkoholmottagning är förstås inte aktuellt för dessa patienter.

Alkoholdiagnoser

Alkoholist är en term som vi inom vården bör undvika, det är ingen medicinsk diagnos och närmast att betrakta som ett skällsord. För vissa personer kan det dock vara identitetsskapande, som i AA Anonyma Alkoholister. Identiteten innebär då en påminnelse att man har denna kroniska sjukdom. *Missbruk* är visserligen en medicinsk diagnos i DSM-IV, men har tagits bort i DSM-5. Detta är inte heller en beteckning som väcker respekt och ingen patient vill väl bli kallad missbrukare. Tyvärr är det fortfarande begreppet i Socialtjänstlagen, så när socialsekreteraren pratar om missbrukare så ska vi förstå det som en svårt

alkoholberoende person med sociala komplikationer. ICD 10-termerna för alkoholens medicinska konsekvenser är mer neutrala; *skadligt bruk* (någon fysisk eller psykisk skada har uppkommit) och *beroende* som är den centrala diagnosen. DSM-5 har valt begreppet *Substance Use Disorder*, vilket specificeras beroende på drog; t.ex. *Alcohol Use Disorder*. Hur detta kommer översättas är ännu oklart, men *Alkoholsyndrom* är ett staltips.

Riskbruk

Därtill har vi konsumtionsbegreppet *riskbruk*, vilket inte är en medicinsk diagnos utan ett dryckesbeteende som man utifrån epidemiologiska data konstaterat medför ökad risk för skador, sjukdom och död. Det är framför allt "högkonsumtion" och "intensivkonsumtion" som identifierats som riskabelt (1). Högkonsumtion innebär helt enkelt att dricka mycket, över 14 "standardglas" per vecka för män, och över nio "standardglas" per vecka för kvinnor (se figur). Intensivkonsumtion, att supa till, definieras som att dricka fem standardglas eller mer under en kort tid, t.ex. en kväll för män respektive fyra glas för kvinnor.

Dessa gränser från Folkhälsoinstitutet baseras på epidemiologiska data. En föredömligt konkret riktlinje för riskbruk har Australian National Health and Medical Research Council, när man utgår från att risken att dö av alkoholen ska understiga en procent. Då ska konsumtionen understiga tolv glas per vecka eller tre glas per tillfälle, ungefär samma nivåer som i Sverige (2). Dessa epidemiologiska fakta är bra som tumregel, men samtidigt är den individuella hälsosituationen och känsligheten så varierande varför en individuell bedömning alltid måste göras.

Riskbruksbegreppet kan emellertid ibland ha fördelen, då patienter inte behöver tillstå en svårare problematik (beroende) utan man kan resonera mer allmänt i termer av riskkonsumtion och ha hälsofokus i stället för beroendefokus.

Diagnostik i praktik

Det finns många sätt att genomföra en alkoholanamnes som passar för olika situationer. Det vanligaste är väl att i lämplig situation fråga systematiskt: Hur ofta dricker du någon alkohol? Vad brukar du då dricka? Hur mycket ungefär brukar du dricka? Ofta får man komplettera, t.ex. om man nån gång dricker på vardagar också. På basis av uppgifterna kan vi ge feedback till patienten om han överskrider riskbruksgränser eller ej. Uppgivna mängder brukar underskattas, men det viktiga är att patienten får en känsla för storleken på sin egen konsumtion, inte att vi får reda på sanningen. Dessutom är det så att individuella variationen är mycket stor hur vår fysiologi reagerar på samma mängd alkohol. Men just för att vi reagerar så olika på alkohol kan vi gärna informera om att även liten konsumtion ibland kan bidra till diverse hälsoproblem. Det finns åtskilliga genetiska faktorer som gör att alkoholen får så olika stor effekt på olika individer.

På ett sätt är det lättare om patienten själv upplever någon problematik med alkoholen. Så därför vill jag tipsa om ett par andra metoder. Varför inte pröva att utgå från ICD-10:s beroendekriterier i ett alkoholsamtal? Analogt med att vi

har de diagnostiska kriterierna för depression i bakhuvudet, så kan man lika gärna fråga om beroendekriterierna. Då får vi ju en diagnos, och inte bara vår subjektiva bedömning. Patienter har faktiskt förvånansvärt lätt att acceptera att de är alkoholberoende, lite i analogi med begreppen sockerberoende, spelberoende etc. Bejakas tre av ICD-10 kriterierna nedan under senaste 12 månaderna så föreligger ett beroende.

1. Känner du ett starkt sug, begär eller tvång att dricka alkohol?
2. Har du svårt att kontrollera drickandet, dvs. dricker mer än du hade tänkt från början, eller svårt att sluta dricka?
3. Prioriterar du alkoholen så högt att andra viktiga aktiviteter blir lidande, t.ex. arbetet, fritidsintressen eller att umgås med andra?
4. Har du fått ökad tolerans för alkohol, så att du tål mer eller att du druckit mer för att få samma effekt som du fick tidigare?
5. Har det hänt att du fått skakiga händer, börjat svettas eller känt dig orolig efter att du minskat eller slutat dricka?
6. Har du fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?

Tre eller fler ja-svar innebär alkoholberoende, men det är naturligtvis skillnad på olika individers beroende ändå. Uppfyller man tre eller alla sex kriterierna? Detta gör stor skillnad, liksom om det är de fysiologiska (ex. abstinens) eller psykologiska aspekterna (ex. sug, kontrollförlust). Sug kan vara nästan ständigt, eller bara triggas i vissa situationer. Formulera gärna om frågorna så de passar situationen och din mun. Andra kriteriet, kontrollförlusten, är vanligast.

Några exempel på andra frågor som utgår från patientens egna funderingar, och som kan passa ibland. De ger patienten en chans att "nappa": "Händer det att det blir mer än du tänkt ibland?" "Har du ibland funderat på om du skulle dra ner - av hälsoskäl/med tanke på vikten/ blodtrycket/din frus oro/att du ju vill vara ett gott föredöme för dina barn?"

Skadligt bruk är också en diagnos i ICD-10. Diagnosen kan ställas om det uppkommit någon skada, fysisk eller psykisk, på grund av alkoholen. Det kan vara svårt att fastställa om alkohol är viktigaste orsak till en sömnstörning, depression, fraktur, hypertoni etc., men bedömer vi det som en viktig faktor kan diagnosen sättas.

AUDIT-testet

Ett alternativ till att du ska fråga om alkohol är helt enkelt att erbjuda patienten ett självtest. Det kan motiveras med att syftet är att se om det finns någon risk att vanorna kan påverka den aktuella sjukdomen som patienten söker för. Detta faktum, att alkohol eventuellt kan vara betydelsefullt för patientens aktuella problem, är en viktig utgångspunkt i all alkoholanamnes. Att fråga om alkohol kan ibland vara integritetskänsligt, men detta elimineras om patienten förstår att frågorna är medicinskt relevanta.

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) är ett formulär med tio frågor som patienten kan fylla i under sittande konsultation.

Det tar ca 2 minuter. Formuläret kan lätt googlas fram, och en 10-minuters minikurs hur man kan använda testet finns t.ex. på riddargatan1.se/audit/intro.

Varför super Jeppe?

Denna urgamla fråga om orsaken till alkoholberoende har i dag betydligt bättre svar än för bara 10-15 år sedan. Svaret kan förenklas i en formel: Risk för alkoholberoende = genetisk predisposition x mängd förtärd alkohol. Detta innebär att en person med hög genetisk belastning inte behöver dricka så mycket för att snabbt utveckla beroende, medan en person med låg genetisk belastning måste dricka duktigt under många år för att till slut bli beroende. Det finns minst ett trettiotal kända gener, var och en bidrar bara lite, och på olika sätt.

Detta gör att man inte alltid kan veta sin genetiska profil, även om man ofta ser arvets stora betydelse när man frågar om alkoholproblem i släkten.

Ytterligare två faktorer kan nämnas som betydelsefulla för att utveckla beroende. Den ena är tidig alkoholdebut, eftersom ungdomars hjärna är betydligt mer formbar så utvecklar de beroendet snabbare. Den andra faktorn är dryckesmönster. Att dricka mycket på en gång, dricka på tom mage etc., allt som medför en större "kick" är mer riskabelt. Man kan dock i princip avfärda "samhällets orättvisor", en dålig uppväxt, sociala miljön eller fattigdom som primär orsak till beroendet. Däremot är det ju så att man dricker oftast som sin umgängeskrets, så om ens kamrater dricker mycket eller föräldrar tolererar drickande så blir konsumtionen högre. I dag är alkoholkonsumtionen högst hos välutbildade, och säkerligen därmed även alkoholberoendet.

Alkoholberoende har faktiskt god prognos

"En gång alkoholist alltid alkoholist" är ett uttryck som alla känner till. Men som väl är, är det inte särskilt sant. Åtminstone om man syftar på alkoholberoende. I en stor epidemiologisk studie (3) ser man att bara 25 procent av alla som någon gång i livet (för mer än ett år sedan) fått diagnos alkoholberoende, fortfarande är alkoholberoende! Vad händer med resten? Jo hela 36 procent kan betraktas som helt botade, med en måttlig alkoholkonsumtion eller nyktra. 39 procent kan ses som delvis botade med bara riskbruk eller uppfyllande en eller två beroendekriterier.

Att prognosen oftast är så god är en spännande och relativt ny kunskap, den stora gruppen med mildare former av alkoholberoende har varit osynliga, för alla utom sig själva, partnern och kanske även närmsta bekantskapskretsen som tyckt att personerna har "dåligt ölsinne". Ytterligare ett intressant faktum är att de allra flesta klarar tillfrisknandet på egen hand. Man tar till slut itu med det själv. I denna studie var det bara 26 procent som haft någon som helst kontakt med vården för sina alkoholproblem.

Det finns flera studier som visar liknande resultat. I en svensk (4) såg man att bara 17 procent hade haft någon kontakt med vården för sitt problem. Här såg man också att tillfrisknandet är en process som tar sin tid, i genomsnitt 2,5 år. Det är här vi

kan göra skillnad genom att stödja att en förändring kommer igång tidigare.

Självklart finns fortfarande de svårt beroende personerna med sociala komplikationer och kanske flera psykiatriska diagnoser. De är ofta kända sedan tidigare, och har fortfarande samma dåliga prognos som tidigare. En lämplig målsättning kan vara glesare återfall och kortare återfall. Detta kan uppnås med att vi är generösa med brythjälp med bensopreparat, och uppmuntra att ha frekventa uppföljningar. Alkoholäkemedlen bör definitivt erbjudas.

Behandling med KBT-inslag är inte så svårt

I behandling lönar det sig sällan att försöka förklara beroendet eller hitta dess orsaker, utan effektivaste behandlingarna är kognitivt beteendeorikta, och utgår alltså från här och nu. Man kan t.ex. få patienten att identifiera ett nytt önskat beteende; hur vill patienten ha det, nykter eller ett mer kontrollerat drickande? Vad det kontrollerade drickandet innebär ska konkretiseras så noga som möjligt. Vilka dagar kan man dricka och hur många glas. När kan man göra undantag, t.ex. 50-årskalas etc. Nästa steg är då att diskutera behov av stöd för det nya beteendet och kanske ska man fundera på hur man kan eliminera risksituation och att ha alternativa beteenden om man hamnar i risksituation. Stöden kan t.ex. vara såväl mentala såsom föresatser, målbilder eller mer konkreta regelverk kring drickandet eller att starta nya aktiviteter där alkohol inte förekommer. Förhållningssättet ska bygga på motiverande samtal (MI) eller FRAMES.

Feedback	Ge återkoppling och information om alkohol i relation till patientens situation
Responsibility	Patienten har själv ansvaret att göra en förändring ...
Advice men kan förvänta sig råd och stöd från oss för beslutet att minska alkoholkonsumtionen
Menu	Vi kan visa på, och erbjuda olika alternativa strategier för att minska alkoholkonsumtionen
Empathy	Empatiskt, förstående och reflekterande förhållningssätt
Self-efficacy	Vi uppmuntrar och stärker personens tilltro till sin egen förmåga att göra en förändring

Det är verkningfullt bara med täta, men korta, återbesök för den patient som vill ändra sina dryckesvanor till det bättre. Återbesöken ska då handla om de konkreta målen och hur de ska nås, inte varför det blev mer drickande än planerat.

Vi ska styra samtalen till det som i MI kallas förändringsprat. Det innebär att patienten själv ska uttrycka varför den ska förändra, fördelar med ett annorlunda leverne, vad maken/barnen kommer att uppskatta, nackdelar med nuvarande leverne, hur man ska förändra, när man ska ändra osv. Det är patienten som har ansvaret för en förändring, vi stödjer och hjälper till att se fördelar.

Läkemedelsbehandlingar

Läkemedel mot alkoholberoende är underanvända och kan gärna prövas vid beroende om patienten känner besvärande sug efter att dricka, eller upplever kontrollförlust eller merbegär. Kontrollförlust innebär att man misslyckas med att begränsa sitt drickande, trots att man föresatt sig att bara dricka lite. Läkemedelsstudiernas upplägg styr den godkända indikationen och FASS-textens utformning, men den kliniska erfarenheten är just att de har effekt på sug (längtan att börja dricka) och merbegär, man blir nöjd med mindre.

Akamprosat (Campral, Aotal) ska enligt FASS ges i tredos, men tvådos går lika bra. Den har sällan besvärande biverkningar, men effekten dröjer lite då man når steady state först efter närmare en veckas behandling.

Naltrexon har däremot snabb effekt, och en del patienter tar det bara vid behov. Det har oftare huvudvärk, illamående och andra biverkningar, men ibland kan det hanteras med halverad dos.

Nalmefene (Selincro) är nytt, har inte hunnit få läkemedelsrabatt och min egen erfarenhet begränsad. Farmodynamiken är lik naltrexon, men behandling vid behov är här en godkänd indikation.

I kontrollerade studier har akamprosat och naltrexon NNT kring 10, men den kliniska erfarenheten är bättre (kanske placebo som är så bra?). Cirka en tredjedel av alla som får prova har en klart god effekt, ytterligare en grupp upplever viss effekt, men en stor grupp har ingen positiv effekt. Därför ska insatt behandling alltid utvärderas efter någon månad. Helst bör man inför alla återbesök följa levervärden och MCV. Man ser ofta förbättringar inom normalintervallet vid minskad konsumtion. Sensitivitet och specificitet är annars mycket låg för "levervärdena", kanske kring 30 procent. Men t.ex. ett ALAT som sjunker från normala 0,50 till normala 0,30 är en kraftfull och sporrande feedback till vår patient.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att effekten av läkemedelsbehandling höjs om man inramar läkemedelsbehandlingen med ett "medical management" (5). Detta innebär just flera återbesök, provtagning, feedback på prover, efterhöra effekter, diskutera intag/compliance, dosjusteringar etc.

Antabus (disulfiram) kan vara ett bra stöd till den patient som inte vill dricka alls under en period. Vet man att man inte kan dricka så är det lättare att inte tänka på alkohol, suget minskar faktiskt. De studier som är gjorda på disulfiram är på svårt

beroende patienter och ofta långa behandlingar. Därför har "övervakat intag" ofta förordats för att behandlingen inte ska avbrytas. Vi ska dock undvika att omyndigförklara den motiverade patienten som vill sköta det själv. Vi kan dock tipsa om att en del patienter tycker det är värdefullt att visa upp sitt intag för en partner eller arbetsgivare med syfte att skapa förtroende och trygghet.



Och visst, att komma till en sjuksköterska för Antabusintag åtminstone en gång i veckan kan vara ett bra stöd för många. Prover bör tas tätt initialt av säkerhetsskäl, detta blir också en bra feedback till patienten.

Det pågår studier på vareniklin (Champix) vid alkoholberoende och det har rapporterats ha effekt. Om patienten vill sluta röka kan det kanske vara bra att slå två flugor i en smäll. Det kan vara spännande att efterhöra om drickandet ändrades under Champixkuren.

Behandling i praktiken - ett exempel

Beroendecentrum i Stockholm och Centrum för psykiatriforskning, KI, har sedan ett par år startat en mottagning som vänder sig just till patienter med mildt eller måttligt beroende. Följdriktigt är målsättningen för de flesta att ändra dryckesvanorna till något bättre och således inte nykterhet, vilket annars ofta är det vanligaste behandlingsmålet på beroendemottagningar. Metoderna är de här beskrivna och de flesta patienter söker själva. Mottagningen heter Riddargatan 1, ligger på den adressen, ett stenkast från Stureplan. Lokalerna är eleganta och vi har konstutställningar i väntrummet. Detta är medvetet, då syftet är att minska stigmatisering och sänka trösklar för att söka vård.

Målsättningen är att nå en ny målgrupp patienter med mildt och måttligt alkoholberoende, som tidigare inte haft ett naturligt ställe att söka vård. Ytterligare ett mål är att utveckla behandlingar som fungerar även inom primärvård, och ett forskningsprojekt har just startat som syftar till att jämföra utfallet vid behandling i primärvård jämfört med specialistvården på Riddargatan 1.

Sven Wåhlin

Specialist i allmänmedicin,
distriktsläkare Uppsala,
överläkare Beroendecentrum
Stockholm
sven.wahlin@sll.se
www.riddargatan1.se
Denna artikel har ursprungligen
publicerats i Distriktsläkaren
Referenser; www.svenskpsykiatri.se/
tidskriften.html



Så kan det gå... när man skriver i SP

Tack alla trevliga kollegor (ingen nämnd, ingen glömd) för er återkoppling på min artikel "En omsorgsläkares reflektioner" i förra numret av SP!

I samband med det fick jag ett tips om SLOHM, förkortning av Svenska Läkarföreningen för Omsorgs- och HabiliteringsMedicin. Så beskriver desig: "en intresseförening av läkare med huvudsyfte att främja förståelse för medicinska aspekter bakom utvecklingsstörning, autism, svåra hjärnskador hos vuxna samt andra kognitiva funktionsnedsättningar som är betydande och av varaktig art." En förening som jag inte visste fanns!

Kanske finns det fler intresserade bland er läsare.

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri
facklige.sekreteraren@svenskspsykiatri.se



Hör professor Olof Beck berätta om nya otäcka droger som din patient kanske tar utan att du har en aning om det!

Har du frågor om ADHD och beroende? Överläkare Åsa Magnusson har svaren.

Vill du bli bättre på att upptäcka riskbruk av alkohol hos din patient? Anmäl dig till vår workshop.

Vasas undergång - synd eller ej?



Regalskeppet Vasa var en storsatsning av Stor-Sverige. Skeppet skulle försvara vår plats på kartan i en orolig tid. Gustav II Adolf själv hade sett till att skeppet fick ett extra kanondäck – tyvärr tyngre än vad skrov och köl kunde balansera. Stabiliseringstest fick avbrytas då skeppet höll på att kantra. Likväl blev det jungfrutur den 10 augusti 1628. Ingen hade blåst i visslan och sagt att skeppet blivit sjövärdigt. Ett antal

sjömän drunknade – det var synd.

Men drygt 350 år senare är skutan på land och väl markerad på kartan. Den är sannolikt den största sevärdheten här. Varje år kommer över en miljon besökare. De betalar minst SEK 100:- var och de för med sig hem en bild av något unikt – och svenskt.

Säg den satsning på 1600-talet som givit sådan utdelning idag! Om båten

hade deltagit i sjöslag hade den till slut skjutits i sank och bärgning hade inte varit möjlig. Det hade varit synd!

Man kan också lära sig att bra visseblåsare är viktiga i ett projekt och att en kung inte alltid fattar bra beslut.

Jerker Hanson
pensionerad psykiater,
Stockholm
jerker.hanson@telia.com



Tobak och nikotin är inte samma sak - Om rökning och psykisk sjukdom

Det är sedan länge ett välkänt faktum att patienter med allvarligare psykiska sjukdomar röker betydligt mer än genomsnittsbefolkningen. I en relativt färsk studie fann Diaz et al. (2009) att andelen storrökare (>30 cigaretter/dag) var 42 % bland patienter med schizofreni, 32 % hos bipolära, 34 % vid depression samt 15 % hos psykiskt friska kontroller. Eftersom rökning är dokumenterat skadligt och förkortar individens livslängd erbjuder de flesta psykiatriska kliniker och mottagningar idag någon form av rökavvänjningsprogram. Hur allvarlig rökning är beskrivs på följande sätt i en artikel av Ziedonis et al. (2008): "... persons with schizophrenia suffer considerable morbidity and mortality due to tobacco-related illnesses. In fact, it is estimated that approximately half of the 25 years of shortened life span associated with schizophrenia is attributable to tobacco smoking". En fråga som vi dock sällan ställer oss är varför våra patienter röker så mycket. Finns det någon rationell förklaring? Eller är det bara som jag trodde när jag började arbeta med schizofrena patienter på 70-talet att dom har långtråkigt? Det finns dock två viktiga frågor man bör ställa sig: 1. Hur påverkar nikotin den psykiska sjukdomen i sig samt 2. Hur påverkar nikotin effekten av medicinering?

I en artikel i denna tidskrift (Svensk Psykiatri mars 2014) skriver Barbro Holm Ivarsson förtjänstfullt om stöd till psykiskt sjuka att sluta röka och ger också en belysande fallbeskrivning. Jag kan bara fullt instämma i hennes uppmaning att vi ska arbeta för rökstopp hos psykiskt sjuka personer. I en artikel i Läkartidningen (nr 1-2 2014) frågar sig docent Stefan Willers om vi ska bry oss om alla nikotinberoende eller bara om dem som röker och tar bl.a. upp frågan om den nya E-cigaretten.

Det som bekymrar mig är att många jämför nikotin med tobak och rökning. I en cigarett utgör gasformen 95 % och innehåller 500 olika föreningar medan partikelformen utgör 5 % och innehåller 3.500 olika föreningar. Endast en bråkdel av dessa föreningar utgörs av nikotin. Människan är dessutom utrustad med kolinerget nikotinergera receptorer, både i hjärnan och perifert och det kan inte vara en slump. Förmodligen gjorde inte vår skapare detta för att vi skulle röka. Nikotinergera receptorer måste naturligtvis ha en fysiologisk funktion som är positiv för människan. Men vad denna funktion är vet vi idag ganska litet om. Det har visats att tillförsel av nikotin i slutändan ger en frisättning av dopamin i nucleus accumbens genom att verka agonistiskt på alfa-7-nikotinergera receptorer som finns presynaptiskt på glutaminergera projektioner och som omvandlar dopamin-transmissionen från tonisk till burst-firing (McGehee et al. 1995). Således stimuleras det dopaminergera belöningssystemet i frontalloben.



Detta är intressant såtillvida att sänkt aktivitet av dopamin frontotemporalt är kopplat till såväl negativa symtom som kognitiv deficit vid schizofreni. Vissa forskare anser att patienter med schizofreni har en vulnerabilitet för nikotinberoende på grund av en subkortikal obalans mellan dopaminerg, glutamaterg, GABA-erg och kolinerger (nikotinerger) aktivitet (Wing et al. 2011). Det finns också en hypotes att rökning är en form av självmedicinering mot biverkningar främst i form av akathisi och parkinsonism (Winterer 2010).

Det som ytterligare komplicerar bilden är att hos personer med schizofreni har icke-rökare som grupp sämre kognitiva funktioner än de som röker, främst sustained attention, working memory och processing speed (Wing et al. 2011). Den ökade frisättningen av dopamin i prefrontalcortex (DLPFC) anses vara orsaken till rökningens förbättring av kognitiva funktioner. När det gäller rökning och läkemedel bör man veta att tobak aktiverar CYP1A2-systemet i levern, vilket får till följd att rökare bryter ner främst clozapin och olanzapin snabbare än icke-rökare vilket man bör ha i åtanke vid försök till rökstopp hos personer som behandlas med dessa preparat. Man vet att rökning kan sänka plasmakoncentrationen av clozapin med upp till 40 %.

Slutligen, cytokiner har på senare år tilldragit sig allt större intresse när det gäller patofysiologin vid både schizofreni och bipolär sjukdom då förhöjd cytokinaktivitet på sikt leder till lågintensiv inflammation med åtföljande celldöd och sjukdom. Reglering av cytokinaktiviteten förmedlas från hjärnan via vagusnerven till mjältens makrofager.



EN SPANING

Vagus utövar en direkt hämmande effekt på frisättningen av cytokiner från makrofagerna och denna hämning förmedlas via alfa-7-nikotinergera receptorer. Det finns data som antyder att personer med schizofreni har en nedsatt vagusaktivitet (se K. Tracey 2010) som i sin tur skulle leda till ökad frisättning av cytokiner med åtföljande lågintensiv inflammation och celledöd. Preliminära data har visat att syntetiska alfa-7-receptorstimulerande preparat (t.ex. EVP 6124) förbättrar såväl negativa symtom som kognitiv nedsättning vid schizofreni (Meltzer et al. 2012).

Hur ska vi förhålla oss till dessa data? Först och främst ska vi fortsätta arbeta för rökstopp hos alla individer, såväl psykiskt sjuka som friska. Det jag vill framhålla med detta inlägg är att bilden är lite mera problematisk än man först kan tro. Eftersom just rökningen är det största problemet samt det faktum att försök till rökstopp hos såväl personer med schizofreni som bipolär sjukdom inte är lika framgångsrik som hos psykiskt friska individer måste strävan mot rökstopp vara vårt primära mål. Men vad ersätter vi rökstoppen med för att stimulera patienternas kognitiva förmåga? E-cigarett med rent nikotin? Låter mycket tveksamt kan jag tycka. Läkemedel i form av alfa-7-nikotinergera stimulerande egenskaper? Eller nyare antipsykotiska läkemedel som även har nikotinergera agonistiska egenskaper? Kanske en möjlighet, men jag tror vägen dit är lång. Eller kanske kan repetitiv Transkraniell Magnet-Stimulering (rTMS) fungera??

Leif Lindström
Prof.em./överläkare
Uppsala
Foto: Stina Djurberg

Referenser.

Diaz et al. Bipolar Disorder 11:154-165, 2009
Ziedonis et al. Nicotine Tob Res 10:1691-1715, 2008
Wing et al. Ann N Y Acad Sci, 1-18, 2011
Winterer, Curr Opin Psychiatr 23:112-119, 2010
Tracey K. Nat.Immunol11:561-64,2010
Meltzer et al. ACNP-meeting 2012
McGehee et al. Sciences 269:1692-1696, 1995

Jag gillar radioprogrammet Spanarna och även om jag inte hör till de trognaste lyssnarna kom jag att tänka på programmet, när jag i maj under ganska kort tid stötte på tre olika uttalanden på ett tema som jag finner mycket intressant. Möjligen står exemplen för ett trendbrott.

1. Gunilla Thernlund och Lena Nylander - två läkare som framträtt i flera sammanhang där man pläderat för vikten av att identifiera och diagnosticera personer med neuropsykiatriska svårigheter - skriver en artikel i Läkartidningen där man varnar för överdiagnostik av autismspektrumtillstånd.
2. Ing-Marie Wieselgren - psykiater och sakkunnig vid SKL - tar i P1:s Tankar för dagen upp frågan om vem som tar ansvar när samhällets krav inte överensstämmer med vilka påfrestningar hjärnan tål hos olika individer och då dessa påfrestningar leder till psykisk ohälsa. "Det är inte nödvändigtvis människan det är fel på".
3. Jenny Jägerfeldt - psykolog och författare - reflekterar i P1:s Tankar för dagen över frågan om vad det är att vara normal, i relation till statistik som visar att 20% av befolkningen lider av psykisk ohälsa. Hon kommer fram till att det måste tillhöra det normala att någon gång under livet drabbas av psykisk ohälsa.

Det finns förvisso exempel som talar i motsatt riktning. I en artikel skriven av Rigmor Stain vid NASP i Läkartidningen nr 47 2013 redogjorde hon för en metaanalys som visar att hallucinationer och vanföreställningar förekommer hos i genomsnitt 17% av barn mellan 9 och 12 års ålder och 7,5% av ungdomar i åldern 12-17 år. I artikeln reflekterade hon dock inte alls över innebörden av att ett symptom som ofta satts i samband med allvarlig psykisk sjukdom är så vanligt förekommande i normalbefolkningen. Det som var budskapet var istället att man funnit att ungdomar med sådana "psykotiska" symptom hade ökad självmordsrisk och att "omsorgsfullt fastställa förekomst av psykotiska symptom hos ungdomar är viktigt för att kunna identifiera ungdomar med självmordsnärlighet". NASP har också förmedlat resultat från en studie av 12395 europeiska ungdomar där man

kommer fram till att 60,3% inte var deprimerade, 29,2% led av så kallad subsyndromal depression och 10,5% var deprimerade.

Jag tänker att man måste fråga sig vad innebörden blir när man börjar definiera sjukdom på ett sätt så att den omfattar en så stor del av befolkningen. Vad får det för konsekvenser för de individer som betraktas som sjuka och vad får det för konsekvenser för vården? Även utan de glidningar som beskrivits ovan är prevalensen för olika psykiatriska syndrom enligt den forskning som presenteras i samband med de olika diagnoserna så stor att även om man tar hänsyn till hög grad av samsjuklighet omfattas en betydande del av befolkningen.

Låt mig förtydliga att jag inte är mot diagnostik. Jag vill inte tillbaka till den situation som var när jag började inom barnpsykiatri i slutet av 70-talet, då behandlingen styrdes mer av terapeuternas ideologiska hemvist än av vad patienterna sökte för. På den klinik jag arbetar har jag aktivt verkat för att förbättra det diagnostiska kunnandet hos alla personalkategorier. Men jag menar att vi också måste lyfta blicken och se konsekvenserna av det vi gör i ett större samhällsligt sammanhang. Det finns annars risk för att man blir blind för det på liknande sätt som mänskligheten varit blind för vilka förändringar i ekosystemet olika tekniska landvinningar medfört.

Nyligen läste jag i tidningen att andelen med funktionshinder bland långtidsarbetslösa ökat med 370% senaste året, samtidigt som antalet långtidsarbetslösa ökar markant. Det framgick inte i den artikeln vilka funktionshinder som ökat mest, men det är ingen vild gissning att anta att de med psykiska funktionshinder utgör en stor andel. Någon invänder säkert att dessa människor hade hamnat utanför arbetsmarknaden även utan diagnos pga de svårigheter de har, att en diagnos ger ökad chans att i tid få hjälp så att man har mindre risk hamna i utanförskap. Sanningen är dock att vi inte vet i vilken mån en diagnos medför de fördelarna och i vilken mån de i stället medför en stämpling som leder till minskad chans på arbetsmarknaden i det uppdelade samhälle vi har idag. Riskerna finns att samhälleliga problem förklaras med individuella brister, som Ing-Marie Wieselgren talade om.

Filosofen Fredrik Svenaeus tar i sin tankeväckande bok Homo Patologicus upp den roll som vetenskapen och särskilt den medicinska vetenskapen fått i vårt samhälle och som till viss del fått ersätta myter och religion när vi letar efter förklaringar till och försöker behärska lidandet. Han ställer frågan om man inte överskattar den medicinska vetenskapens förmåga att befria oss från vårt lidande och om inte detta överskattande skapar nya problem.

Jag menar att den kraftigt ökade efterfrågan på psykiatrisk vård, som vi erfar, är en del av det fenomenet. Vi möter allt större förväntningar på att vården ska kunna ta bort lidande,

såväl via patienter och anhöriga som via medier. Och visst, det är vår uppgift - men vad är rimligt och vad är möjligt?

Det går samtidigt inte att komma ifrån att vi själva bidragit till situationen genom ambitiöst upplagda vårdprogram för tillstånd som vart och ett beskrivs omfatta sådär 5-15 % av befolkningen. Inte ens en kraftigt utbyggd specialistpsykiatri och en första linjens psykiatri värd namnet kan leva upp till detta. Då kraven på tillgänglighet samtidigt ställs på sin spets via avtal blir konsekvensen att man tvingas ta till enkla och avgränsade lösningar på ofta komplicerade problem. Arbetstillfredsställelsen hos personalen minskar, stress och personalomsättning ökar, med förlust av erfarenhet och kompetens.

Bland exemplen på möjliga trendbrott borde kanske Barnpsykiatriska föreningens Nationella vårdprogram för depression komma med. Där betonas som första ledet i depressionsbehandling betydelsen av att minska psykosociala stressorer. Det återstår dock en stor utmaning för psykiatrien att hitta sätt att navigera i de svåra farvatten som jag försökt beskriva. Själv lämnar jag med ålderns rätt yrkesverksamheten. Jag hoppas därmed få mer tid och ork att vara medmänniska och medborgare, två funktioner som jag tycker fått en alltför undanskymd plats i vårt genom-professionaliserade samhälle.

Ann Björkman

snart före detta barnpsykiater, Norrköping

 **frosseri**



[FR'ÅS:AR]

-äta omåttligt

ANNONS

5 år med Kognus

Hösten 2008 tillkännagavs ett regeringsbeslut att medel skulle utlysas till utbildningar om psykisk funktionsnedsättning och sjukdom till baspersonal inom vård och omsorg. Målgruppen var främst boendestödare, personal i daglig sysselsättning och boenden, men även andra yrkesgrupper som möter personer med psykisk ohälsa i sitt arbete var välkomna, exempelvis gode män och personal inom kriminalvård, skola, habilitering och primärvård. Personal som arbetar med psykiskt sjuka utanför landstingspsykiatri saknar häpnadsväckande ofta grundläggande kunskap om psykisk sjukdom och bemötande; den tidigare obligata mentalskötartutbildningen lades ned redan på 90-talet. Ofta saknar även personer på chefsnivå i boende och daglig sysselsättning adekvat kunskap om psykisk funktionsnedsättning.

Efter att vår ansökan om att ge utbildning beviljades, formade vi Kognus och den första kursen, *Baskurs i psykiatri*, gavs hösten 2009. Denna kurs omfattade 18 halvdagar under loppet av en termin och inkluderade föreläsningar om olika psykiatriska sjukdomar, men också om bl.a. kognitiv funktionsnedsättning, förhållningssätt, lagstiftning och hjälpmedel. Föreläsningarna hölls av psykiatriker, psykologer, socionomer, arbetsterapeuter och specialpedagoger, och föreläsningen delades med en person som själv berättade om hur det kan vara att leva med exempelvis bipolär sjukdom, utvecklingsstörning eller autism. En kommunikation med publiken möjliggjordes genom att frågor sms-ades in och visades på en display för föreläsaren.

Baskursen var inte främst tänkt för att leverera fakta om psykiatriska diagnoser utan hade som målsättning att förmedla ett inifrånperspektiv, utifrån patientens upplevelser, "så här känns det", "så här var det", med avsikt att både beröra och få kursdeltagarna att förstå hur annorlunda tillvaron kan te sig för en person med psykisk sjukdom. Kursdeltagarna måste förstå att det är de själva, inte patienterna, som kan förändra sitt beteende och sitt förhållningssätt, patienterna kan det vanligen inte. Uppgiften är inte att uppfostra psykiatriska patienter till att bete sig bättre utan att hjälpa patienten till ett drägligt liv. Vi förmedlade med viss skärpa ett biopsykosocialt synsätt med tyngd på "bio", inte minst för att få deltagarna att upphöra med oprofessionella "tolkningar" av patienters beteenden. Under hela processen samarbetade vi med flera psykiatriska intresseorganisationer vilket gav Kognusprojektet en vidare tyngd och bredd.

Från våren 2010 erbjöd vi fördjupningskurser, sammanlagt sju kurser, var och en om åtta halvdagar med temat psykos och utvecklingsstörning; annan neuropsykiatri; beroendesjukdomar; ångestsyndrom och affektiv sjukdom; metodkurs och coacha i arbete och i skola. Dessa två senare var riktade till personal på arbetsförmedlingen och skola och kortades succesivt ned till 6 halvdagar. Ytterligare en kurs, äldrepsykiatri, erbjöds men kunde inte fyllas varför den fick läggas ned. Både Baskursen i psykiatri och fördjupningskurserna avslutades med en frivillig skriftlig tentamen med flervalsfrågor. Minst 75 % närvaro på kursen samt mer än 70 % rätta svar på skrivningen gav ett diplom, endast tillräcklig närvaro gav ett deltagarbevis.

Eftersom vi har uppfattningen att fördjupade utbildningar om förhållningssätt och arbete med att nå lösningar måste kunna erbjudas yrkesverksamma inom fältet psykisk ohälsa (utan att deltagarna ska tvingas till omfattande studielån och avbrott i sitt arbete) erbjöd vi också två spetsutbildningar, Nidometoden och Kollegial ärendehandledning. Vi hade då byggt upp en bas av kunnig och intresserad vård- och omsorgspersonal som rekryterades till dessa utbildningar. Nidometoden är en lika enkel som kongenial metod utarbetad av professorn och socialpsykiatern, och tillika tidigare chefredaktören vid *British Journal of Psychiatry*, Peter Tyrer. Hans mångåriga kliniska arbete med svårt sjuka psykiatriska patienter och den samlade nedslående forskningen om behandlingsresultat för gruppen ledde till utveckling av metoden som han förmedlade i boken "Nidoterapi – att anpassa omgivningen till patienten" (Studentlitteratur, 2013). Detta blev upptakten till samarbete där vi skapade en utbildning i hur man bedriver Nidoterapi, med nio utbildningstillfällen under loppet av två terminer. Nidometoden har som målsättning att förändra patientens livsmiljö och därmed i förlängningen förbättra patientens sociala funktion, utan att krav ställs på att personen själv ska behöva förändra sig.

Inom ramen för Kognus skapades också en helt ny utbildning – Kollegial ärendehandledning – där en liten grupp erfarna och kloka yrkesverksamma inom vård och omsorg, valdes ut för att utbildas och tränas i att handleda kollegor. Utbildningen löpte på halvtid under två terminer och innefattade både teori och praktik i att handleda på boenden, sysselsättning, skola och vårdenheter. Genom att kollegiehandledarna hade en ingående förståelse för svårt psykiskt störda personer inom de verksamheter där de själva arbetade (och därmed kände väl till) uppfattades

deras insatser som mycket värdefulla. De utgjorde ett behövt mellansteg mellan den ordinarie personalens egna framgångslösa försök att hjälpa patienten och en kostsam extern professionell handledning. För kollegiehandledarna själva utgjorde den nya arbetsuppgiften ett meningsfullt och stimulerande komplement till det ordinarie arbetet, och möjligen ett argument för att stanna kvar i yrket.

Under åren 2009-2014 har 2 111 platser erbjudits på Baskursen i psykiatri och 2 253 platser på fördjupningskurserna, ytterligare cirka 5 000 personer över hela landet har följt Baskursen i psykiatri online. På varje kurs har mellan 30 och 400 personer deltagit, den största kursen har närapå fyllt den rymligaste salongen på Sergelbiografen i Stockholm. Genom att anmälningar skett via egenanmälan på hemsidan (www.kognus.se), och allt undervisningsmaterial lades ut för egen nedladdning, var det administrativa arbetet kring utbildningarna relativt begränsat. Närvarolistor användes vid varje undervisningstillfälle.

Mellan 2009-2012 bekostades Kognus utbildningar av medel från Socialstyrelsen och från hösten 2012 av EU-medel inom ramen för utbildningsprojekt Consensio, initierat av Försäkringskassan i Stockholms län. Vi har utöver utvärdering av utbildningen samlat information från deltagarna avseende

utbildningsnivå, arbetsmiljö, framtida yrkesplaner och synsätt på patienternas levnadsförhållanden inom privat och offentlig kommunal verksamhet.

Deltagarna har varit påfallande nöjda med utbildningarna, Baskursen i psykiatri har fått betyg 4,8 av 5 möjliga, och fördjupningskurserna i genomsnitt betyg 4,2. 46 % av deltagarna på Baskursen i psykiatri och i genomsnitt 33 % av deltagarna på fördjupningskurserna blev godkända på den skriftliga tentamen och erhöll därmed diplom. Utbildning i Nidometoden och i Kollegial ärendehandling har rönt stor uppskattning från deltagarna, liksom från de verksamheter som tagit emot ärendehandledarna och de patienter som fått pröva på Nidometoden. Fortsättningsvis planerar Försäkringskassan att ge Baskursen i psykiatri inom ramen för sin verksamhet. Framtiden för övrig utbildning är i nuläget oviss.

Susanne Bejerot, psykiater
Ann Lindgren, handläggare
Norra Stockholms psykiatri

Brittisk blixervisit

Det är inte varje dag som en brittisk hälsovårdsminister besöker en psykiatrisk enhet i Sverige. Men 24/7 i år gjorde Mr Norman Lamb ett besök på Södertäljepsykiatri under en blixervisit.

Han är intresserad av samarbete mellan olika organisationer inom hälso- och sjukvård, särskilt vad gäller psykiatriska patienters behov. Han anser att man genom samarbete kan få bättre effekt för pengarna. I Södertälje har - som bekant(?) - man länge arbetat enligt denna modell för att skapa en effektiv vårdkedja för allvarligt och långvarigt psykiskt sjuka personer. Kommun och psykiatri har integrerade enheter för att ge psykiatrisk öppenvård, bostöd och sysselsättning. Jämförelse med andra städer har visat på tydlig kostnadseffektivitet och lägre behov av slutenvårdsplatser. Tyvärr premierar inte ersättningsystemet detta arbetssätt, bl.a. genom att ersättningen per vård dygn på psykiatriska avdelningar dels blir för låg, dels stimulerar annat arbetssätt.

Mr Lamb hade många bra frågor som han fick svar på av befattningshavare i psykiatri och i kommunen. Han besökte en öppenvårdsenhet "Österäng", boendet "Bragebo" samt "Gästhuset" för kortvariga vistelser och han träffade patienter.

Efter några timmar kom bilen från ambassaden och förde honom och hans assistent Alex till flyget för återfärd till UK och Department of Health, uttalat nöjda med vad de fått se och höra.

Jerker Hanson
Psykiater, Stockholm





Möte med Ryssland

Konferens i Sankt Petersburg juni 2014

Vi var en liten grupp som förväntansfulla reste från Sverige till Sankt Petersburg och XVII World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry. Kongressens tema var det något svårtolkade "Multidisciplinary approach to and treatment of mental disorders; myth or reality?"

Sankt Petersburg är en fascinerande stad grundad utifrån en mans vision, tsar Peter den stores föreställning om en smältdegel av jordens kulturer, som grogrund för nya idéer. Denna kongress var den 17:e i ordningen och sprungen ur ett samarbete mellan Sankt Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute och The World Association for Dynamic Psychiatry med säte i Berlin och München. Peter den Stores vision har aldrig förverkligats och intrycket efter årets kongress är att det verkar vara lika svårt att organisera en konferens som stimulerar till utveckling inom psykiatrin genom ett möte mellan tyska psykodynamiska teorier och ryska psykoneurologiska teorier. Konferensen var delad i två och i den ena halvan hölls alla föreläsningar på ryska, således otillgänglig för de

flesta av oss som inte var från Ryssland. Mest givande under hela konferensen var ett halvdagsseminarium med unga psykiatrer under utbildning. Ämnen som avhandlades var bl.a. missbruksbehandling och en jämförelse mellan olika diagnossystem, där man intressant nog refererade till RDoC. Några av oss från Sverige bidrog med föreläsningar om bl.a. teampsykiatri, socialpsykiatrisk behandling, förändringar inom svensk psykiatri och ett evolutionärt perspektiv på de neuropsykiatriska diagnoserna.

För Helena Forslund som kom till konferensen för att vara delaktig i ett symposium där hon skulle berätta om Södertäljmodellen - ett integrerat samarbete mellan landsting och kommun för att möta behoven hos långtidssjuka personer, personer med komplex problematik i form av psykisk sjukdom och missbruk/beroende - fick konferensen en annan intressant fortsättning på hemmaplan. Genom WHO:s representant i konferensen, dr Mattias Muijen, förmedlades beskrivningen av Södertäljmodellen vidare till det engelska hälsoministeriet.



I juli kom så den engelske hälsoministern på ett besök till Södertälje för att studera vår integrerade verksamhet. En ganska oväntad, men rolig och hedrande, efterdyning av konferensen. (se sidan 67)

Hemkommen från resan till Sankt Petersburg virvlar på nytt tankarna och känslorna kring vår granne i öster runt i mitt huvud. Varthän är Ryssland på väg?

Det är svårt att inte fascineras av Ryssland, framför allt dess litteratur och historia. Romanen "Bröderna Karamasov", skriven av Dostojevskij, har följt mig genom åren. Speciellt

har det existentiella drama som spelas upp i "Legenden om Storinkvisitorn" präglat min bild av den innersta kärnan i kristendomen och den existentiella problematiken förenat med idén om det fria valet. Ett möte med Ryssland tvingar mig att fundera över mina mål, möjligheter och begränsningar. Detta blev extra påtagligt när jag fick möjlighet att besöka en ideellt finansierad dagverksamhet för autistiska individer i centrala Sankt Petersburg, nära Peter Paul-katedralen. Verksamheten är uppbyggd av en dokumentärfilmare, Luba, som blev så engagerad i den autistiske pojken Anton att hon bestämde sig att göra något. Filmen om Anton sändes i TV över hela Ryssland och fick ett enormt gensvar. TV-publiken kunde via sina telefoner skänka pengar, annars hade det inte varit möjligt att realisera projektet. "Antons rum", som verksamheten heter, har ca 60 deltagare och ett stort antal olika verksamheter. När jag kom innanför dörren möttes jag av en varm stämning, positiv anda och sprudlande aktivitet, men inte den ordning som jag förväntat mig hos en verksamhet för individer med autismspektrumstörning. Till min förvåning blandade man i verksamheten individer med autismspektrumstörning med individer med Downs Syndrom, vilket visade sig fungera alldeles utmärkt.

När jag varit på besök i Ryssland har jag slagits av att det är så nära, men samtidigt så avlägset. Det som jag tror fascinerar oss i Ryssland är att denna mindre betoning av förnuftet och det logiska, mer än väl kompenseras av en exceptionell känslomässig kompetens.

Vi teoretiserar och analyserar våra känslor hos psykologen eller psykoterapeuten, medan ryssarna lever och hanterar det känslomässiga området av livet, som en del av vardagen.





Medvetenheten om överföringar och motöverföringar, populärt kallad personkemi, är generellt mycket hög hos ryssen, men det innebär inte att han vare sig är psykiskt friskare eller lyckligare än svensken. Däremot blir relationer viktiga, på gott och ont, vilket innebär att ryssen är en mycket mer social varelse än svensken. Svenskarna har i olika sammanhang, bl.a. av Fredrik Lindström i TV, beskrivits som ett av världens mest individualistiska folk, vilket inte alltid är så bra för vår psykiska hälsa. I ryskan finns ett ord för denna sociala samhörighet, "sobornost". Den har en positiv klang men en negativ baksida: om man inte är med är man ute! Då blir det kallt och man blir stigmatiserad – drabbar handikappade, inte minst psykiskt sjuka. Dåligt samarbete mellan grupper och främlingsfientlighet är andra följder. Det blir legitimt att se ned på utomstående. Företeelsen är inte specifikt rysk, men de har ett bra ord på den.

Ryssarnas fokus på relationer tror jag förklarar mycket av det som vi har svårt att förstå i Ryssland. Det blir viktigare att följa gruppen eller den högsta maktens påbud än att hävda en egen avvikande ståndpunkt. Delvis beror detta på att det inte går att hänvisa till någon instans som har auktoritet eller respekt utanför samhällskroppen, typ en okränkbar grundlag, Gud eller bara sunt förnuft. Allt blir istället underordnat idén om det heliga Ryssland, vars mission här i världen ingen ännu lyckats förklara på ett begripligt sätt, även om många försökt.

Det är många tankar som väcks av en konferens i Sankt Petersburg även om själva konferensen har en hel del övrigt att önska. Mötet med Ryssland blir en spegel som får mig att reflektera kring tanke, känsla och det sociala samspelet.

Olle Hollertz
 Psyk mott, Oskarshamn
 olleh@ltkalmar.se
 Tel. 070 5577459

Jerker Hansson
 Pensionerad psykiater
 Stockholm

Helena Forslund
 Socionom
 Områdeschef, Social- och omsorgskontoret/Vuxenheten,
 Södertälje kommun

Henrik Wahlberg
 WPA Board member
 Överläkare Psykiatri Sydväst, Huddinge sjukhus

Foto: Henrik Wahlberg



From treatment to prevention – mental health challenges in Sub-Saharan Africa

Rapport från ett initiativ i Sydafrika med svenska rötter!

Afrika söder om Sahara förändras nu snabbt politiskt, ekonomiskt, socialt och också när det gäller hälsosituationen. Detta har beskrivits av bl.a. Hans Rosling i olika sammanhang. Själv har jag haft tillfälle att följa utvecklingen sedan jag första gången arbetade på ett litet sjukhus i västra Etiopien 1969-1971. Politiskt har situationen stabiliserats trots att det fortfarande är mycket instabilt och även öppet våld i vissa områden. Men sett över tid har det politiska våldet minskat. Ekonomiskt pågår på sina håll en väldigt snabb utveckling med en tillväxt av infrastruktur och industrialisering med en växande, relativt välbärgad afrikansk medelklass i städerna. Barna- och mödradödligheten sjunker och de klassiska infektionssjukdomarna minskar i prevalens och svårighetsgrad som följd av en utbyggd hälso- och sjukvård.

Detta innebär dock inte att situationen på något sätt kan beskrivas som tillfredsställande. Det finns fortfarande mycket stora utmaningar, både för befolkningen på landsbygden, som fortfarande är den största andelen i de flesta länder, men också i de växande slumområdena i städerna. Tillgången på utbildad personal är fortfarande otillräcklig, men i de flesta länder finns nu egna utbildningar av läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal. När jag arbetade i Etiopien fanns en bulgarisk psykiater på det enda mentalsjukhuset i Addis Abeba, som hade ca 300 platser för en befolkning på kanske 30 miljoner. Nu finns ett 40-tal psykiatrer, de flesta utbildade i Etiopien och det finns ca 15 disputerade etiopiska psykiatrer.

Det finns nu medicinska högskolor vid ett 30-tal universitet runt om i Etiopien jämfört med situationen under 90-talet då man hade två medicinska högskolor i landet. Men det finns fortfarande länder som helt saknar egen utbildning av specialister.

Södra Afrika – ett våldsutsatt och resursrikt område

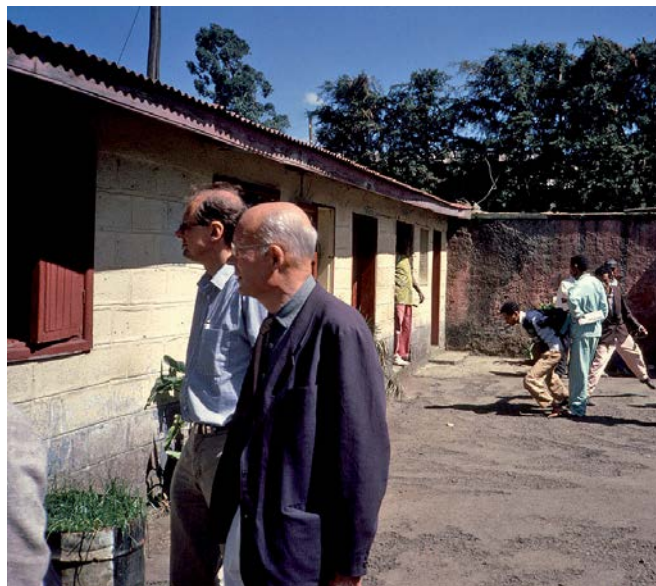
1990 deltog författaren tillsammans med kollegan PB i en konferens i Harare under temat "The consequences of organized violence in Southern Africa". Då beräknades antalet krigsrelaterade dödsfall i Sydafrikas randstater till ca 15 000 per månad. Ettusen fall var direkta krigsoffer, 1 500 förorsakades av svälten som följde i krigets spår och ca 12 000 barn under fem år dog p.g.a. avsaknad av basala hälsovårdsresurser inklusive vaccinationer.

Det största antalet dödsfall fanns i Angola och Mozambique. Inne i Sydafrika var också våldet utbrett.

Man räknade med att under 1985-1988 dödades minst 4 000 människor i sammandrabbningar mellan säkerhetsstyrkor och boende i de svarta stadsdelarna. I Natalprovinsen beräknades mer än 4 000 människor ha dött i konflikten mellan olika svarta grupper under åren 1987-1990. Sydafrika är fortfarande ett våldsutsatt land, men situationen är trots allt annorlunda. I Sydafrika drevs då psykiatriska sjukhus för svarta av ett privat bolag, som utnyttjade gamla gruvbaracker till låga kostnader och med betydande vinst.



Detta är en bild från mentalsjukhuset i Addis Abeba - Amanuel hospital - det enda i landet under många år - en av sovsalarna.



Här tar man hand om en psykotisk och våldsamt patient i hemmiljö - man binder dom tills det lugnar ner sig. Denna man har suttit bunden i månader när vårt team satte honom på neuropeltika - efter det har han fungerat helt ok.

Den amerikanska psykiatriska föreningen (APA) hade i flera rapporter kritiserat systemet. År 2002 deltog jag i en av WHO organiserad konferens i Kapstaden om "Research on mental health and substance abuse in developing countries" där en rad ledande internationella experter som Arthur Kleinman, Graham Thornicroft, Vicram Patel, Shekar Saxena och Benedetto Saraceno deltog tillsammans med ledande afrikanska psykiatrer. Syftet var att kartlägga behovet av forskning när det gäller mental health och hur forskningen skulle kunna omsättas i praktiskt arbete för att åstadkomma en förändring och hur skapa forskningsmiljöer i tredje världen inom mental health-området. Det började nu finnas en betydande forskning omkring den psykiska ohälsan även i låginkomstländer. Mötet utmynnade i förslag om att WHO skulle samla de stora bidragsgivarna till en konferens omkring forskningstillstånd till tredje världen inom mental health-området. Som vanligt hände väl inte så mycket omedelbart efter denna konferens, men under 2000-talet har WHO genomfört en kraftig satsning på utvecklingen av mental health-området i världens låginkomstländer och inte minst i Afrika.

Svensk satsning på forskning i Afrika

Knutet till Stellenbosch universitet i det stora vindströket utanför Kapstaden finns sedan 1999 ett institut för högre studier, the Stellenbosch Institute for Advanced Studies (STIAS, www.stias.ac.za). Man har höga ambitioner och vill utveckla institutet med Princeton, Stanford, Uppsala och Berlin som förebilder. Man har utvecklat partnerskap med the Association of African Universities och the Association of Commonwealth Universities.

En central roll spelar Marianne och Marcus Wallenbergstiftelserna, som donerat 20 miljoner till att bygga upp ett modernt konferenscenter. The Wallenberg Research Center vid STIAS invigdes av Peter Wallenberg i november 2007 och hit kan man inbjuda forskare från hela världen som STIAS Fellows för att arbeta med projekt som kan bidra till utvecklingen framför allt i Afrika.

Några svenskar har redan varit fellows, nu senast professor Lucille Laflamme från Karolinska Institutet. Tanken är att man inte bara ska vara konsumenter av kunskap och upptäckter som görs i andra delar av världen utan att också stimulera egen högkvalitativ forskning i Afrika.

Med stöd av Knut och Alice Wallenbergs stiftelse kommer STIAS under de närmaste fem åren att stimulera forskning inom sex olika områden; 1. Being human today, 2. Crossing borders, 3. The future of democracy, 4. Understanding complexity, 5. Sustainable Agri – Ecosystems och 6. Health in transition. "Being human today" handlar om människans utveckling, sociala övergångar och forskning om mänskliga rättigheter och mänsklig värdighet. "Crossing borders" handlar bl.a. om urbaniseringen. Demokratitemat handlar om demokrati som fenomen och dess många olika varianter i dagens värld. Complexity-temat handlar om alltifrån hur neuroner interagerar i hjärnan till politisk tolerans. "Sustainable Agri – Ecosystems" handlar om klimatförändringar, land omfördelning och slutligen "Health in transition" handlar om de stora förändringarna i hälsosituationen som sker i låginkomstländer och framför allt i Subsaharan Africa och i Sydafrika.

När det gäller hälsotemat har professorerna Stig Wall och Lars Weinehall vid Institutionen för Epidemiologi vid Umeå Universitet haft en central roll i att utveckla konceptet. Deras institution i Umeå har sedan många år ett mycket omfattande forskningspartnerskap med en lång rad institutioner i framför allt låginkomstländer runt om i världen. Stig Wall är också redaktör för en internationell tidskrift inom området, "Global Health Action". Som ett av subtemana under "Health in transition" har man valt mental health, vilket känns bra för en som har intresserat sig för den psykiska hälsan/ohälsan i Afrika i nu nästan 50 år.

Förre rektorn vid Umeå universitet, Göran Sandberg, som nu är direktör för Wallenbergstiftelserna, har utsett förre centerledaren och vice statsministern Maud Olofsson att representera Wallenbergstiftelserna. Hon har en



En av de koptiska kyrkorna i Addis Abeba som är vida känt för sitt holy water.

mycket central roll i att följa upp hur STIAS förvaltar Wallenbergmedlen. Inom ramen för mental health-projektet har hållits ett par seminarier i Stellenbosch i november 2013 och i februari 2014. Jag och Stig Wall har deltagit i båda dessa.

Seminarierna har haft som syfte att kartlägga situationen i Afrika vad gäller mental health och experter från flera olika länder, men framför allt Sydafrika, har deltagit med föredrag och diskussionsinlägg.

En central roll i processen har varit professor Abdallah Daar från Kanada. Han är professor i Public Health Sciences vid Torontos universitet och chefför en stor biståndsorganisation, Grand Challenges Canada.

Från forskning till implementation

Konferenserna har visat att det nu finns en betydande forskningspotential vid ett antal universitet i Subsaharan Africa där universiteten i Nairobi, Ibadan, Nigeria, Addis Abeba och flera universitet i Sydafrika är de ledande. Det pågår också flera stora program initierade och ledda av WHO, men också stora bistånds- och forskningsinstitutioner i Kanada, USA och England har fokus på psykisk hälsa i Subsaharan Africa. En fråga blev alltså i vad mån STIAS initiativ skulle kunna ge ytterligare något bidrag till en pågående process. Vid mötet i februari enades deltagarna om en STIAS declaration on mental health in Africa. Denna deklaration har publicerats i Global Health Action under våren (1). Ett antal nätverksaktiviteter diskuterades också. En, tror jag, viktig tanke var att skapa en "Knowledge Management Hub", där olika pågående och avslutade forskningsprojekt inom området skulle samlas och bli lättillgängliga på STIAS web site. Ett annat beslut var att bilda en arbetsgrupp om våld mot kvinnor och barn som föreslogs av Maud Olofsson. Hon hade blivit påtagligt berörd av rapporterna om våldet mot kvinnor och barn och dess konsekvenser. Ett annat initiativ handlade om stöd till klient- och anhörigorganisationer som nu finns på många håll även i Afrika, men som lever ekonomiskt och personellt osäkert.

STIAS-deklarationen "Declaration on mental health in Africa; moving to implementation" lyfter fram de framsteg som ändå görs inom mental health-området i Subsaharan

Africa trots att ofta mindre än 1 % av en redan liten hälsovårdsbudget går till detta område. Särskilt framhålls utvecklingen i Etiopien och Sydafrika som exempel på vad som är möjligt att göra. Deklarationen pekar särskilt på att den psykiska hälsan ska behandlas i paritet med den somatiska hälsan i de nationella hälsovårdsplanerna och att psykisk hälsovård ska finnas med på alla nivåer i vårdssystemet med särskild fokus på en integration i primärvården.



En muslimsk sheik tar emot sjuka och behandlar dem med andeutdrivning och amuletter med koranverser.

Detta förutsätter utbildning och handledning och en utveckling av task sharing, dvs. att inte bara läkare ska kunna behandla olika tillstånd. Exempel på detta inom somatiken är att health officers utbildas att göra kejsarsnitt. I Etiopien finns en lång erfarenhet av att psykiatriskt utbildade sjuksköterskor behandlar de allvarliga psykiska sjukdomarna som schizofreni och depressioner men också epilepsi under handledning på mer än 60 olika vårdcentraler och lokala sjukhus.

Vad gäller våld mot kvinnor och barn pågår nu ett arbete med att ta fram den dokumentation som finns inom området från olika afrikanska miljöer och utarbetande av ett "position paper" över den forskning som finns, vilka initiativ som tagits nationellt och vad som skulle kunna göras mera.

Konferenserna i Stellenbosch och Stellenboschdeklarationen visar på behovet, men också betydelsen av ekonomiskt och politiskt stöd för utveckling av den psykiska hälsovården i låginkomstländer. Det är därför intressant och glädjande att Wallenbergstiftelserna satsat på detta. Ännu bättre vore det om Sida villa intressera sig för den psykiska hälsan i sina stödsatser. Hittills har intresset varit minst sagt begränsat!

Lars Jacobsson
Professor emeritus, Umeå

Arbetade som ung läkare 1969-1971 på ett provinssjukhus i västra Etiopien.

Ett tiotal etiopiska psykiatrer har disputerat vid vår institution i Umeå under årens lopp

Referenser:

Politiskt våld utan motstycke drabbar tusentals varje dag i rasåtskillnadens Sydafrika. Läkartidningen, 88;14:1314-1415, 1991.

Declaration on mental health in Africa: moving to implementation. Global Health Action 7, 2014.

Forskning kring epigenetik har visat hur det är möjligt att förvärvade egenskaper kan gå i arv till nästa generation. Många har dragit paralleller till den s.k. arvsynnen, ett begrepp inom vissa riktningar av kristendomen enligt vilken alla människor bär på Adams skuld efter Syndafallet. Därav "temamärkningen" på följande bidrag!



Foto: Shutterstock/dream designs

Epigenetik – hur den kan komma till uttryck i psykiatri

Epigenetiska mekanismer

Begreppet epigenetik, som betyder "bortom eller utöver genetik", myntades 1942 av den brittiske utvecklingsbiologen Conrad Waddington för att till exempel förklara att celler som bildas ur samma befruktade ägg innehållande samma arvs massa differentierar sig till olika typer av celler som finns i olika vävnader hos individen med bibehållen arvs massa. Således beskrivs detta med metaforen "epigenetiskt landskap" i hans modell 1957 med ett antal identiska kulor som rullar ner i ett landskap med diverse oregelbundna fåror och blir därmed påverkade av landskapet för att ta olika vägar och landa i olika gropar på olika nivåer till slut.

Intensiv forskning har sedermera visat att genomet inte utgör något färdigt program för hur individen ska utvecklas eller fungera, utan det finns omfattande biokemiska nätverk som reglerar hur olika delar av genomet ska tas i bruk och när. Och dessa nätverk påverkas också av cellens miljö. I celler som har en cellkärna ligger i princip allt DNA i kärnan (bortsett från 0,1 % i mitokondrierna hos människan), packat i nukleosomer som består av åtta specialiserade proteiner (histoner) runt vilka DNA är hopvirat. Nukleosomerna bildar komplexa strukturer i cellkärnan som heter kromatin, och detta har flera fördelar – DNA tar mindre plats, kromatinet förstärker DNA för att minska ner skador i DNA vid

celledelning, och kromatinstrukturen påverkar vilka gener som ska uttryckas och vilka som ska vara tysta. Begreppet epigenom står för uppsättningen av kromatinstrukturerna i cellkärnan på ett motsvarande sätt som begreppet genom står för uppsättningen av nukleotiderna för allt DNA i cellkärnan. Förändringar i kromatinets funktionella tillstånd kallas för epimutation, och samma gen-alleler som kan ha olika epigenetiska tillstånd i befolkningen kallas för epialleler [Shapiro 2011].

Bildandet av kromatinstrukturen och dess förändringar är en aktiv process som regleras av olika signalkretsar som ingår i ett ständigt pågående informationsflöde i cellen. Förändringar i kromatinstrukturen kan åstadkommas genom att förändra det funktionella tillståndet antingen hos DNA (metylering eller demetylering) eller hos histoner (flera sorters modifikationer) som ingår i det aktuella kromatinet. Dessutom har flera typer av icke-kodande RNA molekyler (som inte kodar för proteiner) visat sig delta i epigenetiska mekanismer såsom förändringar av kromatinet.

Över 85 % av genomet transkriberas till RNA, av vilket cirka 2 % (motsvarande 20 000 gener) kodar för proteiner medan mycket av övrigt RNA deltar i diverse processer i cellens funktioner.

Den epigenetiska mekanism som har studerats mest är tillägget av en metylgrupp till kvävebasen cytosin på DNA (DNA metylering), eller borttagandet av en sådan metylgrupp (DNA demetylering). DNA metylering innebär ofta, men inte alltid, att motsvarande genen tystas ner och blir mindre aktiv. Liksom i fallet med mutation av DNA sekvensen kan epimutation av kromatinet ofta förekomma genom slumpmässiga processer som leder till metylering, och liksom i fallet med DNA mutationer behöver dessa epimutationer inte heller alltid ge upphov till påverkan på fenotypen hos individen

Intensiv forskning under senare år har dock visat att epigenomet tycks utgöra ett viktigt gränssnitt mellan å ena sidan hur det befintliga genomets DNA utnyttjas för livets funktioner, och å andra sidan individens miljö och livserfarenheter och cellens inre och yttre miljöer. Individens miljö består av såväl social miljö som kemisk eller fysikalisk miljö.

Epigenetik i relation till näring under fosterlivet

Många epigenetiska förändringar ("epigenetisk märkning") uppstår under individens tidiga utveckling i fosterlivet och förblir stabila och bestående under individens liv för att den differentierade cellen ska behålla sin epigenetiska identitet vid celledelning. När den epigenetiska identiteten handlar om sådan märkning av en allel som kan förekomma i olika

epigenetiska tillstånd (epialleler) i befolkningen, så kallas denna epiallel för en "metastabil epiallel".

En tidig studie på en metastabil epiallel är en allel vid agouti-genen hos möss, som ger mössen en gul färg men som vid överproduktion leder till fetma och andra hälsokonsekvenser hos mössen. Genom att förse blivande musmammorna med en kost som var rik på metylgrupper som folsyra och vitamin B12, påverkades musfostrens agouti-gen allel genom ökad metylering, vilket ledde till en minskad aktivitet i denna gen och musungarna föddes utan risk för fetma [Wolff et al. 1998]. Studien av Radford et al. [2014] som vi nämner nedan är också ett exempel på hur nutrition under graviditeten har en epigenetisk påverkan på fostret.

En nyligen utkommen prospektiv studie med kvinnor i Gambias landsbygd visade att den gravida mammans diet vid konception och under den tidiga graviditeten påverkade metyleringen av flera metastabila epialleler hos deras barn [Dominguez-Salas et al. 2014]. Gambia har en regnperiod en gång per år och folk är beroende av mat från den egna skörden.

Man jämförde konceptioner som ägde rum i samband med regnperioden (diet med högre innehåll av metylgrupper) med konceptioner i samband med den torra perioden (diet med lägre innehåll av metylgrupper), och fann att konception i samband med regnperioden hade gett upphov till högre metylering av ett flertal metastabila epialleler hos fostret.

Epigenetikens respons till den tidiga sociala miljön

Mycket av vår kunskap om hur metyleringen påverkas av individens tidiga livserfarenheter kommer från början genom djurstudier. Weaver et al. [2004] visade hos vuxna råttor en skillnad på metyleringen och andra epigenetiska märken hos de som hade fått en sämre skötsel och kärlek från sina mammor jämfört med de övriga. Flera andra djurstudier har kunnat bekräfta sådana fenomen. Senare studier, däribland postmortem studier hos människan, har visat att självmordsoffer med barndomstrauma hade en annan metyleringsprofil jämfört med dem utan barndomstrauma [se Sasaki et al. 2013]. Men det har på sistone även börjat publiceras studier på levande individer som påvisar epigenetiska olikheter i metyleringsgraden mellan individer med olika livserfarenheter [Szyf & Bick 2013].

En intressant studie av Klengel et al. [2013] visade på en interaktion mellan genetik och epigenetik. Personer som hade en sedan tidigare känd högrisk allel av en viss gen (FKBP5, som är involverad i stress-hormonsystemet) och som hade varit utsatta för barndomstrauma hade en annorlunda metylering än personer som antingen hade högrisk allelen men inte hade varit utsatta för barndomstrauma, eller

som inte hade högrisk allelen men hade varit utsatta för barndomstrauma.

Dynamisk epigenetik i hjärnceller

Många studier har således visat att epigenetiska förändringar som åstadkoms under fosterlivet eller under tidig barndom, delvis på grund av påverkan från miljön, dessa epigenetiska märkningar är ofta stabila och överförs till dottercellerna vid mitos hos individen. Så dessa epigenetiska förändringar består ända in i vuxen åldern och kan påverka individen på ett eller annat sätt.

Hjärnans neuroner delar sig inte, men det pågår ständigt neurogenetiska och synaptogenetiska förändringar i neuroner – hjärnans celler har en plasticitet. Man har funnit för hjärnceller att det existerar mekanismer både för metylering och för demetylering. Processen med metylering anses således reversibel så att plasticiteten ska kunna fungera [Guo et al. 2011; Szyf 2014], även om det kvarstår en del frågor att lösa innan man kan fastställa den dynamiska och reversibla processen av epigenetik helt. Hos honungsbin har man dock observerat en reversibel epigenetisk förändring. Arbetsbin brukar först ha vårdande uppgifter och efter ett tag förändras de till att bli insamlare av föda vilket åtföljs av epigenetiska förändringar i hjärnan.

När man fick en grupp insamlare av föda att återgå till vårdande uppgifter fick dessa bin en återgång till de tidigare metyleringsprofilerna [Herb et al. 2012].

Nedärvning av epigenetisk märkning över flera generationer

När man diskuterar överföring av epigenetiska märken från en generation till nästa generation ska man skilja mellan två olika situationer. Den första situationen är när fostrets epigenetiska tillstånd påverkas av graviditetsmiljön så att barnet får vissa epigenetiska märken som blir bestående

under livet, och om anlaget till könsceller i fostret också påverkas epigenetiskt av graviditetsmiljön så kan detta barns avkommor få motsvarande epigenetiska märken. Radford et al. [2014] har nyligen visat angående möss som hade varit utsatta för dålig nutrition under fosterlivet, att när de sedan producerade spermier så hade de en annorlunda metyleringsprofil vid specifika loci i genomet, vilket påverkade aktiviteten av vissa gener hos deras avkommor.

Den andra situationen är fallet då den epigenetiska märkningen blir så pass bestående i könsceller att den går i arv generation efter generation. Anledningen till varför en epigenetisk märkning i könscellen inte självklart går vidare till nästa generation är att det sker en avsevärd omprogrammering och omställning av könscellens epigenom strax efter befruktningen, så att embryot ska ha en möjlighet att igångsätta en differentiering av cellerna till sådana som behövs i individens vävnader.

Den centrala frågan i detta sammanhang är om det finns delar av könscellens epigenom som inte genomgår en omprogrammering och därmed för över någon epigenetisk märkning över flera generationer. Det finns många studier kring denna fråga, men frågan är inte klart utredd idag, eftersom många parallella säregna mekanismer förekommer i samband med mobila genetiska element och repetitivt DNA, och man har ofullständig kunskap om hur RNA kan påverka processer som ansvarar för omprogrammering av könscellerna [Daxinger & Whitelaw 2012; Heard & Martienssen 2014].

Jayanti Chotai

Professor emeritus i psykiatri, Umeå universitet

Docent i matematisk och genetisk statistik, Umeå universitet

Specialistläkare i psykiatri, Uppsala

jayanti.chotai@psychiat.umu.se

ANNONS

Siffran har nu konkurrerat ut ordet som den yttersta referenspunkten i det psykoterapeutiska arbetet

Att ständigt utvärdera sitt arbete, medels pseudokvantitativa mätningar, ingår numera i de flesta psykologers retorik. Detta trots att den vägen sannolikt inte tar oss mycket närmare ett svar på klinikens frågor och utmaningar; människan rör sig ständigt framåt och vi är per definition alltid hänvisade till ofullständiga beskrivningar av problemet med att vara människa. Olyckligtvis verkar dock många psykologer ha övergett språket som framkomlig väg, numera är det standardiserad kommunikation i form av manualiserade behandlingar och ett överflöd av skattningar som gäller. Detta är olyckligt. För att på något sätt höja oss över det självklara, där vi bara dokumenterar vad vi redan tror oss veta så krävs det istället modiga teoretiska spekulationer. Detta verkar inte premieras, kvantitativ utvärdering förklädd som "forskning" står istället först i kön. Eller för att säga det distinkt och lite polemiskt: siffran har idag konkurrerat ut ordet.

När psykologer förr tänkte kring kliniken och närmade sig vad det innebar att vara människa var språket självklart i förgrunden. Det utgjorde ett fundament för psykologin. Det humanistiska perspektivet stod fortfarande högt i kurs när jag i mitten av nittioalet utbildade mig till psykolog, att förkovra sig i angränsande discipliner var på den tiden praxis. Den tiden är passerad. Nu närmar man sig istället människan på ett mer mekaniskt sätt – titeln själens ingenjörer accepteras beredvilligt.

Inom samhällsvetenskaperna – där ämnet psykologi sorterar – har man ofta motvilligt men ibland också frivilligt, gjort avkall på sin särart, och rättat in sig i ledet. Inte ens naturvetenskapen, i en positivistisk tappning, utgör det föredömliga ämnet – allt är istället någon sorts gigantisk enkätundersökning. Det som Statistiska centralbyrån tidigare ombesörjde kallas nu vetenskap: man ställer frågor, samlar in svaren – och kalkylerar. Resultatet blir en vetenskaplig rapport. Ämnet ekonomi – i dess mest vulgära form – har blivit exemplarisk.

Empirin förmodas oförmedlat förmedla sanningen om tingen. Att vår blick ständigt är riktad, och den insamlade empirin många gånger bara reproducerar ens fördomar bryr man sig föga om. Ideologiproduktion var ordet.

Så blir det när teorier inte uppskattas.

Denna siffrans och det påtagligas företräde drabbar också andra värden, allt trillar ner i det konkreta. Man tror inte längre på läkaren, utan receptet; man tror inte längre på den professionelle, utan den manualiserade tekniken. Att teorier, hantverkskunnande, och ett gott omdöme borgar för något, för att tala med Aristoteles, är idag en frånvarande tanke. Misstron breder ut sig, allt skall vara direkt uppenbart, evident, transparent – och presenterat i form av siffror. Några mer avancerade tankar får inte tänkas.

Siffran står ohotad. Ordet är satt på undantag.

Många olika faktorer har bidragit. Inte minst en maktförskjutning inom sjukvården och akademien. Tjänstemännen har flyttat fram sina positioner. De är inte insatta i det specifika ämnets inneboende komplexitet, men är ändå satta att godkänna de professionellas arbete. Det är som det är, och någon kontroll måste ju utövas, men det premieras inte nytänkande – och definitivt inte andra tankar än de som är i skala ett till ett. Tiden då den främste bland likar, primus inter pares, hade ett avgörande inflytande på verksamheten är nu historia.

Det är allvarligt. Värden går förlorade när allt anpassas till den minst vetande. Allt nivelleras; allt bara siffror. Insamling och redovisning av empiri stod förr inte för sig själv. Nu verkar observationen vara målet i sig – själva slutpunkten. Det gör något med ens själ. Särskilt när det sker med hittepåsiffror.

Pseudokvantiteter var ordet – för att tala med idéhistorikern Sven-Eric Liedman.

Värdet som skall upprätthållas mals ner på kuppen. Allt görs om enligt den egna frågeställningen. Värden korrumpas och mals ner i nyttoperspektivet. Liksom man finner att ekonomistuderande efter ett tag blir mer cyniska och börjar räkna på saker. Det blir inte ens effektivt.

Så behöver vi inte leva. Det är ett val. Människan förtjänar att närmast på ett mer påhittigt och konstruktivt sätt.

Liksom världen bör befolkas med många olika språk, så bör verkligheten angripas utifrån olika teorier. Ett specifikt perspektiv får något att framträda.

”Det är allvarligt. Värden går förlorade när allt anpassas till den minst vetande.”

Varje teori bär således på sitt eget värde. Drömmen om en odelad och enkel sanning verkar dock aldrig överge människan.

Inom psykologin har de som hävdar en och endast en orsak helt avgörande betydelse för en människas fortsatta liv, ständigt återkommit med sitt glädjebudskap. Traumatanken är aldrig långt borta. De våta drömmarna om den helt manualiserade behandlingen är legio. De lovar runt.

De hämnas på livets svårigheter genom att förenkla vad det är att vara människa bortom all igenkänning.

Tristessen breder ut sig. Inte konstigt att sedan ingen läser den kunskap som produceras. Att de skriver om människors liv kunde inte vara mer överraskande: gravallvarliga och helt utan distans reduceras det psykiska lidandet till några enkla variabler.

De stövlar in på psykologins område, och trampar ner allt i sin väg; de mäter sönder människan. De förstår överhuvudtaget inte ämnet psykologi, och att det gör något med studieobjektet att hela tiden tillfråga människan med förment kvantitativa frågor. Snart är ämnet för studien helt avlägsnat. Men den tanken slipper de tänka. Att mänskligt liv gestaltar sig utanför statistiken är dem obekant. Det vet bara sina siffror. De tror inte på språket, kulturen och den mänskliga gemenskapen. De stirrar på människan, de vet inget annat.

De tror på sin empiri: för att sammanfatta.

Inom psykoterapiforskningen har det ibland helt urartat.

Hur en människa rapporterar att de mår – detta är de hugade satta att mäta med sina instrument. Välbefinnandet står i centrum. Att undersöka hur patienterna lyckas eller misslyckas med att iscensätta ett meningsfullt liv där de gör något för andra och är i kontakt med en mänsklig gemenskap samt sin egen sårbarhet är inte i förgrunden. Allt är istället reducerat till: hur patienten känner att han eller hon känner sig. Helt frikopplat patientens plats i tillvaron. Redan frågan är patologisk. Istället för att reflektera – så observerar de.

Helt tysta står de och tittar. De samlar in empiri.

De är vetenskapens sopgubbar. Många psykologer har dragit på sig overallen, de är väl glada att äntligen slippa tala med sina patienter.

Men det blir väl så i ett avkristnat land, där det som återstår

att tro på är siffran – och sin egen förträfflighet. En platt scientism. Det är den nya tidens människor. Ordet är satt på undantag. Språkliga satser kvantifieras ned till siffror. Och så förvånas man över att de överhuvudtaget inte har något att säga. De talar ju inte, de räknar ju. De står där med mössan i hand, med sin lilla vetenskapliga studie, och hoppas få en klapp på axeln.

De skriver ner sina siffror, de administrerar sina självskattningsformulär. De lånar sig till andras intressen. De samarbetar gärna. Det är deras motto. Att istället i sin ensamhet, med hjälp av språket, tänka igenom angelägna frågor, är inget för dem.

Detta är vetenskapsmän som samarbetar och går på möten.

Siffran har konkurrerat ut ordet.

Nu är vi kanske onödigt orättvisa mot insamlandet av empiri, det har sin givna plats i tänkandet kring människan, men bör underordnas ett teoretiskt paradig. Annars begravs man bara under information. Till ingen nytta.

När vi tänker kring människans psykologi bör ordet vara i förgrunden. Det är min övertygelse. Och just nu är ordet marginaliserat som gångbar valuta när man tänker kring vad det innebär att vara människa, och vilken plats lidandet har i våra liv. Denna utarmning gör resonemangen kring livet platta och torftiga. Siffran gör inget oväntat, den städar bara upp.

Det borde inte vara psykologkårens uppgift att rata språket. Vår uppgift borde istället vara en annan: ordet behöver återfå sin rättmätiga plats. Afasin kan ju inte samfällt ha drabbat oss. Utan språket i dess mest fundamentala form – att tala och lyssna – har ju psykologen snart avskaffat sig själv. Ibland måste siffran vänta på sin tur, för att sedan röja undan det av ordets spekulation som blivit alltför avigt, oskönt och vilt.

Som språkets hjälpreda, där har siffran sin plats.

Ordet banar väg genom psykologins landskap. En kärlek till språket är garanten för psykologens hantverk. Så tänker jag – med ordens hjälp.

Anders Almingefeldt
Leg. psykolog
Specialist i klinisk psykologi
Alingsås

Möten med framtida arbetsgivare och sommarskolan i psykiatri 2014

Meningen med livet, Galen UNS och psykiatriambulanser. Blir du nyfiken?

Det var utlandsstudenterna som kommit för att delta i årets sommarskola, 21-22 augusti i Stockholm på Bonnier Conference Center, som arrangerades av SKL, SPF, SLUP och SFAM (Svensk förening för allmänmedicin). Där fick utlandsstuderande läkarstudenter mingla med företrädare för landstingen och diskutera framtida anställningar, lyssna på föreläsningar och bli välkomnade tillbaka till Sverige.

Det fanns förstås en illa dold agenda från vår sida – att få alla besökare intresserade av psykiatri. Vi hade det lätt för oss måste erkännas. Den första dagen startade med Simon Kyaga som talade om hur det är att vara psykiater idag och vilka upplevelser han gjort i klinik och forskning i vitt skilda hus (alla av tegel). Fortsättning följde med psykiatrisamordnare Ing-Marie Wieselgren som talade om satsningar inom psykiatrin och samhällets behov av psykiatri.

Juridikkursen för utlandsstuderande som METIS kört som pilotomgång under våren uppmärksammades även under sommarskolan och höstens omgång av kursen blev i princip fullbokad av sommarskolans studenter. Kursen rustar utlandsstuderande läkare inför sitt första jobb i svensk sjukvård och är tänkt att ge en bra start i Sverige och väcka intresse för framtida jobb i psykiatri. Kursen är webbaserad och handlar om lagar och det svenska sjukvårdssystemet. Mer om kursen finns att läsa i tidigare nummer av Svensk Psykiatri och på METIS hemsida.



Den andra dagen fick studenterna välja mellan allmänmedicin och psykiatri. De som valt psykiatris sommarskola fick en fullspäckad dag modererad av Ullakarin Nyberg. Dagen startade med Andreas Carlborg som talade om akutpsykiatri, följt av Anna Malmqvist och Amy Jonsson som berättade om den spännande tillvaron som ST-läkare i psykiatri. De senare lanserade även ett mindre validerat men specialdesignat test för att se om du skulle passa som psykiatriker. Därefter talade Katarina Howner om psykopati och hjärnabbildning, Malin Appelquist om psykiatrihistoriens mer okända perspektiv, Peder Björling om självskada och hur din insats som psykiater spelar roll. Slutligen en storartad och traditionsenlig avslutning med Maria Larsson, film och popcorn – Meningen med livet.

Mellan föreläsningarna fanns tid för mingel och många studenter uppsökte SPF och SLUP:s monter med frågor. Vanligaste frågan var varför vi valt att vilja bli psykiatriker (denna underbara fråga!). Det fanns förstås andra frågor också, som till exempel om det är tungt eller skrämmande och hur folk reagerar på ens yrkesval på en fest. Många samtal senare hör vi en student säga till en annan i matkön "Det är så mycket som händer i psykiatrin" och visst är det bra att det är fler som ser det.

Tove Janarv
METIS och SLUP
Anna Malmqvist
SLUP



ÄR DET DAGS ATT SLUTA FORSKA INOM PSYKISK OHÄLSA?

Absolut inte. Faktum är att det aldrig har varit mer angeläget. Som du säkert vet ökar den psykiska ohälsan i vårt land, framförallt bland unga tjejer. Vad det kommer att betyda om 30 år vet ingen, men vi har bestämt oss för att kämpa för att framtiden för alla som drabbas ska bli ljusare. Inte mörkare. Vi har på allvar bestämt oss för att samla in medel till forskningen om psykisk ohälsa och att göra det vi kan för att motverka stigmatisering och diskriminering. Var står du? Vid vägs ände eller i början på en lång spännande resa?

SMS:a "PSYK (mellanslag) belopp" (50, 100, 200 eller 500) till 72970 eller sätt in ditt bidrag på BG 900-7501 alternativt PG 900 750-1 så hjälper du forskningen framåt. Om du vill bli månadsgivare skickar du "PSYK (mellanslag) P100" eller P500.

Vill du veta mer om Psykiatrifonden? Gå in på psykiatrifonden.se



PSYKIATRIFONDEN

för bättre mental hälsa

Tom Burns

Vår nödvändiga skugga – psykiatrin i perspektiv

Tom Burns: Our Necessary Shadow. The Nature and Meaning of Psychiatry. 2013. Allen Lane.

Som få andra medicinska specialiteter väcker psykiatri starka känslor. Kritiker avfärdar ibland hela ansatsen att psykiska sjukdomar existerar och ofta är delar av verksamheten undergranskning. En ny bok av den engelske psykiatern Tom Burns, professor i socialpsykiatri i Oxford och gästprofessor vid Psykiatri Psykos, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ger en inblick i hur diskussionen har förts, vilka linjer den följt och visar att vi måste förstå historien för att begripa varför den psykiatriska praktiken idag ser ut som den gör.

Det finns en paradox i samtidens inställning till psykiatri, hjärnan och psykisk ohälsa. Å ena sidan pekas ibland psykiatri ut som den sämsta och minst ansedda medicinska specialiteten och å andra sidan finns det ett enormt intresse för neurovetenskap och hjärnforskning. Antonio Damasio och Oliver Sachs är några exempel på tillämpade neuroforskare som genom att förmedla inblickar i hjärnans sätt att fungera (eller icke fungera) har nått en stor och entusiastisk publik. Samtidigt finns det stora hemsidor som enbart ägnar sig åt psykiatrikritik och som till exempel på fullt allvar hävdar att det finns en omfattande sammansvärjning av psykiater som vill uppnå världsherravälde. När steget tas från teori och forskning till vardagens praktik, kommer kritiken.

Hur ska vi förstå detta? Burns vill visa på att en av orsakerna finns i vår ambivalenta inställning till vad psykiatri är i grunden. Den kan aldrig bli "bara om hjärnan". Boken igenom för Burns fram sitt grundtema: psykisk ohälsa yttrar sig i vårt sätt att vara i relationer och behandlingen kan enbart bedrivas genom att dessa relationer får en central betydelse.

Psykiatrin kommer från två helt olika rötter. En praktisk rot som var totalt icke-medicinsk och som sedan urminnes tider sysslade med att i verkliga livet ta hand om personer med själsligt lidande på asylor och hospital.

Den medicinska, teoretiska roten är också mycket gammal och ville leta efter orsaker och bot genom att systematiskt observera och sedan i bästa fall förstå varför sjukdomar i själslivet uppstod. Först på de senaste 150 åren har dessa två traditioner förenats.

Burns pekar på två viktiga perioder i utvecklingen där verklighetens krav på psykiatrin fört den framåt och kraftigt påskyndat tänkandet: krigspsykiatrin.

Dels blev det tydligt för alla att outhärdliga upplevelser kunde knäcka även tidigare fullt välfungerande individer (allt fanns inte i ärftligheten) och dels visade sig tidens psykiater fullt kapabla att göra stor nytta i att hjälpa offren tillbaka till fungerande liv. Detta innebar ibland att gå tillbaka till fronten, något som beredde många läkare betydande samvetsqual. Det finns dock ett viktigt undantag från erfarenheterna att psykiatrin gick stärkt ur krigen nämligen Tyskland. Mer om det nedan.

Psykiatrins sätt att diagnostisera är ett fokus för kritiker som skjuter in sig på att det sällan finns några objektiva tester som verifierar om en viss åkomma förekommer. Burns svar på detta är att peka på att psykiska sjukdomar visar sig i relationen till andra människor; de finns mellan oss. Diagnoserna reflekterar denna mänskliga interaktion och grundar sig på observationer av samspelet mellan den lidande patienten och hans omgivning. Burns deklarerar en tydlig ståndpunkt: vi kan förstå andra. Genom att använda denna förmåga till förståelse kan vi också förstå vad som just då plågar den andre.

Modern neuropsykologiforskning (Baron-Cohen för att nämna ett exempel) visar att människan är konstruerad att förstå sig på andra och att kunna anpassa sig till sociala situationer. Vi har denna förmåga utvecklad vid 18 månaders ålder. Svårigheter på detta område är grunden i autismspektrat.

Finns det idag en överdiagnostik inom psykiatrin och håller det på att komma en diagnos för varje mänskligt beteende? På ont och på gott speglar utvecklingen här den inom den övriga medicinen. Burns anser att kritikerna på visst sätt kan ha rätt. Han ger också exempel på den skepsis som engelska psykiater ibland visar mot sina amerikanska kollegor. På tio år ökar antalet diagnoser med ca 20 %. Detta speglar utvecklingen i den medicinska vetenskapen. Detta för också självklart med sig att diagnoserna ändrar sig över tid. Det skulle vara oroande om psykiatrin skulle vara annorlunda och ha kvar diagnoserna som avspeglade tänkandet för hundra år sedan.

Jag minns själv från ett besök vid Waldausjukhuset i Bern och deras museum hur man år 1749 organiserade avdelningarna efter de två då existerande diagnoserna: halbtolle och ganztolle.

Burns visar att medicinen är obönhörligt pragmatisk: om en diagnos är användbar i behandling och forskning, överlever den. Annars kommer den att mönstras ut. Det är vad som hänt med några diagnoser som för trettio år sedan var mycket omskrivna: multipel personlighet och återvunna minnen (recovered memory).

Dessa spöken från 80-talet härjar fortfarande runt i svensk (rätts)psykiatri och ligger bakom en av de skandaler som skakat rättsstaten på senare år.

Behandlingsresultaten är också (tvärtom vad som ibland förs fram) goda och väl i paritet med övrig medicin. Psykiatri har oftast sätt att lindra och förbättra livssituationen för den som drabbas av psykisk ohälsa. Även för de mest utsatta grupperna finns idag väl beforskade metoder och organisationsformer. Som i den övriga medicinen handlar det sällan om att fullständigt och bestående bota patienten.

Burns har en mycket positiv bild av Freud och psykoanalysens historiska betydelse under ett visst tidsskede, även om han kallar kapitlet "The rise and fall of psychoanalysis". Ingen kan ta ifrån den psykoterapeutiska rörelsen att man för all framtid satte personens upplevelser, relationer och berättelse i centrum av psykiatri. Psykiatri kommer tack vare detta aldrig att reduceras till en fråga enbart om hjärnkemi eller gener.

Psykoanalysen som metod och psykodynamiskt tänkande har dock fått en allt mindre betydelse för psykiatri praktisk. Burns visar på en viktig orsak: oviljan att underkasta sig vetenskaplig prövning och värdering. I de delar där man kunnat utvärdera insatserna har resultaten varit förödande för teorin. Burns visar på teorier på schizofreniområdet där "den schizofrenogena mamman" och dubbelbindningsteorien gjort livet plågsamt för närstående. När forskningen granskat teorierna och de behandlingsresultat de genererat, har teorierna smält bort.

Psykiatri har haft nytta av sina kritiker och Burns nämner speciellt Laing som en viktig person. Bland de andra anti-psykiatriföreträdarna (Laing skulle aldrig kallat sig anti-psykiater), som Burns avfärdar som teoretiskt grunda och tämligen ointressanta, fanns en motvilja om psykiatri som företeelse. Laing ville skapa den goda psykiatri och tyckte att den nu inte var ond utan blind. Blind i det att man inte såg den kamp och det lidande och den modiga kamp som individen förde för att förstå de dilemman som mänskligt liv innebär. Laing betonade respekten vi borde känna inför denna kamp och inte bara avfärda den som sjuk. Den tradition som Laing företräder betonar också samhällliga förhållandens roll i uppkomsten och vidmakthållandet av själslig ohälsa.

Burns visar på tre olika typer av misstag (ibland totalt katastrofala) som psykiatrins företrädare historiskt gjort sig skyldiga till: först enstaka zeloter som fanatiskt drivit på märkliga behandlingar även sedan det borde varit uppenbart att det lidande de orsakar vida överskrider nyttan, den andra typen är att man lånat sig att bli redskap för politiska förtryckarregimer (här är Nazityskland och Sovjet tydliga exempel) och det tredje är synen på och behandlingen av kvinnor. Burns kallar det senare en historia av asymmetriska och ofta bigotta relationer. Den tidiga psykoterapihistorien är tyvärr full av övertramp och rena övergrepp mot enskilda kvinnor och svepande och nedsättande teorier om hela kvinnosläktet.

Vad är "den medicinska modellen" egentligen och har den en plats inom psykiatri? Burns varnar för att likställa den med biologistisk reduktionism och tänka att modellen implicerar uteslutande farmakologisk behandling. I stället är modellen ett arbetssätt, en procedur om man så vill, där den systematiska bedömningen och diagnostiserandet står i centrum och som sedan styr behandlingen. Resultatet utvärderas sedan. Det är denna procedur som gjort medicinen så framgångsrik och Burns pläderar starkt att modellen är användbar även på psykiatrins område.

Psykiatri är (i stort sett) den enda verksamheten inom medicinen som kan behandla patienter med tvång mot deras uttalade vilja. Detta är naturligtvis en paradox eftersom patientdeltagande och delat beslutsfattande är så starka ledord inom disciplinen. Burns gör en historisk resumé och konstaterar också att det psykiatriska tvånget existerar i alla samhällen. Och överallt finns samma diskussion om detta innebär omtanke eller övergrepp. Burns ståndpunkt kan sammanfattas så att eftersom det faktiskt existerar psykiska sjukdomar som helt kan påverka och förvrida personens verklighetsuppfattning, så är det en skyldighet för psykiatri att ibland använda tvång för att hjälpa patienten till behandling. Dock enbart när detta bevisligen gör nytta: han refererar till egen (publicerad i The Lancet) och andras forskning där man inte kan hitta någon positiv nytta alls för tvång i öppenvård. En företeelse som svept över västvärlden och även införts i Sverige. Detta trots att välgjord forskning pekar på att detta allvarliga ingrepp i de mänskliga rättigheterna inte producerar det önskade resultatet.

Tom Burns formulerar en tydlig slutsats:

Psykisk sjukdom är oupplösligt förknippad med det som i grunden gör oss mänskliga.

Det är Vår Nödvändiga Skugga.

Lennart Lundin

Leg. psykolog, verksamhetssamordnare
Psykiatri Psykos; Sahlgrenska Universitetssjukhuset

ANNONS



Foto: Shutterstock/Mikhail Markovskiy

Var det synd med Poltava?

Vid 300-årsjubileet av slaget vid Poltava 8 juli 1709 hölls ceremonier i Poltava, även med svenskt deltagande. Jag har fått lära mig att slaget blev katastrofen för ett dittills framgångsrikt Stor-Sverige. Var det synd? Vad hade hänt om vi vunnit? Hur hade det gått under resten av det Stora Nordiska kriget? Och därefter? Hade det varit bättre för Sverige att ha kvar Finland, Baltikum och delar av Tyskland, Polen och Ryssland? Jag tror inte det. Vi hade haft mer bekymmer och vi hade inte klarat oss undan världskrigen.

Var det synd för ryssarna? Man har i Ryssland ansett segern som en del i försvaret mot det oheliga väst. Detta har understött en isolationism som nog hindrat en del utveckling i landet. Peter den store som vann över Karl XII

vilde annorlunda med Ryssland men hans utvecklingsplaner varade inte.

Hur som helst var det synd om de cirka 10 000 svenskar, ryssar och kosacker som dog.

Vid kanten av fältet där huvuddelen av slaget stod finns ett psykiatriskt sjukhus. Jag har träffat en kollega som från sitt fönster har överblick.

Jerker Hanson
Pensionerad psykiater
Stockholm
jerker.hanson@telia.com



Relationsinramningsteori: Teori och klinisk tillämpning

Niklas Törneke
Studentlitteratur, 2014

Språkteori

Verbala aspekter spelar mer eller mindre stor roll inom alla psykoterapeutiska metoder. Men hur ser den bakomliggande språkteori ut? Inom psykoanalys och psykodynamisk metodik kan sådan teori ha en hermeneutisk bas och handla om språket som redskap för att uppenbara innebörder och mening. Inom beteendeanalys tänker man sig att grundläggande språkteori ska vara byggd på empirisk, experimentell grund.

Vad slags fenomen är de ljudkombinationer som utgör vårt språk och hur kan man förstå den betydelse språket och "språkandet" har för att ge struktur åt upplevelser, tänkande och kommunikation. Niklas Törneke, psykiatriker, leg psykoterapeut och psykoterapilärare har uppdaterat sin bok från 2009 om relationsinramningsteori, RFT (relational frame theory), som behandlar just språkteori. Boken är indelad i tre delar. I den första delen berörs den beteendeanalytiska referensramen samt tänkande och språk. I den andra delen beskrivs relationell inlärning och relationsinramningsteori och i den tredje delen den kliniska tillämpningen av RFT.

Tre grundläggande inlärningsmekanismer

Vi föds med genetiska förutsättningar vars vidare utveckling är beroende av medfödda inlärningsmekanismer. Något föregårenhandling och något följer den. Respondent inlärning som kopplar beteende till konkreta förutsättningar och operant inlärning som kopplar till beteendets konsekvenser. Dessa förhållanden gäller också i princip djuren. Men vi människor kan genom vårt unika språk skapa föreställningar om samband som resulterar i beteenden vars komplexitet och kreativitet vida överstiger andra levande varelsers och som kräver ytterligare en medfödd förmåga till inlärning. RFT vilar på det experimentella utforskandet av denna förmåga. Beteenden styrda av operant eller respondent inlärning ses som direkta stimulusfunktioner grundande på kontingens (orsak-verkan). Denna kompletterande verbala, språkbaserade mekanism genererar istället härledda eller indirekta kopplingar. Dessa innefattar "ömsesidigt inbegripande, kombinerat ömsesidigt inbegripande och transformation av stimulusfunktioner". "Vad som helst kan kopplas till vad som helst" (tänk er modern poesi!).

I boken redogörs noga för de experiment som ligger bakom teorin om denna tredje inlärningsmekanism. Hypotetiskt "verbalt beteende" som inte vilar på orsak-verkanbaserade erfarenheter, kan leda till att vi själva eller andra skapar regler som styr vårt beteende. Vår förmåga att följa verbala regler och instruktioner är förutsättningen för flexibiliteten i vårt beteende och regler får kraft genom att vi följer dem.

Men regelstyrt beteende kan också göra oss blinda för hur verkligheten fungerar. Vi märker inte direkta kontingenser och kan vara mindre benägna för spårning, det vill säga benägna att utforska verkligheten. Trots att ett beteende inte fungerar, fortsätter vi ofta att bete oss på samma sätt därför att det "borde fungera" – Ett kliniskt exempel är att vi ofta fortsätter att försöka få medveten kontroll över plågsamma tankar och känslor, "privata händelser" i beteendeanalytisk terminologi, trots att dessa försök inte leder till de konsekvenser vi önskar - "more of the same".

Redskap för perspektiv

Erfarenheter organiseras genom ett strukturerande språk som skapar skillnad och möjliggör perspektivtagande såväl som hierarkisk inramning, till exempel nu och då, här och där, mer eller mindre. Samma funktion har analogier och framför allt metaforer vilka fungerar genom att en egenskap som är mycket tydlig i ett sammanhang förs över till ett annat. Relationer skapas också genom ord som "samma som", "hör ihop med" och "betyder".

Att lägga märke till sitt eget beteende, beskriva och dela det, "takta" det, har ett värde. Vikten av ett urskiljande jag i meningen "den som observerar" gäller både "jag som perspektiv" och som "jag som kontinuerligt pågående process". Men det tycks också finnas ett behov av att i terapin göra sig kvitt språkets och tankens makt. Att kunna förhålla sig observerande och icke dömande är kärnan i den på RFT baserade Acceptance Commitment Therapy (ACT). Förhållningssättet påminner, om jag förstått rätt, om den österländska vägen till upplysning.

Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser.

Att stärka människors motståndskraft

Sara Hedrenius och Sara Johansson
Natur & Kultur, 2013

RFT som metaperspektiv

I det kliniska avsnittet beskriver författaren utöver ACT, behandling på beteendeanalytiska grunder utifrån ett RFT-perspektiv. Där tydliggörs också teorin systematiskt genom ett antal kliniska vinjetter. Den grundsyn som RFT företräder innebär ett metaperspektiv som borde ha ett vitt tillämpningsområde inom alla former av psykoterapi och handledning. Med dess hjälp kan terapeuten ställa grundläggande frågor angående fruktbarheten av den pågående terapeutiska processen. Klientens berättelse kan aldrig direkt upplevas av terapeuten, det kan däremot klientens sätt att berätta. På den "första scenen", i terapirummet, kan grundproblemen aktualiseras spontant eller kanske genom att iscensättas. Har man tagit tillvara möjligheterna till inläring och formulering av alternativa regler, på denna "första scen"? Om så, i vilken utsträckning har klientens nya erfarenhet med dess nya alternativa regler varit tillämplig, på den "andra scenen" det vill säga i livet utanför terapirummet? Har samtalet om problem och svårigheter i livet lett till nyinläring – om så har denna fått genomslag i klientens liv utanför terapirummet? Om inte, vad kan terapeuten göra annorlunda i ljuset av det liv klienten säger sig vilja leva?

Ett ord på vägen

Författaren lyckas med den svåra uppgiften att göra RFT med dess abstrakta begreppsapparat rättvisa på dess egna premisser och samtidigt göra dess essens, konsekvenser och tillämpning begriplig för den som inte är insatt i RFT:s terminologi. Han skapar också intresse för språket, denna kombination av ljud, som ett fenomen i sig. Ljud som blir talade ord förknippas med erfarenheter. Det talade ordet mellan oss blir också tankar, "verbala beteenden", inom oss. Att tänka en handling och att utföra den involverar samma område i hjärnan. Vi blir både talare och lyssnare i den exklusiva värld som är vår egen och där ordets makt över tanken (och känslorna) manifesteras i handlingar. Ordets makt över tanken är mer omfattande än vi kan fatta liksom innebörden i att ord döljer lika mycket som de uppenbarar. Språkets "vanlighet" och självklarhet döljer dess fundamentala "storhet". Författaren hjälper till att uppenbara och konkretisera den.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Det är snart 40 år sedan Johan Cullbergs klassiska *Kris och utveckling* kom ut i sin första upplaga (1976). Många tusen människor inom människovårdande yrken har sedan dess mött den som kurslitteratur i basutbildningen. Boken låg verkligen mitt i tiden 1976. Det fanns en optimism och framtidstro som vi idag knappast kan föreställa oss. Man trodde på förändring = framsteg i alla dimensioner. För psykiatriens del betydde det att man skulle syssla med psykisk ohälsa i bredare bemärkelse, patienterna skulle ut ur de gamla mentalsjukhusen och behandling handlade om mer än läkemedel och sysselsättningsterapi. Krisperspektivet som Cullberg mer än någon annan bidrog till att introducera i Sverige har varit oerhört viktigt och berikande för många vårdnära områden. Att nästan alla människor reagerar psykiskt på påfrestningar, att de flesta reaktioner är normala och att det är en fråga om en balans mellan resurser och tillgångar, allt detta har varit normal kunskap för många länge nu men var det inte före 1970-talet. Likaså att krisen kan innebära både hot om sönderfall och patologiska resultat respektive mänsklig utveckling. Cullberg formulerade detta på basen av den tidens dominerande idélära i psykiatri, den psykodynamiska psykologin. För yngre läsare, uppfostrade med evidensgranskning och kognitiva modeller, känns nog framställningen främmande. Och visst, det finns mycket som är mer teoribaserat än grundat på empiri. Samtidigt är drivkraften att förstå fortfarande uppfriskande i dagens torrare litteratur.

Att ha kunskap om bemötande av krisdrabbade av den ena eller andra sorten är inte längre en självklar ambition för psykiatri. Jag tror det är en stor förlust. För det första måste man som psykiater förstå det normala för att inte patologisera det friska och omvänt. För det andra drabbas även psykiskt sjuka av potentiellt traumatiska händelser, ja oftare faktiskt än normalbefolkningen. För det tredje har vi ett ansvar gentemot närstående, och även vårdpersonal, som drabbas av t.ex. suicid. För det fjärde handlar det om att riktat förebygga allvarlig psykisk ohälsa vilket väl fortfarande är också vårt uppdrag.

Det har varit tunt med lättillgänglig litteratur om krisreaktioner och stödbehov efter plötsliga, oförutsedda, potentiellt traumatiska händelser. Därför är det med stort intresse jag läser den nya boken *Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser* som annonseras för att fylla luckan efter *Kris och*



utveckling. Boken riktar sig uttryckligen till professionella i människovårdande yrken. Författarna har höga anspråk och hävdar att kunskapsområdet genomgått en revolution på senare år. Det innebär bl.a. att de psykiska reaktionerna på svåra upplevelser ska ses som signaler snarare än symtom. Ansatsen innebär att man betonar drabbades förmåga till återhämtning och hur man ska göra för att underlätta detta. I grunden finns egentligen inget som radikalt bryter av i det synsättet i förhållande till Cullberg 1976.

Däremot fanns 1976 ännu ingen tydlig uppdelning av vad olika sorters kriser är. I *Kris och utveckling* var distinktionen fortfarande otydlig mellan t.ex. den kris man kan hamna i om man blir plötsligt arbetslös, respektive om man rånas och hotas med pistol i sitt hem. Tänk på att PTSD introducerades som diagnos med DSM-III först 1980, dvs. det var först då som man på ett modernt sätt började formulera vad trauma kan vara. En person som plötsligt och oförberett utsätts för något tillräckligt hemskt reagerar psykiskt. Här kan kriskunskap vara till hjälp för att förstå vad som händer och vad den drabbade behöver. Men det kan också bli värre, utvecklas mot en traumatisering, att det blir en psykisk skada. Det bör för oss vara självklart att behoven hos den i skilsmässokris skiljer sig radikalt från rånofrets. Det är olika slags bemötande som behövs. *Krisstöd* gör, kanske av marknadsföringsskäl, lite väl mycket av att detta skulle vara nyheter sista åren och inte sista decennierna.

Det som däremot är det centrala för innehållet i boken är framlyftandet av "Psykologisk första hjälpen" (eng. PFA) som är ett tillvägagångssätt för att möta drabbade och som kommit att få stor internationell spridning i lite olika varianter utifrån olika organisationers utgångspunkt. Författarna ägnar nästan 70 sidor åt en amerikansk manual som sedan tidigare finns översatt till svenska. Den nya boken innehåller många fina beskrivningar av psykiska reaktioner hos drabbade och ger kloka råd för den som ska möta dem. Innehållsligt är den aktuell även om avsaknaden av klinisk erfarenhet och medicinsk grundkunskap blir uppenbar när orsakssamband ska förklaras. Paradoxalt nog är det antagligen därför som mycket beskrivs i pseudovetenskaplig jargong som förlopp i "hjärnan" och "kroppen" i stället för i den psykologiska och mänskliga referensram som vi behöver när det handlar om upplevelser.

Av liknande skäl leder avståndstagandet från den psykoterapeutiska hållning som fanns på Cullbergs tid till ett obalanserat betonande av att den drabbade inte ska "pressas till att tala", på bekostnad av människors väsentliga behov av att få bekräftelse och validering av sina upplevelser. Problemet idag är knappast att människor får påträngande frågor som riskerar att öppna på locket för traumatiska

upplevelser. Tvärtom är det nog så att vi i NPM-sjukvården suger till oss alla argument vi får för att minimera tidsåtgång och engagemang i de drabbade. Tyvärr kan ett sådant här förhållningssätt leda till att mötet med vården upplevs kränkande och risken för traumatisering ökar i stället.

Det här en aktuell bok i ett angeläget ämne men tyvärr finns också några större invändningar att göra. Det finns ett anspråk i boken av att "så här gör man", som man inte har täckning för. Det är mest uppenbart när man i ett i övrigt bra kapitel om personalstöd slår fast att "debriefing" inte ska användas. Detta är en sammanblandning med förhållandet vad gäller direkt drabbade där man sedan länge avråder från debriefing. För förutbildad personal som gjort insatser utifrån sin professionella uppgift, och kommer att fortsätta arbeta med sina kolleger, är riktade debriefingliknande personalstödsåtgärder fortfarande en god och användbar metod [1-2]. Svagast är tyvärr det centrala avsnittet om Psykologisk första hjälpen som är närmast plågsam läsning. Innehållet ger ett osmält intryck i en språkrädd som tyder på att förlaget har svikit författarna. Det är synd eftersom det väl är den delen som man har tänkt att personal ska kunna slå upp i inför mötet med drabbade när olyckan inträffat. Nu riskerar avsnittet i stället att väcka förvirring och irritation. Boken skulle också vinna på att ta in kunskap om svensk organisation, lagstiftning och forskning.

Avslutningsvis är detta en bok med lovvärd ambition som tyvärr inte kan rekommenderas för professionella eller till högskoleutbildningar med mindre än att den genomgår en omfattande revidering och inte minst redaktionell bearbetning. Atle Dyregrovs Katastrofpsykologi (2.a uppl 2002, nytryck 2011) är fortfarande den bästa kunskapsammansättningen om krisreaktioner och bemötande på svenska. Dyregrov har också skrivit ett antal mycket solida och användbara böcker om barns reaktioner.

Lars Wahlström

Med dr, överläkare,

Konsultenheten, Psykiatri Sydväst,
Stockholms läns sjukvårdsområde

Referenser

1. Skogstad M, Skorstad M, Lie A, Heir T, Weisøeth L. Debriefing ved alvorlig traumatisk stressbelastning - bør vi fortsette med det? Ramazzini, Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin 2013; 20:16-18. <http://www.samko.no/wp-content/uploads/2013/11/Ramazzini-1.2013-LR1.pdf>
2. Tuckey M, Scott J. Group critical incident stress debriefing with emergency service personnel: A randomized control trial. Anxiety Stress Coping. 2014; 27:38-54.



Fokuserad ACT

Kirk Strosahl, Patricia Robinson och
Thomas Gustafsson
Natur och Kultur, 2014

Det är fascinerande att essensen av österländsk tusenårig visdom vad gäller sätt att förhålla sig i och till livet, via den västerländska psykologiska förädlingsindustrin kan förpackas till att vara utgångspunkt för psykoterapeutisk behandling, till exempel i Fokuserad Acceptance Commitment Therapy (FACT), ett femsessioners behandlingsprogram för psykiska problem av olika svårighetsgrad.

I *Fokuserad ACT* presenterar tre erfarna terapeuter och lärare, Kirk Strosahl, Patricia Robinson och Thomas Gustafsson, de två först nämnda också forskare, en modell som är ett destillat av ACT. Inom en ram på upp till fem samtal ska klienter hjälpas att snabbt genomföra förändringar, ofta radikala. Tidsramen baseras bland annat på att klienter i USA i genomsnitt avbryter terapikontakten efter 4-6 sessioner. Metoden kan enligt Gustafsson användas i alla sammanhang där människor söker hjälp och vill ha förändringar, sålunda inom såväl primärvård som psykiatri.

FACT baseras bland annat på att klientens försök att undvika oönskade inre upplevelser och obehag är det problematiska, snarare än upplevelserna i sig. Ökar förmågan att acceptera dessa inre fenomen kan klienten slippa effekten av alla onda cirklar som utvecklas genom de undvikande åtgärderna. Utgångspunkten är att symtom avspeglar spänningen inom klienten mellan copingstrategier och stressorer. Detta kan formuleras som att "Dina symtom och ditt lidande tyder inte alls på att det är något fel på dig, däremot tyder det på att det är något som inte är i balans i Ditt liv". Behandlingsmålet är ökad vitalitet, inte symtomfrihet.

Klienten är i en mening fångad och instängd i sin egen berättelse. Relational frame theory (RFT), en grundläggande metateori om verbalt språk och tänkande (en recension av en bok om detta koncept finns på annan plats i detta nummer), bidrar med förståelse av denna instängdhet. Varje klient skattas initialt beträffande förmåga till närvaro, öppenhet och engagemang vilka alla fungerar som förutsättningar/ingångar till förändring då de är relaterade till beteendemässig rigiditet.

Terapeutens val av interventioner styrs delvis av vilken av dessa förmågor som tycks mest utvecklingsbar i nuet.

Även om modellen är principstyrd presenteras noggranna genomgångar av verktyg och metoder för fokuserande interventioner, inte minst vad gäller utvärdering av hur klientens copingstrategier fungerar och vad försöken att få kontroll över tankar, affekter och symtom har kostat i olika avseenden. Destabilisering av det aktuella perspektiv som genomsyrar vederbörandes narrativ bereder vägen för en förändring av referensramen och kan skapa motivation för nödvändiga beteendeeexperiment. En väg att ta sig ur de problematiserande tankarnas grepp är att tänka att dessa tankar saknar mening och inte är något att bry sig om. Dessa tankar tillskrivs "den tänkande hjärnan" som skapar problem i sina fåfänga försök att lösa dem, i motsats till "den visa hjärnan". Denna mentala terräng tycks mig dock något svårnavigerad då allt mänskligt beteende samtidigt enligt författarna är organiserat och meningsfullt och tankar ses som inre beteende. Möjligen är det just dessa meningslösa tankar som i andra terapiformer leder till de konfliktladdade situationer där tolkningar uppstått som kunde varit relevanta "då" men som skapar avgörande problem "nu".

Under sina förtvivlade försök att undkomma sina plågor har klienter ofta tappat kontakten med de grundläggande värden som annars skulle organisera deras val av handlingar och mellanmänskliga förhållningssätt. "Rondellen" eller "kompassen" kan här fungera som metaforer för såväl utforskande som val av värdebaserad vidare färdriktning i livet. Det gäller för klienten att motivera sig själv att våga pröva att överge den illusoriska tryggheten i sina försök att kontrollera känslor och tankar.

Författarna ger utförliga beskrivningar av hur behandlingsarbetet går till. Ett barn och en vuxen som utsatts för sexuella övergrepp, en vuxen blandmissbrukare, en deprimerad, missmodig äldre kvinna, ett par där mannen har en dödlig sjukdom, en behandling i grupp av en kvinna med massiv psykiatrisk co-morbiditet.

Presentationerna görs i form av en dialog mellan klient och behandlare. Dialogen interfolieras av behandlarens beskrivning av vilka bedömnings- och skattningsinstrument som väljs. Val av strategier och interventioner förankras tydligt i processen och läsaren får följa det gemensamma arbetet steg för steg med en noggrannhet som är sällsynt i kliniska fallbeskrivningar.

Efter varje presentation diskuteras mer generellt hur typen av problematik kan hanteras. Den teoretiska inledningen och metodbeskrivningen blir härigenom systematiskt exemplifierad och validerad på ett i mitt tycke exemplariskt sätt. Boken avslutas med ett värdefullt bidrag - en diskussion om implementering av metoden bland annat utifrån svenska erfarenheter.

Några saker blir jag nyfiken på. Vad händer inom behandlarna? Beskrivningen präglas av att behandlaren alltid har kontroll och att det finns en strategi och intervention för varje tänkbart "läge" i terapin. Här finns inga behandlare som kämpar med förvirring, irritation eller ilska, som har dåligt samvete, som av och till känner sig maktlösa och desperata, som har ont i magen när deras klient har självmordsplaner. Allt är rationellt, pedagogiskt och "går som på räls" om än av och till med vissa tekniska svårigheter. Den detaljerade metod- och teknikarsenalen får mig att associera till "Psykoterapeuternas Claes Ohlsson". Åtminstone som jag ser saken skulle någon inblick i behandlaren's inre värld göra det lättare att känna igen sig och göra framställningen av metoden än mer rik och trovärdig – även om inblickar i behandlaren's värld mer sällan ingår i psykoterapeutisk metodpresentation. Boken ger en ingående, bred och lätt tillgänglig presentation av FACT och noggrannheten i beskrivning av dialogen kan inbjuda behandlare oavsett teoribakgrund, att ställa sig frågan "vad skulle jag ha tänkt, sagt eller gjort i detta läge".

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

 SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN
2015

Kreativitet och galenskap, hur hör det egentligen ihop? Överläkare Simon Kyaga föreläser.

Vill du lära dig en samtalsmetod som underlättar arbetet med suicidnära patienter? Anmäl dig till vår kurs i samtalsmetodik.

Följ hur vårt program fortlöper på
www.svenskpsykiatri.se/spk2015.html

 girighet



[ʒʝi:RIG:HE:T]

*-som älskar pengar och
samlar på dem, snål*



Foto: Shutterstock/Sam 72

Kalendarium

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

9-10 oktober 2014
Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa -
helhetssyn för god och jämlik vård
Stockholm
www.jamlikvard2014.se/

18-21 oktober 2014
27th ECNP Congress (European College of
Neuropsychopharmacology)
Berlin, Tyskland
www.ecnp-congress.eu/

4-5 december 2014
Svenska Läkaresällskapets Riksstämma
Stockholm
<http://sls.se/Riksstamman/Om-Riksstamman/>

28-30 januari 2015
ST-konferensen
Göteborg
www.sluspsykiatri.se

11-13 mars 2015
Svenska Psykiatrikongressen, Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

28-31 mars 2015
23rd European Congress of Psychiatry
Wien, Österrike
www.epa-congress.org/

21-22 april 2015
Svenska BUP-kongressen, Linköping
www.svenskabupforeningen.se/kalender_2015.html

22-24 april 2015
56th Annual Congress of the SCNP (Scandinavian Col-
lege of Neuropsychopharmacology)
Köpenhamn, Danmark
<http://www.scnp.org/>

16-20 maj 2015
168th APA Annual Meeting
Toronto, Canada
<http://annualmeeting.psychiatry.org/>

28-31 maj 2015
5th World Congress on ADHD, Glasgow, Skottland
<http://www.adhd-congress.org/>

20-24 juni 2015
16 th International ESCAP Congress, Madrid, Spanien
www.escap2015.com/

20-23 september 2015
31st Nordic Congress of Psychiatry
Köpenhamn, Danmark
<http://www.ncp2015.dk/>

Nu är det
dags att
anmäla sig!

Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård

9-10 oktober 2014, Münchenbryggeriet, Stockholm

Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård

9-10 oktober 2014, Münchenbryggeriet, Stockholm

Som ett samarbete mellan Svensk Förening för Diabetologi, Svenska Psykiatriska Föreningen, Svensk Förening för Allmänmedicin, Socialdepartementet och med stöd av Läkaresällskapets Levnadsvaneprojekt bjuder vi in till detta höstmöte.

Rubriken för mötet är "Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård". Vi har valt detta tema eftersom helhetssyn och god samverkan mellan vårdgivare förbättrar möjligheten att förebygga och handlägga metabola sjukdomar och annan somatisk ohälsa hos psykiskt sjuka. Syftet är också att dela med sig av kunskap om hur psykisk ohälsa, bl a depression och ångest, behöver upptäckas och behandlas för att kunna erbjuda god somatisk vård. Mötet vill förmedla kunskap och konkreta arbetsmetoder som underlättar vård och behandling ur ett helhetsperspektiv. Vi har mycket att lära av varandra! Föreläsningarna kommer att dels vara plenara och dels följa olika fördjupningsspår. Programmet är valt för att stimulera alla som arbetar med somatiska och psykiatriska sjukdomar såväl inom primärvård som specialiserad vård.

Vi hoppas på givande diskussioner, trevlig samvaro och mycket kunskapsutbyte under mötesdagarna i ett förhoppningsvis höstfint Stockholm.

Varmt välkommen till mötet i Stockholm 9-10 oktober 2014!



För anmälan och mer
information
www.jamlikvard2014.se