

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningen
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Februari 2009

TEMA Diagnos



TEMA

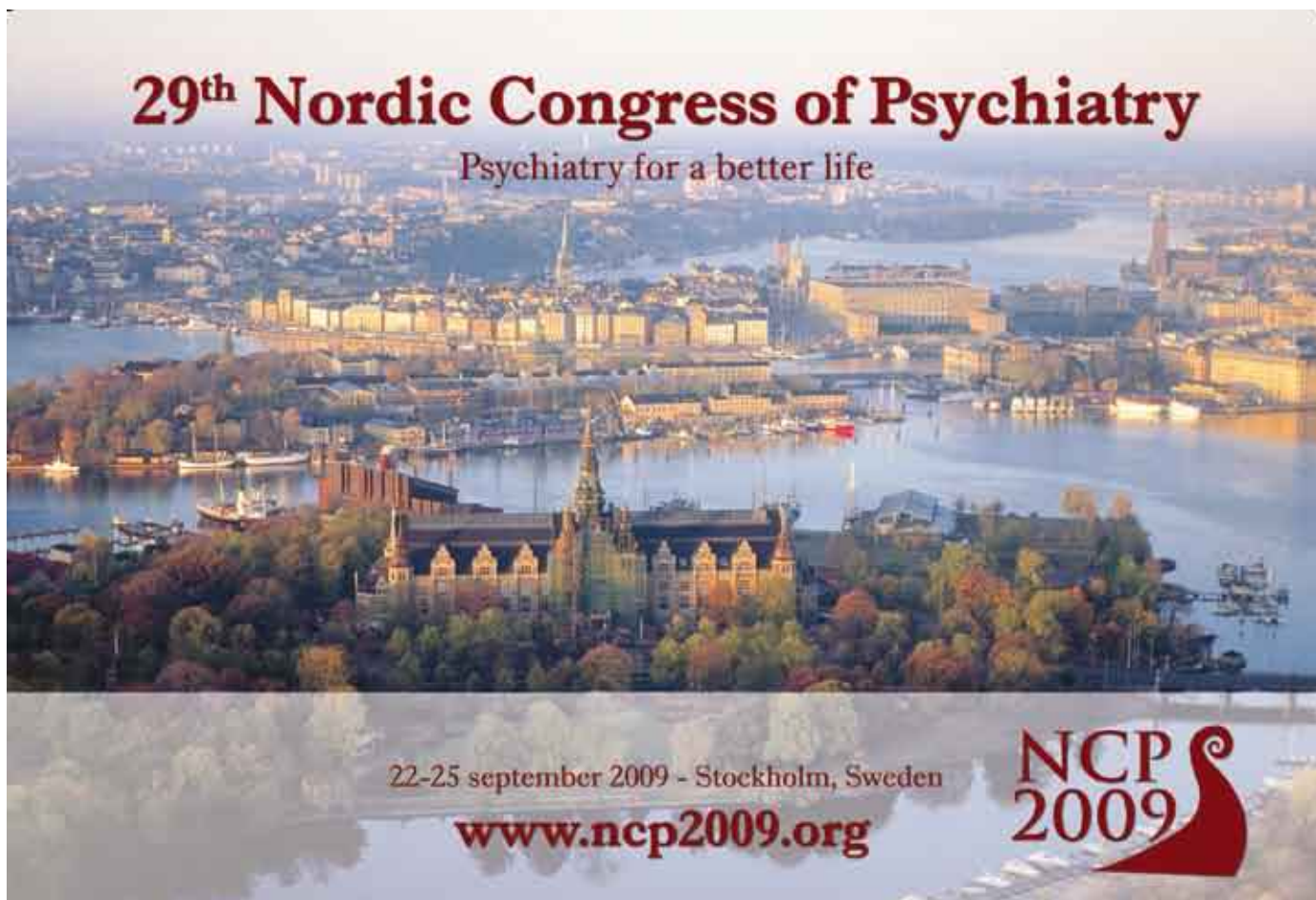
Vi belyser den psykiatriska diagnostikens möjligheter och begränsningar – igår, idag och imorgon. Varför har det riktats så mycket kritik mot psykiatrisk diagnostik? Räcker det med ICD och DSM? Hur tar man hänsyn till kulturell variation? Vilka särskilda utmaningar ställs man inför inom barn och ungdomspsykiatri? Vad gör en rättspsykiater? Dessa frågor är bara några av dem som diskuteras i detta nummer.

MISSA INTE

.....sidorna 31-35 i detta nummer! Där presenteras Svenska Psykiatrikongressen som äger rum 11-13 mars i Göteborg. SPF har denna gång hyrt en hel biograf och kan därför erbjuda ett brett utbud av parallella föredrag och CME-kurser. Ett intressant och högaktuellt program utlovas. Dessutom – filmvisningar med diskussion! Förra årets kongress blev en succé – i år blir den ännu bättre!

ÖVRIGT

En skribent varnar för att sjukvården blivit förblindad av teknikens framsteg, medan andra debatterar evidensbegreppet. Nya forskningsrön om EMDR-behandling vid PTSD presenteras. Det rapporteras från Riksstämman, ST-konferensen och ryska resor. Det satsas på ST-läkarna: METIS-projektet fortskrider och det finns resestipendier att söka för dem som vill auskultera utomlands. Läs om detta och mycket mer!



Nordic Congress of Psychiatry 2009

Sverige är i år värdland för den 29:de Nordiska Psykiatrikongressen som kommer att äga rum i Stockholm 22-25 september 2009. Kongressen arrangeras av Svenska Psykiatriska Föreningen och Svensk Förening för Barn- och Ungdomspsykiatri. De nordiska kongresserna äger rum vart tredje år och värdskapet roterar mellan de fem nordiska länderna. Sverige var värdnation 1979 (Uppsala) samt 1994 (Linköping). Den senaste kongressen arrangerades i Finland 2006 (Tammerfors).

Programmet kommer att fokusera på den vetenskapliga och organisatoriska utvecklingen av psykiatri. Temat för kongressen är "Psychiatry for a better life". Avsikten är att täcka utvecklingen inom allmän psykiatri, barn och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, rättspsykiatri, beroendevård och socialpsykiatri. Här ger de historiska banden och den relativa kulturella homogeniteten i den nordiska kultursfären unika möjligheter att dra nytta av varandras erfarenheter. Det vetenskapliga kunskapsutbytet kommer att ske i form av symposier, workshops och posterutställningar. Ett separat program kommer att utformas speciellt för yngre psykiatrer under specialistutbildning.

Programmet håller på att utarbetas. F.n. har vi 29 klara symposier med 145 föreläsare från 20 olika länder. Vi har också fem sponsrade lunch-symposier, ett satellitsymposium samt CME-kurser.

Kongressen invigs på eftermiddagen tisdag den 22 september 2009 på Stockholm Conference Center i närvaro av Hennes Majestät Drottningen, som är beskyddarinna för vår kongress. Invigningen kommer att följas av en mottagning i Stadshuset.

All information om kongressen, det vetenskapliga programmet, det sociala programmet m.m. finns på kongressens hemsida www.ncp2009.org. Här kan man följa hur programmet utvecklas. man kan anmäla föredrag/posters och man kan registrera sig till kongressen och till de sociala aktiviteterna.

Lars von Knorring
Professor, Uppsala
Ordförande, Vetenskapliga kommittén, NCP 2009

De blinda munkarna som stod i en ring...

REDAKTIONELL
LEDARE

för att beskriva det de hade framför sig var alla helt säkra på vad de kände. En hade strukit med handen över en sträv bark som bestämt hörde till en palm, den andra hade hållit i en tofs som hängde i slutet av en sträng, troligen en gardinsnodd. Den tredje hade med sin hand känt en fuktig och varm inneslutande yta som gav honom tankar som han inte ville dela med de andra. När de skulle berätta för varandra om sina fynd kom de fram till att det var märkligt att de hade dessa olika föremål så nära varandra. Elefanten stod tålmodigt still.

Vi välkomnar läsarna till årets första nummer av Svensk Psykiatri. Temat för numret är "diagnostik", en term som spänner över ett stort fält där sjukdomsnamnet i sig endast är en av diagnostiska beskrivningar. Rättspsykiatriens diagnostiska arbete vid de av domstolen beställda undersökningarna har inte ens diagnosens namn som fokus utan allvarligheten i den störning som råder, som ett av flera kriterier. Om detta skriver Per Lindqvist. Diagnoser av olika slag har haft sin plats vid olika tidpunkter genom årtiondena. Ingemar Engström betonar detta i en artikel om diagnostik i barn- och ungdomspsykiatri där han också pekar på att de skillnader i diagnostiskt perspektiv som tidsandan innebär också innebär att diagnoserna med nödvändighet kommer att ändras, och att tänkandet kring diagnoser även fortgent kommer att förändras.

Ett flertal artiklar resonerar kring diagnostikens föränderlighet över tid och Magnus Kihlborn undrar om DSM-systemet är tillräckligt för att ställa diagnoser eller om det kan behövas flera olika diagnostiska instrument som går samtidigt. Han resonerar också kring vilken sorts diagnoser man kan ställa – kategoridiagnoser, syndromdiagnoser, typologiska diagnoser, dimensionella diagnoser. Alla olika perspektiv kan vara relevanta utifrån olika perspektiv.

Vi får en rapport från konferenser i Ryssland där diskussioner om socialpsykiatri, samhälle och diagnosticering diskuterats. Olle Hollertz rapporterar därifrån och han diskuterar också i en artikel utvecklingen av ADHD-behandlingen hos vuxna. Marie Balint tittar på ADHD-frågan från ett annat håll och Lars Jacobsson diskuterar om "diagnosens makt", det är också titeln på en bok som anmäls av Daniel Frydman. Sofie Bäärnhielm vidgar diagnostikresonemangen ytterligare genom att tala om kulturrelevanta aspekter av diagnosticerandet.

Barn- och ungdomspsykiatriens speciella svårigheter belyses i en artikel skriven av Anders Westerlund om diagnosticerandet av utagerande barn där många orsaker kan spåras till symtomen och där en sammanvägning av olika aspekter kan ge bättre förståelse för problemet.

Vi ser fram emot en livaktig debatt kring detta tema liksom kring alla andra ämnen som varit aktuella under året som gått. Psykiatrien står inför stora förändringar i samhället och vi kommer i kommande nummer se framåt för att hitta en riktning för det psykiatriska arbetet i Sverige. Vi vet att Svensk Psykiatri läses flitigt och önskar många bidrag från läsekretsen.

Daniel Frydman
SP Redaktion

TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Ansvarig utgivare: Christina Spjut
Huvudredaktör: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:
Daniel Frydman (daniel.frydman@sll.se)
Camilla Hallek (camilla.hallek@sll.se)
Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)
Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)
Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjö@bredband.net)

Tekniska redaktörer/layout:
Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)
Carol Schultheis

Material skickas till:
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till:
annonser@svenskpsykiatri.se

Omslag: Shutterstock och Carol Schultheis

Två år har gått...

Två år har gått sedan jag fick uppdraget att leda Svenska Psykiatriska Föreningen. Det har varit två spännande år. Jag har fått möjlighet att arbeta för två av de mål jag menar är de allra viktigaste för svensk psykiatri: specialisternas kontinuerliga fortbildning och patienternas rätt till psykiatrisk vård. En viktig milstolpe i detta har varit att öka omfattningen och utbudet av fortbildning på vårt årliga möte och vi har därför gett mötet ett nytt namn – Svenska Psykiatrikongressen. Och nu är det redan dags för den andra Svenska Psykiatrikongressen. Det har i år liksom förra året varit fantastiskt att få uppleva hur alla kolleger vill hjälpa till att göra Svenska Psykiatrikongressen till en stor och viktig fortbildningsaktivitet med ett brett utbud av aktuell psykiatrisk kunskap. Alla kolleger som vi i styrelsen har inbjudit att föreläsa eller göra en CME-kurs, har ställt upp och bidragit med just det de kan tillföra vår kår.

SPF har under förra året också tagit initiativ till en diskussion om specialisternas fortbildning genom att motionera till Både Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund om krav på kontinuerlig fortbildning för bibehållen specialistkompetens.

Under dessa två år har mycket annat hänt. Vi har haft en ny regering, som har visat ett stort intresse för psykiatri. Det är fortfarande osäkert om någonting positivt har uppnåtts. Nya regler för sjukförsäkringen har genomförts som slår fullt ut först i år. Det kan finnas anledning att vara oroad över hur dessa regler påverkar våra patienter som ju drabbas av sjukdomar som är episodiskt förloppande och som ofta har mycket långdragna förlopp.

Regeringen har också noterat våra ST-läkares dåliga tillgång till SK-kurser och tillfört medel för att ta fram ett nytt slag av SK-kurser i ett projekt kallat METIS med mera fokus på teori och egna studier än tidigare. De första METIS-kurserna är nu igång och en utvärdering kommer så småningom att följa.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tillsammans med Sveriges Läkarförbund gjort en stor enkät till samtliga psykiatrer för att bl.a. få information om hur vi ser på vårt arbete och var och hur länge vi önskar arbeta. Intressant nog trivdes rättspsykiatrerna bäst av alla med sitt arbete. Vilka faktorer som är viktiga för att vi ska ha både ork och vilja att arbeta inom psykiatri behöver vi diskutera betydligt mera än i dag. Det räcker inte att bara upprepa att det finns en brist på specialister i psykiatri. Vi behöver alla hjälpas åt att skapa ett hållbart arbetsliv för oss alla som gör att varje psykiater kommer att bidra med både många patientarbetsår och flera år av klinisk forskning än i dag.

SPF har under de gångna åren allt oftare inbjudits till dialog och samarbete med många viktiga aktörer i sjukvården, bland dem Socialstyrelsen, SKL, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund och politiker från olika partier. Det är angeläget att föreningen fortsätter sitt viktiga uppdrag att representera och förmedla psykiatrisk kunskap och kompetens.

Det blir allt tydligare att den kliniska forskningen inom psykiatri behöver ökas betydligt. Ett mycket positivt exempel på att klinisk forskning snabbt kan bidra till förbättrad vård för patienterna är internetpsykiatri. Studier på internetbaserad psykoterapi visade effekt och metoden finns nu lätt tillgänglig för patienter och nya indikationer tillkommer successivt. Kunskap från klinisk forskning diffunderar ut i sjukvården.

Ett exempel på ett angeläget forskningsområde är subklassificering av depressionssjukdom och undersökning av vilka behandlingar som fungerar på vilken subgrupp. Med den höga prevalens depressionssjukdomen har finns patienterna lätt tillgängliga och svaren på frågorna är mycket angelägna. Många forskare hävdar att forskningen skall vara helt fri och att medel inte skall tilldelas särskilda ändamål. Men depression är den sjukdom som orsakar arbetsoförmåga hos flest personer i Sverige liksom i hela i-världen. Så låt oss arbeta för att medel snarast kommer att tillföras för klinisk depressionsforskning våra patienter till fromma.

Som sagt: det har varit två fantastiska år. Men nu ska det också bli skönt att träda tillbaka och låta en ny ordförande ta vid med sina prioriteringar. Jag ska börja med att planera för en skön semester och känna efter hur det känns att ha fri tid. Efter Andra Svenska Psykiatrikongressen, förstås. Stort tack till hela styrelsen för all den arbetsglädje vi har haft tillsammans.

**LEDARE
SPF**
**Ordförande
Christina Spjut**



Christina Spjut

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE:

Ordförande: Christina Spjut
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Vice ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Sekreterare: Hans-Peter Mofors
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Skattmästare: Olle Hollertz
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)
Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Facklig sekreterare: Dan Gothefors
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Hans Ericson
(hanse@svenskpsykiatri.se)
Åsa Westrin
(asaw@svenskpsykiatri.se)
ST-representant:: Maria Larsson
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall
kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida:
www.svenskpsykiatri.se
Webmaster: Stina Djurberg
(webmaster@svenskpsykiatri.se)

Påminnelse

Kallelse till ordinarie möte (årsmöte) i Svenska Psykiatriska föreningen

Dagordning

Tid: Torsdag den 12 mars 2009 klockan 16:00
Plats: Bergakungen på Skånegatan 16, Göteborg

Årsmötet öppnas
Val av ordförande för mötet
Val av sekreterare för mötet
Val av två justeringsmän
Godkännande av kallelse
Fastställande av föredragningslista
Behandling av:
Styrelsens verksamhetsberättelse
Skattmästarens redogörelse
Revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar

Föreslagna stadgeändringar §8
Val av ledamöter till styrelsen enligt §10

Val av revisorer och revisorssuppleanter

Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets
fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
Val av valberedning

Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets
fullmäktige

Övriga frågor:

Frågan om Estländska Psykiatriska Föreningens medlemskap
i de nordiska Psykiatriska Föreningarnas samarbetskommitté.

Mötet avslutas

Hans-Peter Mofors

Sekreterare i SPF

Christina Spjut
Ordförande i SPF

Förslag till ändring av SPF's stadgar

Bakgrund:

Med anledning av att flera medlemmar inte betalar sin
medlemsavgift föreslår styrelsen följande ändring av
stadgarna:

Nuvarande formulering:

§ 8. Medlem erlägger årligen till föreningen av föreningsmöte
fastställd avgift. Hedersledamot är befriad från årsavgift.
Medlem som underlåtit att betala avgift under två på
varandra följande kalenderår anses ha utträtt ur föreningen.
Föreslagen ny formulering:

§ 8. Medlem erlägger årligen till föreningen av föreningsmöte
fastställd avgift. Hedersledamot är befriad från årsavgift.
Medlem som underlåtit att betala årsavgift anses ha utträtt ur
föreningen till nästföljande år

Hans-Peter Mofors
Sekreterare i SPF



Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse

2009 - kan vi se fram emot ett år för barn och unga och deras psykiska hälsa??

Under en rad år har vi haft ett starkt samhällsfokus på psykiatrin. Satsningarna har kanske blivit mindre än många hoppats på, men inte desto mindre har regeringen satsat nya pengar och Socialstyrelsen, SKL m.fl. bidrar till att påskynda den utveckling vi strävar mot, genom att med ekonomiskt och annat stöd bidra till att stärka kompetensutveckling och metodutveckling.

Men - 2009 tycks bli ett år i lågkonjunkturs och finanskrisens tecken. Vad betyder det för våra verksamheter? Vi har flera gånger tidigare upplevt att sämre tider ökar tillströmningen till psykiatrin, sannolikt av flera olika skäl – som att arbetslöshet, missbruk, sämre ekonomi triggar/utlöser/förstärker symtom och sjukdomsbilder eller att de marginaler man har för att lösa sina svårigheter minskar.

Vårt enskilt största problem på personalsidan inom BUP fortsätter vara att det finns för få utbildade specialister i barn- och ungdomspsykiatri och för få terapeuter med kompetens inom KBT och kognitiv terapi.

Och barnens, tonåringarnas och föräldrarnas stora problem är förstås att det ännu inte finns en tydlig primärvårdsnivå dit man kan söka och få hjälp direkt för sitt problem eller remitteras vidare till BUP och där slippa väntetider.

Barn ska inte behöva vänta

För egentligen är det ju orimligt att barn alls ska behöva vänta på åtgärder för att deras psykiska hälsa ska bedömas och behandlas. SKL har lanserat ett s.k. positionspapper med 16 punkter runt psykisk hälsa för barn och unga. Detta bör man kunna använda sig av i kommuner och landsting.

BUP i Sverige behöver, i en ännu snabbare takt än hittills, utveckla verksamheten i den riktning som behövs - till en modern barnpsykiatri med ett brett spektrum av evidensbaserad behandling, men också till en verksamhet, där man systematiskt och strukturerat ger konsultation till och samverkar med andra aktörer.

Vårdval

På flera håll i landet har man nu infört vårdvalsmodeller, i Skåne finns snart en s.k. hälsovalsmodell, där helt nya incitament tillskapas för att bedriva "rätt vård". Detta ställer ännu större krav på oss i den specialiserade psykiatrin, liksom det faktum att vårdgarantin kommer att skärpas till 30 dagar för barn och unga. Ett stort arbete som förberedelse inför detta initierades av SKL och har gjorts av verksamhetschefer och ett stort antal aktörer inom och nära BUP.

Enhetliga medicinska indikatorer

Arbetet har presenterats under senhösten på en hearing i Stockholm och på Riksstämman i Göteborg under rubriken ett "arbete med enhetliga medicinska indikationer" och den som arbetar inom BUP bör ta del av detta liksom det arbete som gjorts av UPP-centrum kring vilka metoder man använder i kommun och landsting för att förebygga ohälsa hos barn och unga.

Dessa arbeten är goda exempel på hur positionerna kan flyttas fram och hur man kan få hjälp i diskussioner på den egna kliniken, med kollegor, med chefer, politiker och samarbetspartners kring vad som behöver göras.

SKL har också initierat ett projekt där man kan få bli "mönsterkommun" för arbetet med barns psykiska hälsa. Över 60 kommuner och landsting har anmält sitt intresse för att delta i ett projekt för att koordinera sitt utvecklingsarbete kring barn och ungdomars psykiska hälsa och förbättra tillgängligheten/synkronisera insatserna för barns och ungdomars psykiska hälsa i sådana modellområden. Det är fantastiskt!!

Den förening jag företräder är en liten förening, som inte har resurser att göra allt själva, samtidigt som många önskar vår medverkan och många har åsikter om vad vi ska göra. När tiderna blir sämre har vi all anledning att stå upp tillsammans i de föreningar som företräder de svaga, de som inte kan göra sin röst hörd på samma självklara sätt, i samhället, dit våra målgrupper definitivt måste räknas.

Men under den tid jag varit ordförande tycks vi ha haft ännu svårare än tidigare att hitta tider och arenor för gemensamma möten nationellt, dels med de olika psykiatriska föreningarna, men också med t.ex. barnläkar- och skolläkarföreningen.

Kanske är det bara en tillfällighet? Jag hoppas det.

Trots allt är det bara 2 år sedan vi hade ett stort gemensamt psykiatriskt vårmöte och i september månad nu i år har vi en stor Nordisk kongress tillsammans i Stockholm.

Lena Eidevall
Ordförande

**LEDARE
SFBUP**

**Ordförande
Lena Eidevall**



SVENSK FÖRENING FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lena Eidevall (lena.eidevall@skane.se)
Vice ordförande: Kerstin Malmberg (kerstin.malmbeg@sll.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Catharina Winge Westholm (catharina.wingewestholm@lthalland.se)
Vetenskaplig sekreterare: Jan-Olov Larsson (jan-olov.larsson@ki.se)

Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)
Ledamot Marie Törnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)
ST-representant Anna Steen (anna.sten@sll.se)

Läkarstämma och årsmöte

Vårt sektionsprogram på stämman blev välbesökt och innehöll ett flertal intressanta bidrag som spände över ett brett register av ämnen. Sällskapet diplom för bästa bidrag tilldelades Charlotte Alm som berättade om "En pilotstudie av kvinnliga kriminella med psykisk sjukdom och missbruksproblematik".

I direkt anslutning till det vetenskapliga programmet hölls föreningens årsmöte där en mindre stadgeändring antogs för att möjliggöra fortsatta årsmöten under början av kalenderåret i anslutning till Psykiatrikongressen, som likt Riksstämman kommer att förläggas vartannat år till Stockholm och vartannat till Göteborg. Detta är ett uttryck för det allt närmare samarbetet mellan de psykiatriska föreningarna som på riksstämman bland annan manifesterades i en gemensam monter som trots undanskuffat läge ändå blev ganska välbesökt.

Nya i styrelsen

Till föreningens styrelse invaldes vid årsmötet Henrik Anckarsäter och Malin Hamrén. Malin har tidigare deltagit i utbildningsutskottets arbete med de nya målbeskrivningarna för ST-läkarutbildningen. Henrik, med sin professur i rättspsykiatri i Göteborg är ju rätt person för det vakanta uppdraget som vetenskaplig sekreterare.

Vi har utrymme för fler intresserade kollegor som vill delta i styrelsearbetet och tillfälle till inval blir det ju redan i mars. Man kan givetvis också börja som adjungerad.

Viktiga frågor att bevaka

Föreningen är remissinstans i många viktiga frågor och det är viktigt att vi håller debatten aktiv och levande bland annat kring de lagändringar som genomförts under förra året och de som planeras i översynen av tvångsvården.

Vi kommer via e-post och framför allt via hemsidan www.srpf.se försöka hålla medlemmarna uppdaterade och stimulera till diskussion i dessa frågor. Tidskriften är där också ett viktigt forum. Hur fungerar de nya vårdformerna "Öppen rättspsykiatrisk vård" och "Öppen psykiatrisk tvångsvård"? Hur ser vi på otillräknelighetsbegreppet och avskaffandet av fängelseförbudet? Varför inte dela med sig av erfarenheter? Skriv, debattera och tyck till i Svensk Psykiatri!

Måste vi försvara den fria forskningsrätten?

I december blev det tillåtet för specialister i psykiatri och rättspsykiatri att förskriva centralstimulantia vid behandling av ADHD. Detta hade föreningen i remissvar uttalat sig mycket positivt till. Det finns ett klart behov av denna behandling inom vår patientgrupp och vi har definitivt kompetensen att bedriva sådan terapi.

Inom en region har från byråkrathåll utgått uppmaning att inte förskriva sådan behandling förrän man fått utreda frågan och behandlingens ekonomiska konsekvenser.

Detta är anmärkningsvärt.

Myndighetsprövning har ju redan skett. Det handlar om beprövad terapi, godkänt och prisförhandlat läkemedel. Vi ska givetvis medverka till ett sunt hälsoekonomiskt förhållningssätt och spara där det går utan att riskera effektiv och skonsam behandling men vi kan definitivt inte undanhålla våra patienter en etablerad och evidensbaserad behandling i väntan på att byråkrater utreder det som myndigheter redan prövat.

Att inte behandla ADHD är förmodligen ur hälsoekonomisk synpunkt oerhört oekonomiskt.

Lars Eriksson
Ordförande SRPF



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

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



*Låt inte kostnaderna
segla iväg*



Lamotrigin Actavis

– Brett sortiment till lägre pris

Under 2007 förskrevs Lamictal i Sverige för cirka 160 miljoner kronor. Samma period var kostnaden för en behandling med Lamotrigin Actavis bara 50 % av den för Lamictal¹. Detta ger en total besparingspotential på 80 miljoner kronor för hela landet under ett år.

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

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

Indikationerna är: Epilepsi (Vuxna och barn över 12 år): Tilläggsbehandling eller monoterapi vid epilepsi med partiella anfall och/eller generaliserade tonisk-kloniska anfall. (Från 2 års ålder): Tilläggsbehandling vid epilepsi med partiella anfall. Bipolär sjukdom (Från 18 års ålder): Förebyggande behandling vid bipolär sjukdom genom att förhindra depressiva episoder. För fullständig indikationstext se www.fass.se

1. IMS Health, kostnad per expedierad DDD 2007.

 **actavis**
creating value in pharmaceuticals

Piller och prat

När min systerdotter var nio år bad hon mig en dag att förklara vad det var jag egentligen gjorde på jobbet. Så pedagogiskt jag kunde började jag berätta men blev efter en liten stund brutalt avbruten. Ganska irriterat sa hon ordagrant: ”Ja, ja, ja. Det där med piller det förstår jag väl. Men sitta och PRATA med folk, vad ska det hjälpa till?”

Detta uttalande kan tjäna som en illustration till den polariserade debatt som pågått inom psykiatri i decennier. Även om 70-talet är över och vi nu är på det klara med att vi behöver använda både piller och prat, hindrar det inte att debatten kring vad som utgör god psykiatri understundom blir het. Detta har bl.a. avspeglats i de senaste numren av Svensk Psykiatri. Att låta företrädare för olika synsätt komma till tals har – som Daniel Frydman beskriver på annan plats i detta nummer - intressant nog lett till synnerligen skiftande reaktioner från läsekretsen. Samma läsning har uppfattats som allt från ”psykologiserande flum” till ”reduktionistiskt biologiserande”. På redaktionen blir vi naturligtvis glada och stolta när vi får ta emot beröm för vårt arbete. Att bli kritiserade på ovan nämnda vis gör oss dock inte mindre nöjda. Det värsta som kan hända är att läsarna blir tysta och likgiltiga. Mycket hellre tar vi emot en och annan verbal smocka.

Psykiatri står – som alltid - inför stora utmaningar, men många inom kåren känner samtidigt att positiva saker har börjat hända, vi har fått ”vind i seglen”. I Svensk Psykiatri vill vi belysa både utmaningarna och glädjeämnen. I detta nummer kan ni t.ex. läsa om utmaningar i form av diagnostiska svårigheter av olika slag. Och om glädjeämnen såsom Svenska Psykiatrikongressen, Nordiska Psykiaterkongressen och Johan Cullbergs resestipendium. För att bara nämna något.

Synpunkter på vad vi ska skriva om tar vi också gärna emot, liksom bidrag. Det sistnämnda är vi helt beroende av, om ni inte skriver så blir det ju en tämligen tunn tidskrift. I nästa nummer ska vi ta oss an utmaningen att diskutera ”Vart är vi på väg?” Det är en fråga som kan belysas på många olika sätt. Tolka gärna frågan på ditt eget vis och skriv ett inlägg!

Tove Gunnarsson
Huvudredaktör Svensk Psykiatri



Foto: Shutterstock.com

Diagnosen och rättspsykiatri

Utbildningen i rättspsykiatri ska förbereda specialisten till att kunna göra kvalificerade psykiatriska bedömningar på uppdrag åt domstol, till att vårda och behandla dem som dömts till rättspsykiatrisk vård och till arbete inom kriminalvårdens olika grenar. På dessa tre områden är kunskaper i psykiatrisk diagnostik central men kanske inte på det sätt som en del tänker sig.

Rättspsykiatrisk undersökning

De rättspsykiatriker som arbetar med rättspsykiatriska bedömningar åt domstol (RPU) har ett osedvanligt klart uppdrag. Fyra frågor ska besvaras: Led den misstänkte av en allvarlig psykisk störning vid gärningstillfället? Är personen ifråga i behov av vård nu? Finns risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag? Finns hinder för den misstänkte att delta i kommande förhandling?

Det finns med andra ord inga lagstadgade krav på att diagnosen ska fastslås. Den ska bara rymmas inom begreppet ”allvarlig psykisk störning” vilket inkluderar en mängd olika diagnoser. Om diagnosen eller snarare diagnosgruppstillhörigheten ligger inom det av Socialstyrelsen definierade diagnostiska utrymmet, är det *graden* av störning som avgör hur det går.

Om således en person t.ex. lider av schizofreni eller av ett vanföreställningssyndrom eller av en blandad psykos är i domstols ögon ganska ointressant jämfört med svaren på de fyra frågorna. När domstolen sedan begrundar ett utlåtande är de nog mer intresserade av graden av störning än vilken diagnos som är aktuell. Man kan på så sätt säga att det redan idag finns från domstols sida en antydning till tillräknelighetsbedömning; man är mer intresserad av att bedöma förmågan att fatta rationella beslut än att få veta den specifika diagnosen.

Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten i Sverige har en mångårig tradition av att driva den diagnostiska processen ambitiöst vilket förr kunde ge mycket långa undersökningstider. Det ledde till att undersökningstiden begränsades till maximalt fyra veckor med möjlighet till förlängning. En undersökning tar idag vanligen cirka 2-3 veckor + administrativ tid.

I andra länder där lagstiftningen vilar på ”the Common Law” och ”the adversarial system” istället för vårt inkvisitoriska system som baseras på Romersk lag, är rättspsykiatriska bedömningar ganska fria från specifik diagnostik. Det ses mer som en angelägenhet i behandlingsfasen.

Självklart ingår en diagnostisk värdering i yttranden till domare och domstol men den uttrycks i mer allmänna termer, t.ex. "sannolik psykotisk sjukdom och missbruksproblem". Det som är viktigt att ta ställning till är om den misstänkte är "fit to stand trial" eller om personen är tillräknelig eller inte. Någon självklar koppling mellan schizofrenidiagnos och påföljd finns inte, till skillnad från Sverige och Danmark, där en sådan person, i praktiken, för närvarande alltid överlämnas till vård.

Det är självklart en styrka, inte minst för forskningen, att vi i Sverige har så bra diagnostiska data på dem som blir föremål för en rättspsykiatrisk undersökning. Det stora förtroendet för den rättspsykiatriska undersökningens diagnostik kan emellertid, paradoxalt nog, nästan bli ett hinder i vårdprocessen eftersom en RPU-diagnos inte sällan av sakkunnig eller ledamöter av Länsrätt uppfattas som en sanning, huggen i sten.

Rättspsykiatrisk vård

Om specifik psykiatrisk diagnostik inte är den undersökande rättspsykiatrins primära uppgift vill jag hävda att detta är en av den vårdande rättspsykiatrins viktigaste uppgifter. Man ansvarar för en patient som är under observation under mycket lång tid. Det finns alla möjligheter att träffa familjemedlemmar och tidigare vårdgivare för att komplettera anamnesen. Man kan genomföra grundliga utredningar av den faktiska missbrukssituationen och det finns tid att anlita expertis som inte var tillgänglig eller nödvändig vid undersökningstillfället. Sist men inte minst, man kan genomföra kontrollerade medicinminskningar så att symtombild och naturalförlopp kan mer ostört studeras över tid.

Det betyder att ovanpå den rika informationen som vanligtvis finns i en RPU så har vården en jättechans att validera, specificera och lägga till betydelsefulla diagnoser. Jag tänker särskilt på missbruk och den kliniskt betydelsefulla skillnaden mellan beroende och missbruk av var och en av de olika substanserna som kan vara aktuella. Men även psykosdiagnostiken kan kräva långa observationstider särskilt när det förekommit mycket (THC)-missbruk före dom. Också diagnostik av begåvning, kognitiva funktioner och funktionsanalyser, genomförda i lugnt skede, när domen har vunnit laga kraft och missbruk ligger på längre avstånd, kan tillföra avgörande information som underlättar rehabiliteringen.

Kriminalvården

Tyvärr är vi i Sverige, som i så många andra länder, på väg in i en re-hospitalisering av de psykiskt sjuka. Detta medieras via kriminalisering av de sjuka som måste begå brott för att inte behöva fara runt i det offentliga rummet utan hemvist, symtomlindring och en känsla av att betyda något för någon.

En del av dem som förut fick psykiatrisk vård återfinns nu alltså inom kriminalvården. Där är den psykiatriska diagnostikkompetensen ojämn om man ska uttrycka sig försiktigt. Det torde betyda att många intagna och personer med skyddstillsyn skulle ha glädje av att bli undersökta av erfarna och skickliga psykiatriker som

fortfarande har kurage att ställa kliniska diagnoser och endast i oklara utredningsfall använda diverse skalor och instrument.

Därigenom är det möjligt att fler specifika störningar skulle identifieras vilket genom lämpliga behandlingar (eller "bara" adekvat bemötande) skulle kunna minska psykologiska och sociala svårigheter i vardagen och kanske rentav påverka återfallsrisken på rätt sätt.

Sammanfattning

Resurserna och kunskaperna i psykiatrisk diagnostik inom rättspsykiatri är ojämnt fördelade mellan de tre områdena undersökning, behandling och kriminalvårdsarbete. Vill man vara elak, och det vill man ju, så skulle man lite hårddraget kunna påstå att diagnostiken är bäst där den behövs minst och sämst där den behövs bäst.

Per Lindqvist
SP Redaktion

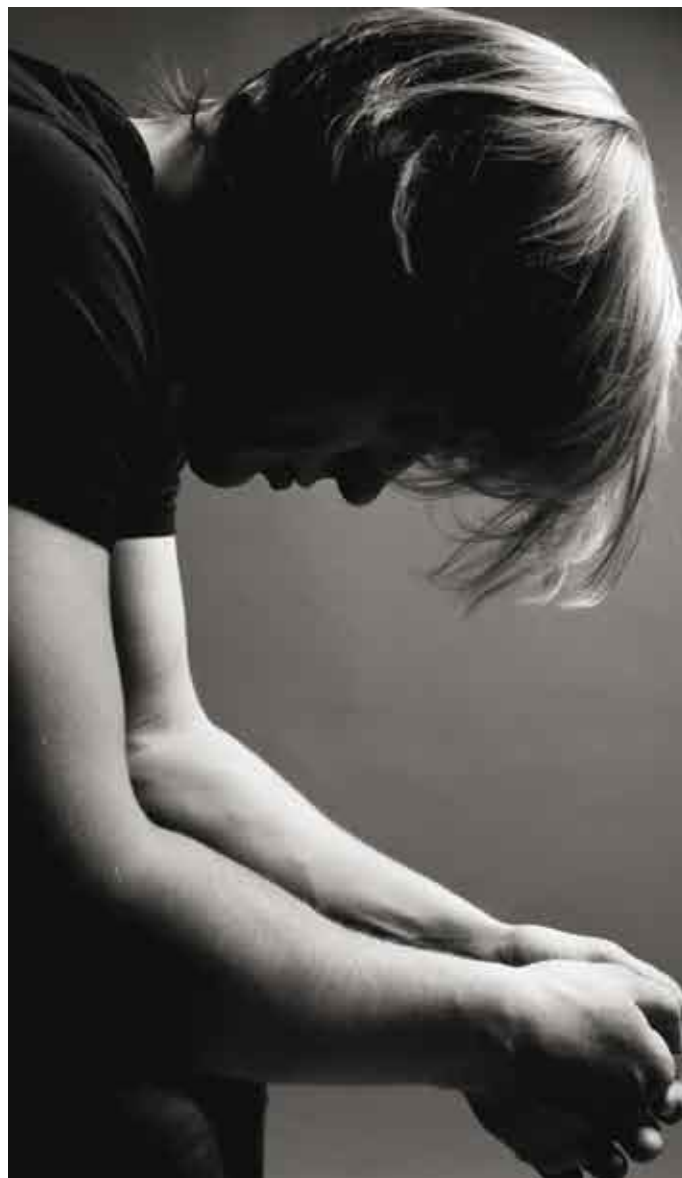


Foto: Shutterstock.com

Diagnosen som metafor

Det finns många sätt att betrakta hälsofrågor. Inom medicinen i stort finns ett biologiskt-medicinskt perspektiv. Inom de flesta discipliner iaktas också andra perspektiv; såväl förhöjt blodtryck som infektioner av olika slag kan utlösas av psykosocial stress, detsamma gäller också till exempel skov av såväl MS som reumatoid artrit. Nästan inga tillstånd har endast och uteslutande en biologisk/genetisk orsak, det finns förvisso tillstånd som oavvisligen kommer om man har genetisk predisposition för dem men för de flesta tillstånd krävs även andra moment för att en sjukdomsprocess skall utvecklas. Inom psykiatrien förs ibland en stundvis onyanserad debatt där olika perspektiv ställs mot varandra istället för att sammanvägas. Förhoppningsvis är den kliniska handläggningen av tillstånd mindre dichotom än vad debatten om tillstånden är. I Svensk Psykiatri har vi bemödat oss om att låta olika perspektivs röster höras. Balansen mellan olika perspektiv tycker vi är ganska bra men vi har märkt att psykiatrer med en mer biologisk/medicinsk inriktning tycks uppfatta SP som en megafon för ett "alltför psykologiskt" perspektiv samtidigt som det psykologiska perspektivets representanter ser oss som biologismens företrädare. Dessa parallella uppfattningar torde betyda att allas röster får plats.

Svensk psykiatrisk polemik i rörelse

Ett exempel på den extremt polariserade debatt som funnits i Sverige är bråket kring de neuropsykiatriska tillstånden där Christoffer Gillbergs forskning starkt ifrågasattes – inte främst för dess innehåll som för hur den gjorts och om den kunde reproduceras. Några år innan denna debatt briserade inleddes en annan debatt om genesen för autistiska tillstånd. I denna debatt drev frågan distinkt mot den position som nu råder, där autism och andra neuropsykiatriska tillstånd allmänt sett förklaras som ett genetiskt predisponerat tillstånd utan relation till andra villkor. Intressant är att debatten inleddes med att Gunilla Gerland, som själv har Aspergers syndrom, i Psykisk Hälsa skrev en artikel där hon "anklagade" psykoanalysen för att ha övergivit personer med autistiska tillstånd eftersom psykoanalys av autister inte kom till stånd. Denna ståndpunkt, att psykoanalytisk kunskap skulle kunna tillföra någonting i sökandet efter förståelse för autistiska tillstånd, har sedan dess tyvärr försvunnit ur debatten.

Böcker med diagnosen i fokus

Några böcker som på olika sätt resonerar kring diagnostik kan nämnas. Den ena är Susan Sontags "Sjukdom som metafor" (1977, sv. övers.1981). Susan Sontag är en av USA:s viktiga intellektuella författare under 1900-talets senare del. Hon har beskrivit krig, fotografi och konst och allt som intresserade henne och har många gånger vidgat frågeställningarna genom de texter hon skrivit. I samband med att hon själv fick bröstcancer skrev hon "Sjukdom som metafor" där hon studerar hur cancer och TBC beskrivits.

De sjukdomar hon fokuserar på har båda, i olika tider, varit

obegripliga representanter för döden som "kommit in utan att först knacka på dörren". Båda har förknippats med olika sammanhang som alla har antagits ha bidragit till sjukdomsförlopp och även till döden. Bland dessa sammanhang kan nämnas så olika personlighetsdrag som tillbakadragenhet och överdriven socialitet. Tuberkulosen kom att förknippas med ett upphöjt lidande medan cancer fick en mer allmän sjukdomsform. Författaren skrev boken för att visa på att de metaforer som får beskriva sjukdomar kommer att bli så starkt förknippade med sjukdomarna själva att de upplevelser som de sjuka själva har försvinner i sammanhanget. Hon förfäktar en mer avskalad, kliniskt rimlig beskrivning av sjukdomar och nämner att de tillstånd hon skrivit om ibland faktiskt varit så besvärliga att tala om att man inte kunnat meddela patienten diagnosen, möjligen har då patientens anhöriga fått veta vad patienten lidit av men mot löftet att inte säga till patienten själv. Ett liknande öde har den psykiatriska diagnosen schizofreni rönt, förmodligen på grund av dess ofta kroniska förlopp.

Susan Sontags bok och hennes betoning av värdet av en klinisk beskrivning för "Diagnosens kunskap, pengar red. Gunilla (2006). Även medicinhistorisk skriven av Karin ger en historik kommer till och och kulturella diagnoserna relevans. Hon



till debattantologin makt – om och lidande", Hallerstedt denna bok har en text som är Johannisson som över hur diagnoser granskar de sociala kontexter i vilka kommer att ha nämner som

exempel hypokondri som i vissa tider varit en diagnos och i andra tider inte varit det. Det är inte det biologiska underlaget som ändrat sig utan det sociala sammanhanget. Boken diskuterar vidare frågan om ADHD och dess insteg i de psykiatriska vårdsammanhangen, dels finns en artikel av Eva Kärfve där hon beskriver motiven till hennes intresse för ADHD/DAMP-fältet utifrån den glidning från de uppenbara fallen till de mindre uppenbara som gjordes och hur diagnoskriterierna vidgades för att inkludera fler patientgrupper. Thomas Brante har också skrivit om diagnosutveckling utifrån ADHD och noterar att detta tillstånd och dess behandling med centralstimulantia också har stor betydelse för det läkemedelsbolag som tillverkar de medel som förskrivs i och med att det öppnar sig en så stor marknad med så stor vinstutveckling.

Frågan om diagnostiken i psykiatrien är mycket viktig. Debatt om hur och på vilka grunder diagnoser kommer och försvinner ur det allmänna är viktig, de sociala, ekonomiska, psykologiska och politiska sammanhang som kringgärdar samhällets åtaganden för psykiskt sjuka människor är mycket viktig. "Diagnosens makt" är ett klokt inlägg i den debatten som definitivt förtjänar en plats på alla kliniker och kunde ligga till grund för kliniska diskussioner på klinikseminarier eller i andra sammanhang. Detta samtidigt som det viktiga diagnostiserandet och behandlandet pågår.

Daniel Frydman
SP Redaktion

Beardslee – en evidensbaserad metod att möta patienterna och deras barn

Beardslees familjeintervention är en evidensbaserad preventiv metod utvecklad av professor William Beardslee i USA. Den är implementerad nationellt i Finland via professor Tytti Solantaus och har börjat sprida sig i Sverige via Västerbottens läns landsting.

Målet med Beardslees familjeintervention

Metoden går ut på att skapa ett öppet språk kring psykisk sjukdom i familjen och att ge kännedom om friskfaktorer för barnen i fråga. Målet är att i familjen öppna upp till samtal om, och förhållningssätt till, patientens sjukdom. Behandlarnas uppgift är framför allt att hjälpa patienten att hitta sina egna ord och förklaringsmodeller på barnens frågor. På detta sätt kan de återfå tryggheten i att det klarar av att vara förälder samt förtroendet hos sina barn att de kan ta sitt vuxenansvar trots psykisk sjukdom. Det är inte ovanligt att den vuxnes/as roll övertas av barn till psykiskt sjuka.

Familjeinterventionen är psykoedukativ i sin utformning och kräver ingen terapeutisk utbildning hos behandlarna. Behandlingsmetoden ska ej ges under pågående djup depression, aktuell kris eller alkoholmissbruk.

Familjeinterventionen i korthet

Den beprövade längre familjeinterventionen innebär sex familjesamtal i olika konstellationer med någon veckas mellanrum. Vid det första samtalet träffar behandlarna båda föräldrarna, om de lever tillsammans eller är vänner, annars bara den psykiskt sjuke/a. Patientens sjukdomshistoria går igenom och vad den kan ha inneburit för barnen. Oro för barnen tas upp, om flera, ett i taget då barnen ska beaktas som individer. Vid det andra samtalet går man igenom vad patientens sjukdom inneburit för den friske föräldern och föräldrarna får ta upp frågor som de önskar att behandlarna ska ställa till barnen. Vid det tredje samtalet intervjuas barnen ett i taget om frågor och funderingar de har om föräldrarnas sjukdom. Det fjärde samtalet är återigen ett samtal med föräldrarna eller patienten där de funderingar som framkommit vid barnintervjuerna tas upp för förberedelse av "familjesamtalet". De femte samtalet är ett familjesamtal där alla deltar och den oro och de frågor som tagits upp under tidigare samtal diskuteras, behandlarna i bakgrunden så mycket som möjligt. Det sista samtalet är ett uppföljningssamtal cirka en månad senare med dem som önskar delta från familjen.

Beardslee som gruppbehandling

Beardslee finns även i en kortare modell "föra barnen på tal", lämplig att använda sig av på avdelningar, och en gruppbehandlingsmodell för föräldragrupper och barngrupper parallellt, kanske mer lämpad för vissa familjer eller som en uppföljning på den längre familjeinterventionen.

Ett vuxenpsykiatriskt ansvar

Det är vi inom vuxenpsykiatri som bäst kan stödja den psykiskt

sjuke föräldern i att förklara sin sjukdom för barnen. Det är därför som det är vårt ansvar att minska ökad risk för psykisk sjukdom hos dessa barn via att hjälpa våra patienter att berätta om sin sjukdom för barnen och hjälpa familjerna att veta vilka faktorer som kan skydda.

Barnen till våra patienter är ofta friska barn även om de tillhör en riskgrupp för att själva utveckla psykisk sjukdom på grund av genetisk belastning men också den ökade miljöbelastning det innebär att växa upp med en psykiskt sjuk förälder. Hur många av oss har inte i journal läst om våra patienters "tunga" uppväxt med alkoholiserad förälder eller motsvarande? Om behandlarna vid familjeintervention emellertid upptäcker att barnen själva verkar vara psykiskt sjuka ska förstas remiss till BUP skrivas för uppföljning och vid behov ska också socialtjänsten kopplas in, om möjligt i samråd med föräldrarna.

Lagförslag och socialdepartementet

Det finns ett lagförslag just nu om förändring i hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS, om att det ska införas bestämmelser om att barns behov av information, råd och stöd. Särskilt ska beaktas om barnet har en förälder som har en allvarlig psykisk sjukdom.

Vidare har regeringen beslutat att satsa pengar på utbildning i Beardslee. Göran Hägglund i juni i 2008: "Psykiatri har sedan länge haft behov av att uppmärksamma barnen till de psykiskt sjuka men saknat metoder för det. Dessa barn brukar ibland kallas för "de osynliga barnen" just för att de ofta är osynliga för vården. Barnen får ingen möjlighet att få föräldrarnas sjukdom förklarad, barnen anklagar ofta sig själva för föräldrarnas sjukdom och barnen har också en ökad risk att själva utveckla psykisk ohälsa och andra problem".

Maria Larsson

t.f. överläkare, Stockholms Centrum för Ätstörningar.

Kontaktas gärna vid önskan om källor på maria.h.larsson@sll.se

Föreläsningar kring barn till psykiskt sjuka eller psykoedukation under Svenska Psykiatrikongressen 11-13/3. Torsdag 12/3 kl. 8.30 – 10.00

"Out of the shadow – reality is a state of mind" Deanne Mannelid, Överläkare Norra Stockholms Psykiatri, visar dokumentär och håller i diskussion om barn till psykiskt sjuka, deras risk för egen psykisk sjukdom och vuxenpsykiatrians ansvar

Fredag 13/3 kl. 8.30 – 9.15

"Beardslees familjeintervention – för barn till psykiskt sjuka" Heljä Pikhala, Överläkare Västerbottens läns landsting

Fredag 13/3 kl. 9.15 – 10.00

"Värdet av psykoedukation för patienter och anhöriga" Deanne Mannelid, Överläkare Norra Stockholms Psykiatri

Hur påverkar ett samhälle i förändring vår syn på psykisk sjukdom

- reflektioner efter två konferenser i Ryssland hösten 2008

En globaliserad värld förändras hela tiden och nyheter om dramatiska händelser sprids snabbt till stora delar av världens befolkning. Gamla strukturer och sanningar förlorar sin självklara plats i vårt sätt att tolka och förklara människans plats i samhället. Växthuseffekt, finanskris, den digitala revolutionen och demografiska förändringar leder till omprövning av existerande livsmönster.

Självklart påverkar detta också psykiatrin, vars primära syfte är att bota och lindra psykisk sjukdom. För att kunna uppnå detta behöver vi som arbetar inom psykiatrin förstå orsakerna till psykisk sjukdom. Naturligtvis finns en del av svaret i hjärnans funktion eller rättare sagt dysfunktion, men ingen människa är en ö, lika litet som en cell är det. Sjukdomsbegreppet är svårt att definiera inom psykiatrin, då det påverkas av historiska föreställningar och kulturella traditioner, likväl som det inte går att komma ifrån att det påverkas av det aktuella sociala sammanhanget, samhället, där individen lever och verkar. Föreställningen om vad som är normalt eller avvikande avspeglar attityder som i sin tur sätter sin prägel på media, politik, m.m. Psykiatrin växelverkar med samhället inom dessa områden, men det är sällan som detta tas upp till diskussion, utan psykiatrins företrädare har en tendens att passivt spegla samhällets värderingar, istället för att aktivt delta i debatten.

Under hösten 2008 har jag haft förmånen att delta i två konferenser i Ryssland och då har ofta frågan om relationen mellan psykiatrin och samhället, ur olika aspekter, hamnat i fokus. För tredje året i följd anordnades i början av oktober 2008 en konferens i Kaliningrad, denna gång i "Immanuel Kant State University of Russia's" lokaler. Immanuel Kant bodde och verkade hela sitt liv i Königsberg, nuvarande Kaliningrad, och hans filosofiska arbeten betonade vikten av att bekämpa fördomar och andra irrationella bevekelsegrunder för handling. I en ambition att knyta an till historien, har psykiatrins samspel med samhället varit temat för ett projekt finansierat av Svenska Östeuropakommittén, vars rubrik varit, "Mental Health in a Changing Society". Årets tema för konferensen sammanfattades i rubriken "Towards Mental Health Through Cooperation Between Different Specialists" och var ett samarbete med Svenska Östeuropakommitténs (ÖEK:s) primärvårdsprojekt i Kaliningradregionen under ledning av Ingvar Ovhed, Karlskrona. De två tidigare konferenserna i Kaliningrad har tagit upp psykiatrins relationer till politiken, media, lokalsamhället, historiska traditioner och gjort jämförelser mellan olika länder,

företrädesvis runt Östersjön. I år var ett givet alternativ att samarbeta med andra ÖEK-projekt eftersom samarbetet med Ryssland är inne i en avvecklingsfas och det gäller att hitta nya former för utbytet med grannländerna på andra sidan Östersjön. Då det i Kaliningradregionen sedan flera år finns ett etablerat primärvårdsprojekt, var det naturligt att som tema för årets konferens välja samarbetet mellan psykiatri och primärvård.

Vid samtal med ryska kollegor kommer det ofta upp att man saknar denna typ av internationellt utbyte och är mycket glada för alla initiativ som bidrar till detta. En utmaning i detta sammanhang är att definiera ämnen och frågeställningar av ömsesidigt intresse, som är möjliga att diskutera utifrån våra olika kulturella bakgrunder. Det leder till en ambition att finna basala frågeställningar inom psykiatrin och samhället som kan fungera som minsta gemensamma nämnare i diskussioner. Det är naturligtvis alltid av värde att träffas och utbyta erfarenheter, men om konferenser av detta slag skall fungera över tid

krävs att det bidrar till en process av kunskapstillväxt, inte bara är samvaro under trevliga former. Kaliningradkonferensernas "röda tråd" är ett unikt tema som rönt uppskattning från deltagare, representerande både öst och väst, varför det förhoppningsvis går att hitta former och finansiering som möjliggör en fortsättning.

I slutet av november 2008 firade Serbsky Institutet i Moskva 150 år och i samband med detta anordnades den tredje nationella socialpsykiatriska konferensen med temat "Socialpsykiatri i framtiden". Från Sverige var

vi två inbjudna deltagare, Jerker Hansson och undertecknad. Konferensen var lokaliserad till Borgmästarens hus i slutet av Nova Arbat, granne med Vita Huset. Det sistnämnda känt från 1990-talet då Jeltsin slog ner upprorsmakarna som förskansat sig i denna byggnad. På talarlistan fanns föreläsare från Österrike, Tyskland, Frankrike, Italien, vilket föranledde mig att reflektera över hur vi i Sverige företrädesvis är anglo-sachsiskt orienterade.

Det var intressant att i Moskva få höra Lorenzo Toresini från Modena i Italien berätta om hur det gick till när slutenvårdsplatserna minskade från ett par hundra till två. Han redogjorde för filosofin bakom denna förändring, som i grunden handlade om att vi som psykiatriker måste våga släppa kontrollen av patienterna. En intressant infallsvinkel under konferensen, men som ur svensk synvinkel föreföll aningen ologisk, var psykoanalysens roll inom socialpsykiatrin i framtiden. Först ut var Alan Gibeault som berättade om psykoanalysens plats i den sektoriserade Parispsykiatrin, som sedan följdes av Maria Ammon och Ilse Burbiel från Tyskland,



vilka talade om personlighetstörningar, psykoanalys, gruppdyamik och socialpsykiatri. Heinz Katschnig, Österrike, höll en föreläsning i raskt och effektivt tempo som handlade om riktlinjer i psykiatrisk vård i både östra och västra Europa.

Hans summering landade i en plädering för multiprofessionella team som skulle ta hand om patienterna i öppenvård och underlätta nedmonteringen av mentalsjukhusen. Ett av de mest intressanta föredragen hölls av Heinrich Kunze från Tyskland som redogjorde för alternativ till DRG-systemet, som man i Tyskland kommit fram till var behäftat med allt för mycket brister och gav en felaktig allokering av resurser.

Utöver dessa föreläsare var det naturligtvis en lång rad ryska kollegor som berörde allt från drogproblem, suicid, terrorattacker, livskvalité, till olika teoretiska modeller för psykisk sjukdom och behandling, det sistnämnda med inlevelse presenterat av Pavel Sidorov från Arkangelsk. Efter konferensen blev det anledning att försöka sammanfatta intrycken och ge återkoppling till arrangörerna. Även om texten nedan i första hand utgår från diskussionerna och intrycken i Ryssland, är slutsatserna relevanta även för svenska förhållanden.

Inledningsvis kan vi konstatera att psykiskt sjuka personer ofta har problem med att socialt anpassa sig och bli integrerade i det lokala samhället.

Vi, psykiskt friska personer, kan lösa det här problemet på tre sätt. Första alternativet: Vi kan avskilja de psykiskt sjuka, som ofta stör den sociala ordningen och är irriterande på olika sätt. Denna lösning innebär i de flesta fall en säng på ett mentalsjukhus. Andra alternativet: Vi kan försöka förmå psykiskt sjuka personer att ändra sitt beteende genom olika behandlingar, psykoterapi, psykofarmakologisk behandling etc. Tredje alternativet: Vi kan försöka förändra samhället genom att påverka attityder, minska stigmatisering, ändra lagar etc. Syftet med denna förändring är att inkludera de psykiskt sjuka. En väg framåt, som relaterar till alternativ två och tre, som kan verka lockande är att försöka åstadkomma ett systemskifte. Men då måste man först inse att ett socialt system är som ett spindelnät, med ett inneboende motstånd mot förändringar. Du kan lätt fastna i nätet, arbeta hårt, men utan påtagliga resultat. För att uppnå resultat måste man koncentrera sina ansträngningar på särskilt betydelsefulla delar av systemet för att åstadkomma en förändring i önskvärd riktning. Min övertygelse är att en av dessa viktiga delar inom psykiatrin är teamarbete och kontaktmannaskap, typ case-management. Detta sätt att organisera den vanliga vården och behandlingen av psykiskt sjuka, innebär en delegering av ansvaret från läkare till sjuksköterskor, psykologer, socialarbetare och arbetsterapeuter. Min erfarenhet från denna typ av arbete, som ibland kallas "Integrerad psykiatri" (Falloon et al), är att psykiatrin blir effektivare med en högre produktivitet, samt också lyckas att integrera de psykiskt sjuka i lokalsamhället och som en slutpunkt öka livskvaliteten. Ett framgångsrikt teamarbete är beroende på ömsesidigt förtroende mellan medarbetare, men viktigast är att läkaren måste lita på medarbetarna i teamet. I den bästa av världar kan vi åstadkomma en gradvis förändring av systemet.

Det andra alternativet är att störta systemet och genomföra ett nytt, ett sätt att förändra som man har försökt flera gånger i Ryssland.

Sammantaget har det varit en mycket givande och spännande process att under nästan 10 år fått möjligheten att lära känna ryska kollegor och rysk psykiatri. Följande text är en summering av dessa erfarenheter, vilket också är ett försök till en kortfattad analys av den ryska mentaliteten.

"Det som jag tror fascinerar oss i Ryssland är att en 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.

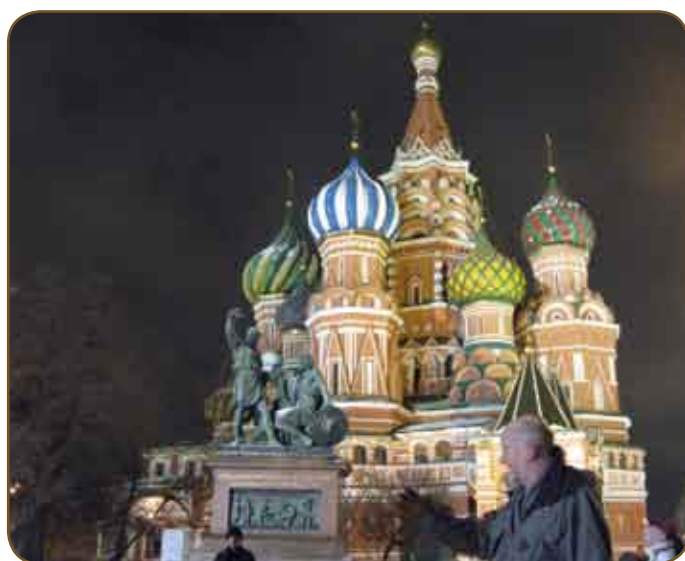
Däremot blir relationer viktiga, på gott och ont, vilket innebär att ryssen är en mycket mer social varelse än svensken. Svenskarna har i olika sammanhang, senast av Fredrik Lindström i TV, beskrivits som ett av världens mest individualistiska folk, vilket kanske inte alltid är så bra för vårt psykiska mående.

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. Någon tradition av maktindelning finns inte heller, utan allt blir istället underordnat idén om det heliga Ryssland, vars mission här i världen ingen ännu lyckats förklara på ett begripligt sätt. Det heliga Ryssland blir istället ett känslomässigt begrepp fritt för tolkning."

Olle Hollertz

Överläkare

Psyk.mott., Oskarshamn



Tankar om diagnostik över åren

När det gäller uppkomst av sjukdomar och störningstillstånd kan i dagsläget ett vara att gener som styr dysfunktionell utveckling av en organfunktion samverkar med andra gener. En sådan kombination ger en penetranspotential som mer eller mindre samverkar med miljöfaktorer i en stegvis cirkulär dysfunktionell process. Sådana dysfunktionella processer tycks kunna finnas i olika organ och då rimligtvis också i hjärnan. Ibland leder de till kvalitativt välvägränsade sjukdomstillstånd vars avgränsning är lätt att vara överens om, men inom psykiatrin är de flesta sjukdomar/störningar ofta definierade genom kriterier som bygger på "hur mycket, hur länge eller hur ofta" i olika dimensioner. Dessa kriterier är i sig i viss mån kulturrelativa och har karaktär av gemensamma överenskommelser mellan experter. Det finns ofta ett avsevärt subjektivt inslag i varje potentiell patients beskrivning av sina besvär och omständigheter. En viss distans till de egna diagnostiska verktygen kan i mitt tycke vara ett tecken på professionalitet.

Vi är väl trots allt överens om att kunna ställa diagnos i någon form är ett viktigt, värdefullt och nödvändigt led i psykiatrisk verksamhet. Den kan utformas genom olika tillvägagångssätt, med olika instrument och i olika grader av samarbete och samförstånd med patienten. Diagnosen kan ges tillbaka och diskuteras med patienten på olika sätt. Ett specifikt kännetecken för psykiatrisk diagnostik är att det i viss utsträckning är samma sidor av patientens mentala funktion som psykiatern dels ska bedöma, dels kommunicera med om bedömningen. Hur en psykiatrisk diagnos kan tas emot varierar naturligtvis. Den kan upplevas provocerande men också innebära en stor lättnad för en person, att via en diagnos förstå att hans lidande är känt inom vetenskapen, att andra kan lida av samma sak, att det finns metoder att lindra lidandet.

Diagnostik och jämlikhet

Under 1970-talet var den diagnostiska processen mer kontroversiell och laddad på ett helt annat sätt än idag. Har det gamla 70-talsperspektivet någon som helst relevans i "våra dagar"? Det tycks ligga i dynamiken i varje nytt utvecklingsskede att man fokuserar på det nya och lägger gammal kunskap åt sidan. Detta är kanske en sida av vår hjärnas konstruktion. Den har ju till uppgift att i första hand reducera komplexitet till en informationsmängd som är optimal i nuet. Det blir då en uppgift för vårt reflekterande medvetande att aktivt bevaka ett bredare perspektiv, till exempel inte bara beakta nya perspektiv utan också gamla beprövade. Det vill säga inte "kasta ut barnet med badvattnet". Men metaforen är lurig. Ingen kastar medvetet ut ett barn med badvattnet.

Det är alltid någon annan som ser ett barn i det badvattnet som någon kastar ut, eller den som kastade ut badvattnet blir senare varse att det fanns ett barn i det. Nå, jag misstänker att det kan finnas ett barn i ett numera mer eller mindre utkastat diagnostiskt badvattnet och därför tänker jag aktualisera något av tänkandet kring diagnostik som var aktuellt under 1970-talet.

Psykiatrisering

Den huvudsakliga debatten kring diagnostik idag berör relevansen av olika diagnoser till exempel ADHD, snarare än kring diagnostiserande i sig, det vill säga diagnostik som relationell process. Det kan därför vara av värde att fundera över om en problematisering av diagnostiserande som relationell process har giltighet även i dag, eller om den helt har förlorat sin relevans i den aktuella samhällsliga situationen som är annorlunda än 70-talets. Då fanns en oro för psykiatrisering av mänskligt lidande i sig. Numera är det väl framför allt terapeuter tillhöriga den humanistiska skolan, till exempel existentiella terapeuter och gestaltterapeuter, som betonar att det psykiatriska perspektivet tar över allt mer av tolkningsföreträdet vad gäller lidandet. Inom psykiatrin finns det för all del också en oro för psykiatriseringen till exempel av vissa kriser, men jag vet inte



Foto: Shutterstock.com

om det övervägande beror på att man känner sig överbelastad och anser att folk söker psykiatrin för alltför triviala problem, triviala enligt psykiatrin alltså, kanske inte triviala i den sökandes upplevelse.

Tes och antites

Problematiseringen av diagnostiken växte fram i resonans med det nya perspektivet på makt och dess användning inom samhället i allmänhet och kanske inom psykiatrin i synnerhet som stod i fokus för 68-rörelsen. Mot tesen om makthierarkier ställdes jämlikheten som antites. Underst i makthierarkin inom psykiatrin återfann man vanligen patienten. I linje med den sedvanliga antitetiska polariseringen mot tesen drevs jämlikheten ofta systematiskt och envist och ibland till sin spets. Det syntes till exempel ibland, men inte alls alltid, inom det terapeutiska samhället som psykiatrisk arbetsform. Det sägs att Gustav Jonson på Skå ibland fick stå i köket medan kökspersonalen deltog i mötena med patienter och familjer.

Jag vet inte om det är sant, men det skulle kanske kunna vara det. I alla händelser gavs avdelningspersonalen en helt annan position inom vården än tidigare. Ibland blev det väl

en omkastning av maktordningen så att avdelningspersonalen fick den övergripande makten, om inte formellt så i alla fall informellt. Yngvar Löcken myntade begreppet ”den diagnostiska kulturen” som innebar att när patienter protesterade mot förtryck – med de medel som stod dem till buds – tolkades det inte som en berättigad protest om än kanske med ”överdrivna medel”, utan som ett uttryck för deras problematik.

Identifierade patienter

Inom det systemiska familjetänkandet fann man stöd för att den person i en familj som uppvisade symtomen inte alltid var den som var mest störd, utan att andra familjemedlemmar i viss mån kunde bevara sin hälsa på denna persons bekostnad och att dennes symptom bidrog till att trots allt stabilisera familjens sammanhållenhets.

Begreppet ”identifierad patient” myntades för denna funktion. Detta perspektiv hade också naturligtvis en jämlikhetsaspekt. Att det troligen ibland överbetonades och att en noggrannare undersökning till exempel av det enskilda barnets problem (till exempel i ett neuropsykiatriskt diagnostiskt perspektiv) försumrades, vilket ledde till att barnet inte fick den individuella stöd eller farmakologiska behandling det behövde och att föräldrarna inte fick den skuldavlastning de behövde och sannerligen förtjänade, behöver naturligtvis inte innebära att begreppet identifierad patient inte fortfarande av och till skulle kunna vara användbart.

Vissa familjeterapeuter, kanske speciellt vissa gestalt- och experientiellt inspirerade, ställde sig avvisande till allt diagnostiskt tänkande. De menade, förmodligen med viss rätt, att så fort terapeuten börjar tänka i diagnostiska termer under ett samtal, gör patienten till ett objekt, lämnar terapeuten den intersubjektiva kontakten med sin patient, subjekt-subjekt relationen, därmed går den existentiella jämbördigheten förlorad.

Normalt och onormalt

Det tycks vara en del av vår natur att vi har svårt att avgöra när vi ska hantera skillnaden mellan oss och andra i termer av ”bättre eller sämre”, ”normal eller onormal” snarare än bara som ”olika”. Det gäller särskilt bedömning av dem som tillhör minoritetsgrupper det vill säga är statistiskt onormala. Även här finns ett jämlikhetsperspektiv. Richter betonade den oupplösliga kopplingen mellan det normala och det onormala. Att vara normal ger högre status och därmed makt än att vara onormal – i princip. Dessvärre vet man inte om man är normal om man inte har någon onormal att jämföra sig med. De onormala behövs för de normalas identitet. Det blir tydligt inte minst på området sexuell preferens. Det har tagit lång tid att arbeta sig fram till föreställningen om att det är normalt att vara homosexuell, att det finns flera normalvarianter på sexuella preferenser även om de statistiskt sett inte är lika vanliga.

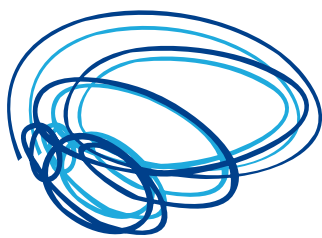
Det är en mer krävande föreställning och mer jämlik. Det var lättare och tryggare förr för dem inom den heterosexuella majoriteten som var osäkra på sin könsidentitet, när homosexuella var sjuka eller åtminstone onormala.

Makt, ansvar och objektivisering

Det är klart att den som har samhälleligt mandat att genomföra den objektiviseringsprocess angående andra människors mentala funktioner som en psykiater och även andra personalkategorier har, också har både makt och ansvar. Att påstå, om det nu fortfarande görs, att en patient har dålig kontaktförmåga, utifrån ett samtal med patienten är grannlaga utsagor. Kanske det ärligaste skulle vara att säga att ”Jag har pratat en god stund med den här personen och jag får inte någon vidare kontakt. Jag tror inte att någon av mina kollegor heller skulle få det och vi måste – då vi inte har så mycket annat att välja på, utgå ifrån att jag – och de, mina kollegor – åtminstone har normal kontaktförmåga, annars borde vi väl inte ha det här jobbet. Det är väl rimligt att om jag inte får kontakt med patienten, så är det väl han och inte jag som har dålig kontaktförmåga.”

Vad vill jag då säga med detta? Synen på individualitet har utvecklats. Individens rätt har stärkts. Patienter har en egen organisation RSMH. Auktoritetstron är mindre. Men maktlöshet i såväl yttre som inre avseenden är fortfarande problematisk för många av våra patienter. Jag anser att det är viktigt att fundera på i vilken utsträckning det är relevant med problematisering av diagnostisering, till exempel utifrån de infallsvinklar jag beskrivit ovan, även om de av och till tidigare drevs för långt. Dels för våra patienters skull, dels för att det är så kunskap ackumuleras, integreras och utvecklas och synteser skapas. Risken finns att det annars bara blir som om man växlar mellan att titta än med det ena, än med det andra ögat, istället för att använda båda ögonen. ”Dessvärre” får man i det senare fallet ett djupperspektiv och ett sådant är ju alltid mer komplext att hantera.

Björn Wrangsjö
SP Redaktion



SPFST

SVENSKA PSYKIATRISKA
FÖRENINGENS ST-SEKTION

SPFST informerar...

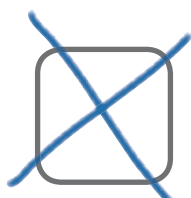
...sista ansökningsdag för Johan Cullbergs resestipendium förlängt till 15/4. Gå in på hemsidan för ytterligare information om vad som krävs för ansökan.

...föreläsningarna från ST-konferensen på Gimo finns nu på hemsidan.

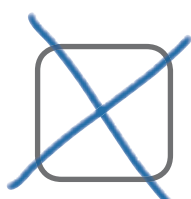
...manual för användandet av nya målbeskrivningen för ST-läkare och handledare på hemsidan inom kort.

www.spfst.svenskpsykiatri.se





SCHIZOFRENI



BIPOLÄR MANI*

Utöver indikationen schizofreni har Seroquel® Depot även godkänts för behandling av måttliga till svåra maniska episoder vid bipolär sjukdom^{1,*}.

Seroquel® Depot erbjuder dessutom en bevisat effektiv återfallsprevention vid schizofreni².

Depottabletten gör att måldos kan nås redan dag 2 och möjliggör dosering en gång per dag.



*Seroquel® Depot är inte indicerat för att förhindra återfall av maniska eller depressiva episoder.

Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2008-11-21. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Schizofreni. Underhållsbehandling med Seroquel® Depot förebygger effektivt återfall hos patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Seroquel® Depot är indicerat för behandling av måttliga till svåra maniska episoder vid bipolär sjukdom. Seroquel® Depot är inte indicerat för att förhindra återfall av maniska eller depressiva episoder. Rekommenderad dos är 600 mg en gång per dag, utan föda. Bland de vanligaste biverkningarna finns yrsel, somnolens och huvudvärk. För information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.

1. www.fass.se. 2. Peuskens J et al. Randomized, placebo controlled, relapse-prevention study with once daily quetiapine sustained release in patients with schizophrenia. Eur Psychiatry 2007;22:S132.

AstraZeneca Sverige AB, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. www.psykiatriinfo.se

Apropå ADHD

Man skulle kunna säga att den senare tidens nyväckta diskussioner kring ADHD (i spåret av Tomas Ljungbergs bok "ADHD i ny belysning") innehåller, som droppen från havet, alla despoisrsmål-medsinateoretiska och praktiska dimensioner - som psykiatrin har att brottas med utifrån sin egen natur. Vid paneldiskussioner, konferenser, seminarier hör man hur de olika begreppen korsar varandra och intrycket förstärks att deltagarna i ganska stor utsträckning kommunicerar förbi varandra. Låt oss göra ett litet försök att markera glappen i kommunikationen och även lägga fram några förslag på broar.

De teoretiska glappen

Det finns idag knappt någon som teoretiskt inte bekänner sig som anhängare till den s.k. "stress-sårbarhetsmodellen". Arv och miljö samspelar. Vidare finns det knappt någon som ifrågasätter att de olika psykiska tillstånden och psykiska processerna har sina fysiologiska korrelater. Kropp och själ är en oupplöslig helhet så länge livet fortgår. I dessa två grundläggande premisser verkar det inte råda några meningsskiljaktigheter. Vid det här laget brukar diskussionspartnerna försäkra varandra om sin samsyn inför åhörarna. Men sedan händer någonting. Sedan börjar man diskutera olika procentsatser (t.ex. 80 % arv, 20 % miljö brukar figurera) och därmed lämnar man sitt eget just deklarerade principiella ställningstagande om samspelen mellan dessa. Nu vet man plötsligt att samspelen är mycket snävt. Är det meningsfullt att tala om samspel om den ena faktorn (vare sig man väljer "arvet" eller "miljön") har å den ena sidan en så starkt determinerande och på andra sidan så marginell betydelse? Här uppstår alltså det första glappet.

Nästa glapp blir alldeles tydligt i samband med begreppet "neuropsykiatriska funktionshinder". Eftersom ingen av diskussionsdeltagarna deklarerar sin tro på en från kroppen oberoende ande/själ är överenskommelsen fullkomlig i frågan om att psykologiska företeelser inte kan lösgöras från hjärnfysiologiska (kemiska och elektriska) processer. I så fall är det också odiskutabelt att depression, bipolär sjukdom, schizofreni, komplicerad eller okomplicerad sorg och välmående är allihop neuropsykiatriska tillstånd. Om och när något av dessa tillstånd blir funktionshindrande då kan man beteckna alla dessa även som neuropsykiatriska funktionshinder. Man är varken mer eller mindre "biologist" eller för den delen mer eller mindre "miljönist" om man påpekar inkonsekvensen i att definiera vissa specifika patologier som mer neuropsykiatriska än de andra.

Det tredje glappet brukar förbli mer dolt än de redan nämnda. Latent finns en oklarhet kring begreppet *trauma*.

Denna oklarhet smittar av sig till frågor kring etiologin.

Till synes händer följande: Säger du att ADHD kan uppstå lika mycket till följd av traumatiska händelser som till följd av t.ex. graviditets- och förlossningskomplikationer betraktas du som "miljönist". Här glöms alla tidigare nämnda principiella ställningstaganden om samspel och växelverkan mellan arv/miljö resp kropp/psyke bort och det sker mot bättre vetande. En havandeskapsförgiftning eller förlossningskomplikationer är traumatiska händelser i fostrets miljö som innebär skadlig påverkan på hjärnans fysiologiska processer. Likväl är omsorgssvikt, försummelse, fysiskt och verbalt våld, olika grader av stort samspel etc traumatiska miljöfaktorer som på samma sätt innebär skadlig påverkan, återigen på hjärnans fysiologiska processer.

Hur kan man överbrygga dessa kommunikationsförbistringar?

Låt oss formulera det pragmatiskt. Man kan utgå ifrån att ADHD är en symtomdiagnos dvs man diagnostiserar ADHD om symtomen är närvarande. Därmed har vi dock inte sagt någonting om orsakerna eller om behandlingen. Ja, ADHD är ett neuropsykiatriskt funktionshinder på samma sätt som de andra psykiatriska (psykopatologiska) tillstånden.

Detta tillstånd bör behandlas – återigen som de övriga psykiatriska tillstånden - med en kombination av medicinering, samtal- och samspelsterapi, gynnsamma förutsättningar i miljön (i skolan, i hemmet, i arbetet). När hjärnprocesserna förändras och barnet/den vuxna har utvecklat förmågor som krävs för att kunna fokusera bättre, för att kunna inhibera omedelbara beteendepulser – då har man ändrat just de hjärnprocesser som man ville påverka och man har skapat nya verksamma processer. En sådan kombination av behandlingsmetoder ska leda till – så som i alla andra fall av patologier – att man inte längre är funktionshindrad utan är fungerande.

Vad kan man säga om orsakerna? Ja, det är alltid sårbarhet och stress. Sårbarheten kan komma från vissa genetiska/konstitutionella förutsättningar även om dessa oftast är svåra att påvisa i någon renodlad form. Stressen består av alla sorters traumatiska händelser. Här kommer den gamla definitionen av traumatisk händelse väl till hands. Alla situationer som fostret/barnet inte har möjlighet att bekämpa eller fly ifrån – om det är giftiga ämnen i fosterstadiet, om det är att inte få mat när spädbarnet är hungrigt, om det är att vara lämnad med smärta och stegrande diskomfort, om det är obesvarade mentala/känslomässiga behov – de alla är situationer som barnet själv inte kan lämna (fly ifrån) eller "åtgärda" (bekämpa). Alla dessa traumatiska situationer påverkar hjärnans utveckling, påverkar hjärnans fysiologi, och resulterar i motsvarande beteendemönster (för den delen även kognitiva och känslomässiga). I denna klassiska definition av trauma kan man hitta den gemensamma nämnaren för stress/sårbarhet, arv/miljö, hjärna/psyke.

Kort om praxis

Vad som anbelangar den kliniska verksamheten är det två moment som enligt min mening är avgörande. Det första är att det låter ytterst avväpnande både för föräldrarna och det berörda barnet att höra (läsa om) att de själva "på sin höjd" kan påverka tillståndet såg, "till 20 %".

De slår ut med händerna i samtalen, signalerande att det är ju så marginellt det de kan göra. I vilken proportion de olika faktorerna i en kombinerad behandlig påverkar resultatet vet vi inte så mycket exakt om. Vad vi vet är att vi med gott vetenskapligt samvete kan förmedla det synsätt som följer av stress-sårbarhetsmodellen och traumabegreppet.

Det andra momentet är att tolkningen av olika symtomchecklistor som besvaras av två olika miljöer (skola/hem) bör hanteras mer enhetligt. Numera hörs det bortförklaringar omväxlande: om skolan ger en mindre symtomtyngd bild än hemmet kan man argumentera: javisst, i skolan är det bättre struktur, där syns inte symtomen så påtagligt; eller tvärtom, om föräldrarna ger en mer positiv beskrivning kan argumentet bli att de kanske inte vill se problemen. Om man kan enas om att ADHD är en symtomdiagnos kan man inte kosta på sig en sådan inkonsekvent hantering av symtombeskrivningarna även om avsikten är att hjälpa barnet genom att utverka vissa speciella villkor.

Marie Balint
BUP
Stockholm



Foto: Shutterstock.com

SFBUP (Svenska Föreningen för Barn – och Ungdomspsykiatri)

Inbjuder till VÅRMÖTE i Stockholm den 1:a april

**Temat för detta endagsmöte blir
Aktuella metoder för behandling av självskadebeteende
Senaste nytt kring Ångest/Depressioner**

**Lokal: UBI, Nya Träffen, plan 2 E- Huset, Södersjukhuset
Stockholm**

Tid: 1/4 kl 10.00-16.15, registrering från 09.30

**Föreningen har därefter sitt ÅRSMÖTE kl 16.30-18.00. Det
avslutas med mingel med smårätter och dryck till självkostnad.**

**I anslutning till Vårmtötet anordnas den 31/3 ett ST-LÄKARMÖTE
i Stockholm för alla ST-läkare inom BUP i Sverige.
Detaljer kring denna dag finns på vår hemsida, liksom detaljerat
program för vårmötet, samt kallelse till årsmötet.
Välkomna!!**

<http://www.svenskabupforeningen.se/>

Välkommen till

“Neuropsykiatrisk diagnostik. Vilka metoder har evidens?”

19–20 mars 2009 i Uppsala

**Evidensbaserade diagnostiska metoder i
barnneuropsykiatri är 2009 års tema på
utbildningsdagarna.**

För mer information och anmälan besök hemsidan
www.akademikonferens.uu.se/bnps09

E-mail: bnps09@akademikonferens.uu.se

Arrangör: Barnneuropsykiatriska sektionen,
Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri
i samarbete med Uppsala universitet



Torsdag 19/3

PROGRAM

- 09.00 Registrering och kaffe
- 10.00 Anamnes och status - grunden för diagnostiken.
Anne-Lis von Knorring
- 11.00 Diagnostiska kategorisystem. *Stephan Ehlers*
- 11.30 Könsperspektivet. *Svenny Kopp*
- 12.00 “5-15” - ett underlag för anamnes. *Björn Kadesjö*
- 12.30 Lunch
- 14.00 Neuropsykologi och neuropsykiatrisk diagnostik vid
autismspektrum-störningar. Facial Affect Recognition
Training - FEFA. *Sven Bölte*
- 15.30 Kaffe
- 16.00 Årsmöte
- 17.00 Slut
- 19.00 Middag på Västmanlands-Dalarna nation, Sysslomansgatan

Fredag 20/3

- 09.00 Diagnostiska intervju, DAWBA. *Einar Heiervang*
- 09.30 Svenska erfarenheter av DAWBA. *Hans Smedje*
- 10.00 Diagnostisk intervju, Kiddie-SADS. *Kerstin Malmberg*
- 10.30 Kaffe
- 11.00 Diagnostisk intervju med inriktning på kontaktstörningar,
DISCO. *Eva Billstedt*
- 11.30 Diagnostisk intervju med inriktning på autism, ADI och
ADOS. *Viviann Nordin*
- 12.00 Diskussion
- 12.30 Lunch
- 13.45 Etiska aspekter på neuropsykiatrisk screening och
diagnostik. *Ingemar Engström*
- 14.30 Hur använder och värderar man vanliga
skattningsformulär? *Erik Zander*
- 15.30 Sammanfattning
- 16.00 Slut

SKRIV TILL
OSS

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2009

NUMMER 2 2009

Vart är vi på väg?
Deadline 20 april 2009

NUMMER 3 2009

Tema ej bestämt
Prel. deadline 20 juni 2009

NUMMER 4 2009

Tema ej bestämt
Prel. deadline 20 oktober 2009

EMDR – en potent teknik i bearbetning av trauma

Den 25 april 2008 disputerade överläkare Göran Högberg, BUP Stockholm, vid Karolinska institutet på avhandlingen "Post-traumatic stress disorder: neurobiology and effects of eye movement desensitization and reprocessing". Hans forskning sammanfattas här av kollegan Björn Wrangsjö.

Utvärdering, korttidsmetodik, trauma, biologiska markörer i den psykoterapeutiska processen är några av de centrala aspekterna inom psykoterapiforskningen.

Göran Högberg, överläkare inom BUP sedan flera decennier och psykoterapeut med stor bredd, för samman samtliga dessa teman i sin avhandling i vilken han utvärderar effekten av EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) på PTSD (posttraumatisk stress). Denna metod bygger på korta upprepade aktiveringar av ett traumaminne, kombinerade med en sensorisk stimulering av höger respektive vänster hemisfär i hjärnan och upprepade självskattningar av graden av obehag. Högbergs undersökningsgrupp består av 53 förare och spärrvakter inom Stockholms lokaltrafik vilka varit utsatta antingen för överkörningsolyckor eller överfall/hot i arbetet. Tjugoen av dessa uppvisade posttraumatiska stressyndrom. Dessa fördelades slumpmässigt till EMDR behandling, fem sessioner, respektive väntelista. Åtta av 12 i behandlingsgruppen mot 1 av nio i väntelistegruppen förbättrades påtagligt. De som stått på väntelista erbjöds senare behandling med EMDR, också med goda resultat mätta både med självsvartest och intervju skalor. Resultaten stod sig också vid uppföljning tre år senare. I undersökningen ingick också undersökning av skillnader i neurofysiologiska reaktioner mellan dem som utvecklat respektive inte utvecklat PTSD utifrån samma art av traumatisk påfrestning. Alla fick återberättat för sig sin egen beskrivning av förloppet vid den traumatiska påfrestningen. Puls och blodtryck steg i båda grupperna som uttryck för aktivering inför en farosituation. Aktivitet i höger hjärnhalva steg hos dem med PTSD särskilt i limbiska systemet som är involverat i reglering av emotioner och minne. Denna aktivering avtog senare efter EMDR behandlingen.

Samtidigt kunde man iakttä en aktivering av delar av framloben, som tecken på ökad kognitiv aktivitet i relation till det traumatiska minnet. De som utvecklat PTSD hade fler trauman i sin anamnes, än de som inte visade PTSD-reaktioner. Det bekräftar iakttagelsen att varje trauma ökar benägenheten att reagera med PTSD på följande trauman. De som utvecklat PTSD hade en faroreaktion som de delade med alla som utsatts för motsvarande påfrestning. Dessutom visade de en ångestreaktion, kopplad till PTSD-symtomatologin, dissocierad i förhållande till faroreaktionen. EMDR hjälpte dem att hantera denna ångestreaktion och häva dissociationen.

Göran Högberg menar att det bland annat kan vara växlingar mellan fokus på det traumatiska minnet och fokus på vad som

händer i kroppen samt att processen delvis försiggår i ett ändrat medvetandetillstånd som ligger bakom effektiviteten hos EMDR. Hans forskningsarbete stärker tilltron till EMDR som en potent teknik i bearbetning av trauma, även om det finns komplikationer i frågan om hur fynden ska kunna generaliseras då studien inte är – och inte kunde vara - experimentell. Arbetet är av stort allmänt intresse inom psykiatrin då många patienter uppvisar symptom som kan hänföras till dissociationsmekanismer och multipla trauma, med eller utan manifest PTSD. En effektiv korttidsinriktad metodik har en självklar plats i behandlingsarsenalen.

Björn Wrangsjö
SP Redaktion



Foto: Shutterstock.com

Sjukvården etiskt förblindad av teknikens framsteg

Psykiaterns journal på den svenska sjukvårdens intranät.

Tidningarna har nyligen fört en viktig diskussion om FRA-lagen, vilken sannolikt var tänkt att relativt obemärkt "passera" riksdagen för att därefter lagstadgas. Samtidigt pågår en annan riskfylld verksamhet som allvarligt kan skada den enskilde individen. Alla psykiatrijournaler, även de privat verksammas, skall läggas ut på den svenska sjukvårdens intranät. Det finns stora risker med ett sådant övergripande och allomfattande system, som trots alla försök till avgränsning av information, gör denna potentiellt åtkomlig för otillbörlig insyn. Valda delar av individens mest privata liv finns beskrivet av andra i hans psykiatri- respektive psykoterapijournal. Denna är skriven utifrån ett försök att vara saklig och objektiv. Inte heller diagnoser kan ses som helt objektiva inom psykiatri och än mindre inom psykoterapis domäner¹.

När man numera tvingas att alltid ställa en diagnos, har psykiatiseringen av mänskliga svårigheter drivits alltför långt. Man kan inte längre anlita en läkare för ett lidande eller en existentiell kris utan att diagnos ställs. En psykiatrisk diagnos är för allmänheten en stämpel som visserligen kan blekna med tiden, men den finns alltid kvar någonstans i patientens inre, även om den inte längre har någon täckning. Om en möjlig arbetsgivare dessutom får tillgång till diagnosen ser han den lätt som en personlig egenskap och därför viktig att ha med i sin bedömning.

Okrypterad inrapportering av patientmaterial

Socialstyrelsen kommer detta år att inkräva diagnos och åtgärd för varje besök en privatläkare haft under året. Uppgifterna är avsedda att bl.a. bilda underlag för epidemiologiska studier. Under vilka konkreta former skall inrapporteringen ske? Jo, man skall sända in en CD-skiva med patientens födelsenummer, postnummer, kommun- och församlingskod. Allt okrypterat i ett rekommenderat brev till Socialstyrelsen. Det föreligger ingen risk för kränkning av integriteten säger SoS.

Men övervaknings- och sekretessrutiner kan slarvas med när de med tiden just blivit enbart en rutin.

Landstingets rapportsystem (ARV) är bättre i detta hänseende. Kommunikationen av integritetskänsliga uppgifter är där åtminstone kodad.

Ökad patient säkerhet, bättre översikt, planering och kontroll

Snart kommer sannolikt landstinget att kunna få tillgång till de privatpraktiserande läkarnas journaler. I ett tänkbart andra steg möjliggörs därmed ett än mer centraliserat och övergripande intranät för sjukvården. Den positiva aspekten av detta är att det troligen leder till att kropps- och viss psykiatrisk sjukvård kan göras något säkrare.

Det ger vidare landstinget en bättre översikt över det växlande sjukdomspanoramat, och kunskap om hur olika behandlingsformer och andra kliniska åtgärder fördelar sig inom olika regioner samt mellan olika läkare. Politiker och tjänstemän får ett utökat underlag för sin planering av sjukvården på sikt.

Det är också lätt att förstå att Landstinget måste kunna bilda sig en uppfattning om i vilken utsträckning icke vedertagna behandlingsmetoder används, samt i synnerhet, övervaka om oegentligheter förekommer i form av oansvarig sjukvård eller direkt fusk.

Det är givetvis också lätt att inse fördelarna med att så småningom samla alla journaler inom hälso- och sjukvården i ett för Sverige gemensamt datoriserat intranät-system. Ett sådant medför dock betydande risker för den personliga integriteten.

Patienters privatliv riskerar att röjas för obehöriga instanser.

Redan nu kan man via samarbetet mellan företagshälsovård och försäkringskassa få fram olika data om en persons ev. missbruk, psykiska situation och psykiatriska diagnos via dennes journal; en journal som är mer eller mindre väl förd och där noggrannheten i bedömningen kan växla beroende på vilken läkare som skrivit den och hur ingående kunskap han har om patienten. Individen har själv inte författat eller godkänt innehållet i sin journal och vet i allmänhet heller inte om vad som står i denna.

Man har givetvis på olika sätt föranstaltat åtgärder för att detta system inte skall kunna skada den enskildes integritet.

Försäkringsbolagen tillförsäkrar sig oftast rätten att läsa den presumptive försäkringstagarens alla journaler. Om landstinget kräver tillgång till de privatpraktiserande psykiaternas journaler och dessutom tillerkänns den rätten (vilken man hävdar att man redan har) - hur då förhålla sig till dem som redan är skrivna i föreställningen att enbart Socialstyrelsen kan få tillgång till dem? Det finns inga absolut säkra kontrollsystem i form av brandväggar och annat. Människor är nyfikna och i smidighetens namn lämnar ansvariga kanske ut sina inloggningskoder till betrodda. Inget system kan helt freda sig mot slarv med rutiner, oetiskt beteende eller direkt sabotage. Det vet både patienter och personal. Dessutom: om en patient under den närmaste tidsperioden ber landstinget att spärra uppgifter i sin journal, vilket han enligt lag har rätt till, är det inte säkert att det går att genomföra². Likväl fortsätter landstingen datoriseringsprojektet!

En verklig risk och inte bara rädslan för att Storebror kan se dig

Människor som är kända via media eller som innehar makt i olika former är speciellt utsatta för offentlighetens destruktivt fungerande nyfikenhet. De söker sig numera till terapeuter som arbetar helt privat och utanför landstingets eller statens kontroll.

¹ Frågeställningen berördes nyligen kortfattat i Läkartidningen (n:o 44, 2008) av med. dr. Anders Lundin (sid. 3123-3227) och prof. Karin Johannisson (sid. 3129-3131)

² Patient som vill spärra journal kan bli kostsam för landsting i Dagens Medicin 45/08

För vanliga människor kan bara tanken på risken att arbetsgivaren skall få kännedom om diagnoser eller privata problem leda till att de inte vågar uppsöka en psykiater eller psykoterapeut som arbetar inom sjukvården. Bara ett fåtal har råd att gå till en terapeut utanför den landstingsstyrda sjukvården. Socialstyrelsen kan givetvis kräva journal också av de psykiatrer som arbetar på den nationella taxan liksom av landstinget fristående legitimerade psykoterapeuter³. Terapeuter kan då, med patienternas fulla stöd, börja kalla behandlingen för annat än just psykoterapi, såsom konsultation, 'coaching', utbildning etc. så att de på det sättet slipper föra journal med åtföljande risk för spridning av uppgifter. Risken att åstadkomma iatrogen – av läkarvård orsakad – skada uppstår då, eftersom patienten får svårt att klaga på sin behandling hos Socialstyrelsen.

Det uppstår vidare en subtil, men för terapin absolut korrumpierande process. Bara att denna osäkerhet finns inom patienten (och terapeuten) gör att han mer eller mindre medvetet, och helt omedvetet, filtrerar de upplevelser och tankar han får under psykoterapin. *En djupgående psykoterapi har som en absolut förutsättning att patienten kan vara helt uppriktig. Det handlar inte om att skapa en atmosfär av förtrolighet(sic). Patienten skall veta att han under alla omständigheter (frånsett vissa allvarliga brott, för vilka det råder meddelandeplikt) kan vara säker på att det råder ett fullständigt sekretesskydd.*

Tillägg: Inte bara terapeuter under utbildning har handledning. Varenda ansvarskännande terapeut använder sig av regelbunden handledning. Det är en integrerad del av yrkesutövningen. Här finns sedan länge klara traditioner och en tydlig etik vad gäller tystnadsplikten. Patienten blir givetvis informerad om detta och en diskussion kan föra fram till att terapeuten vidtar ytterliga försiktighetsåtgärder. Skrivna patientjournaler, i synnerhet på dator, är dock något helt annat. Muntligt överförd information försvinner. Eventuellt skrivet material för handledningsdiskussion hanteras konfidentiellt och makuleras efter användning.

Man ser inte den framtid man inte kan föreställa sig

Vi har säkerligen många för oss ännu helt okända publicerings- och sensationsskapande metoder på internet att vänta oss i framtiden.

Ingen förutsåg för tio år sedan den enorma explosion av nya interaktiva metoder som idag lätt gör en mängd former av data tillgängliga för den enskilde. Hemsidor, bloggar, Youtube; allt bidrar till att det knappt längre går att skydda sitt privatliv för en sensationslysten allmänhet.

En amatörhacker kan säkert visa sig på styva linan genom att ta sig in på sjukvårdens intranät bara för att visa för omvärlden att det inte är säkert. En illasinnad hacker kan vilja skandalisera sin granne och *ta fram hans journal och föra över den på internet* med tillhörande mobiltelefon-inspelad videosekvens som visar grannen i en löjeväckande situation. Han kan därpå finna ett lämpligt sökord som lämpar sig för Google, Youtube, eller föra över informationen till någon annans blogg eller hemsida. *En sådan katastrof är irreparabel!*

3 'Regeringens förslag om överlåtelse hotar tystnadsplikten' i Dagens Medicin 44/08 och 'Kunglig journal symbolfråga...' 46/08

När väl en psykiatrisk journal finns på sjukvårdens intranät kan den potentiellt publiceras på internet, och då för all framtid riskera att göra all information ur journalen tillgänglig för envar.

Vid politisk kris: Underrättelsetjänster kräver insyn.

Andra intressen tilltvingar sig den.

Vi vet hur väl genomförd öststaternas insyn och kontroll var över alla sina invånare. Psykiatrin tvingades av statsmakten till etisk korruption (tänk på dokumentärer om f.d. Sovjetunionen och östtyska Stasi). Men också i demokratiska stater med integritetsskydd har det historiskt varit relativt lätt för olika särintressen att kränka detta skydd.

I vårt land har vi ju IBs verksamhet på sjukhuset i Göteborg i minne (nyligen aktualiserat genom Birros TV film om 60-talet i Göteborg). Den gången gällde det att ta reda på personalens politiska hemvist och söka få bort dem som var alltför radikala. Nästa gång kan det gälla att kolla journaler på nätet på politiskt misstänkta men även personer som man på andra sätt undrar över.

Vad vet vi om vad som kommer att hända om 25 år i Sverige i ett förändringens Europa med olika immigrationsströmmar och därmed åtföljande konflikter; ett Europa där vi kanske utgör en del i ett mer eller mindre federalt EU?

Se t.ex. till vår tids demokratiska Italien, där man identifierar, registrerar, övervakar och till och med tvingar in romer i speciella läger, såsom förr judar, romer och politiskt misshagliga personer. Ett land där dessutom maffian faktiskt fungerar som en stat i staten.

Förslag till åtgärder

En patient har en självklar och rimligen grundlagsskyddad rätt till sin personliga integritet. Det gäller inom all vård. Speciellt utsatta är de som anlitar psykiatrer, psykologer och legitimerade psykoterapeuter.

Låt Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet utöva kontrollen över hur psykiatrer och legitimerade psykoterapeuter arbetar, så att den kvalitativa bedömningen av deras arbete helt åtskiljs från landstinget. Låt Socialstyrelsen på basis av avpersonifierade data arbeta fram en övergripande bild av tillståndet och utvecklingen, så att landstinget, med sina berättigade ekonomiska intressen, i dialog med riksdag och regering, kan planera och prioritera sin sjukvård därefter.

Kräv vidare att Socialstyrelsen även i fortsättningen har ett helt fristående datorsystem, som inte kan kopplas till andra nätverk, samt inför krav på kryptering och undersök om ytterligare säkerhetsåtgärder kan vidtas för att säkert värna patientens integritet.

Lennart Ramberg

Leg. läk. specialist i barn och ungdomspsykiatri, leg. psykoterapeut.

Psykoanalytiker och familjeterapeut

Diagnostiska dilemman inom psykiatrin

(samt några tips om hur man hanterar dessa)

Att sätta diagnoser känns närmast självklart för oss läkare, också inom psykiatrin. Inom den somatiska vården betraktas det som en "rättighet" att få en diagnos vid ex vis ett besök på en vårdcentral eftersom diagnosen också är en förutsättning för att rätt behandling ska kunna sättas in.

Inom den psykiatriska vården är det inte lika enkelt. Många barn och vuxna skäms över de diagnoser de har fått och många vill inget hellre än att bli av med sina diagnoser. Jag tror att sådana känslor bottnar i psykiatrins mörka förflutna och man behöver inte gå ända till Sovjetstaten för att komma i kontakt med detta fenomen. Även i Sverige har psykiatriska diagnoser använts för att exkludera människor och det är inte mer än 50-60 år sedan en viss diagnos stundtals ledde till oåterkallelig lobotomi.

Nu på 2000-talet har diagnostisering inom psykiatrin långsamt uppnått ett bättre rykte. Diagnoser, framför allt inom det neuropsykiatriska fältet, ger idag vederbörande patient en mängd rättigheter och utökat stöd. Lagstiftningen följer diagnoserna och många möjligheter till hjälp öppnar sig idag för det barn eller den vuxne som får en diagnos inom exempelvis autismspektrumområdet.

Trots detta finns det fortfarande ett visst motstånd mot att sätta diagnoser inom psykiatrin, främst från paramedicinskt håll men även från läkarhåll. Dessa kritiker brukar hävda att kriteriediagnoser är oexakta och "stämplar" människor. Man brukar få höra uttryck såsom att "Vem som helst kan ju få en ADHD-diagnos idag" och "Hur kan du veta så säkert att han/hon bör få en diagnos när jag själv tycker att han/hon är som vem som helst" osv.....och till en del kan en viss kritik mot diagnossystemen mm vara befogad. DSM-IV kriterierna för ex vis ADHD är inte optimala och vem kan korrekt bedöma graden av funktionshinder hos ex vis en pojke med autistiska drag efter några timmars besök, inklusive testning och insamlande av bakgrundsinformation?

Kriterie-diagnoser medför som sagt ett problem med exakthet och interbedömar-reliabilitet, det måste vi erkänna... men liknande problem finns också inom överviktsdiagnostiken, diagnostik av reumatiska sjukdomar...och vem kan bedöma om ett förhöjt blodtryck föreligger eller inte om ex vis höjningen av undertrycket är lite diskret fluktuerande kring 90?!

Här får vi lämna den stora debatten kring temat "diagnos eller ej" och istället gå vidare med att titta på tre olika exempel på diagnostiska dilemman som vi som regelbundet arbetar med utredningar och bedömningar ställs inför inom psykiatrin. Dessa dilemman kräver en hel del kunskap och ett bra omdöme om de ska kunna hanteras på ett tillfredsställande sätt.

- Först ut är ADHD-diagnostiken. ADHD-kriterierna är inte heltäckande, det tycker nog de flesta av oss, men hur hanterar vi dessa kriterier i vardagen på bästa sätt? Vad innebär det "att vara glömsk i det dagliga livet" eller "att inte lyssna på direkt tilltal" och vem bedömer

om och när någon "pratar överdrivet mycket"?

-och sedan autismspektrumdiagnostiken. Vem kan med säkerhet säga att en "kvalitativt nedsatt förmåga att interagera socialt" föreligger hos någon? Finns det något kvalitetsmått som går att använda i vardagen på en psykiatrisk öppenvårds-mottagning?
-och hur ställer man diagnosen bipolär sjukdom hos en tioåring när DSM-IV-kriterierna inte är anpassade till barns svängningar i stämningsläge? Kan det handla om en "normal utvecklingsfas" hos barnet eller är beteendet något som bör diagnostiseras....och därmed kanske också behandlas,... med allt vad det innebär?

Om vi nu först koncentrerar oss på dilemmat med ADHD-diagnostiken så får man helt enkelt anstränga sig att noggrant sätta sig in i vilka funktionshinder som ligger bakom de lite allmänt hållna kriterierna. Det är ju inte demens eller hörselnedsättning som ska fångas upp utan andra funktionshinder såsom problem med exekutiva funktioner (arbetsminne, planering mm) – lättavledbarhet – uppmärksamhet – vakenhet - impulskontroll mm. Om man, gärna tillsammans med andra kunniga kollegor, går igenom kriterium för kriterium vad gäller ADHD och därefter kopplar funktionshinder till varje kriterium så får man en *helt annan* lista som är betydligt mer användbar än DSM-IV-kriterielistan. Då inser man också att ADHD inte är något som vem som helst har, utan ADHD innebär funktionshinder som endast ett fåtal individer har, särskilt om vi begränsar diagnosen till svår ADHD.

På samma sätt kan vi titta på dilemmat med autismspektrum-kriterierna. Här gäller det primärt också att förstå sig på samt sätta sig in i bakgrunden till formuleringarna i DSM-IV. Eftersom många barn med autism också har en begåvning som bedöms som "mental retardation" måste detta beaktas när man ska bedöma om "kvalitativa sociala svårigheter" föreligger. Även barn med mental retardation *utan* autism ska ha brister i social-interpersonell förmåga samt nedsättning av funktionsförmågan när det gäller studier-skola-fritid. Hur bedömer man då om nedsättningen är *kvalitativt nedsatt* som den ska vara vid en autismsdiagnos?

Ja, här gäller det, först och främst i början av karriären, att ta hjälp av kollegor. Dessutom gäller i än högre grad att ha träffat många barn (eller vuxna) och också deltagit i många utredningar samt suttit med när mer erfarna kollegor gjort bedömningar.

Utöver detta är det viktigt att ha träffat många barn och vuxna med endast "mental retardation" för att förstå och känna in skillnaden mot autismspektrumproblematiken (jmf Down-barn som ter sig helt annorlunda än barn med autism trots att de flesta av

autismbarnen också ofta har en begåvning på ex vis 50-69 IQ.)Handledning och konsultationshjälp är som sagt att rekommendera. Annars är rådet att "börja med din 51a utredning så att du har en viss referensram när du börjar".

Avslutningsvis, vad gör man med dilemmat när forskning och erfarenhet springer före diagnosböckerna? Idag vet vi mycket mer om barn med bipolär sjukdom än man visste när DSM-IV kom till. Hur förhåller man sig då till detta dilemma, eftersom det vore oetiskt att undanhålla en del av dessa barn stämningsstabiliserande behandling i någon form? Ja, en lösning på problemet, tills DSM-V kommer, är att använda diagnosen Bipolärt syndrom UNS eller någon annan UNS-kategori. Det är förstås inte helt tillfredsställande men kan vara ett sätt att hantera detta problem. Ett annat sätt kan vara att fokusera på någon del av symtombilden som ex vis "utagerande stört beteende" och därefter följa samma behandlingsregim som vid en huvuddiagnos

inom förstämningssyndromen, trots att den exakta diagnosen ej ännu finns beskriven i DSM-IV.

Tillsist vill jag bara nämna att jag själv tycker att det är en spännande tid vi arbetar i just nu, när det gäller forskning och utveckling avseende diagnostik och behandling inom psykiatri. Forskningen rusar framåt så vi vanliga "på golvet" knappt hinner med. Modern hjärn-avbildning av bansystem och nervcentra, detaljerad och mer specifik genetikkunskap och på behandlingssidan många olika och kompletterande manualbaserade behandlingsmetoder förenar tidigare oförenliga tankeparadigm och diagnosgrupper. Funktionshinderbeskrivningar inom ex vis det bipolära området liknar nu i mångt och mycket de som tidigare var reserverade för den så kallade neuropsykiatri. De barn och de vuxna som vi alltid har känt till och känner till... och som alltid har tagit mest tid och energi av oss... tillhör nu nästan flera olika diagnosgrupper på något större eller mindre sätt. Detta fenomen, upplever

jag, förenar och bygger bryggor mellan tidigare oförenliga synsätt.

Förhoppningsvis är framtiden för samsyn och konstruktiva diskussioner redan här....och de aggressiva årsmötenas talarstolsstrider till viss del redan lagda på hyllan !!!

Niklas Borell
Överläkare, BUP
Stockholm
niklas.borell@sll.se



Foto: Shutterstock.com



Voxra® nu med
i förmånssystemet*
andrahandsval med begränsning.*

Antidepressiv behandling utan serotonerg biverkningsprofil.

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

Voxra har antidepressiv effekt jämförbar med SSRI (paroxetin, sertralin).¹⁻⁵

Voxra har inga serotonerga biverkningar som sexuell dysfunktion, viktuppgång och somnolens.⁶

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



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


Voxra®
bupropionhydroklorid

Den enda selektiva noradrenalin- och
dopaminåterupptagshämmaren.

Voxra® (bupropionhydroklorid) Rx, F. **Indikation:** Behandling av egentlig depression hos vuxna. **Styrkor och förpackningar:** Tablett med modifierad frisättning 150 och 300 mg, förpackning om 30 respektive 90 st av båda styrkor. **Dosering:** 1 gång dagligen. Rekommenderad startdos 150 mg, kan ökas till max 300 mg. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot bupropion. Samtidig användning av annat läkemedel innehållande bupropion (Zyban®). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2007-03-02.

Referenser: 1. Public assessment report of the Medicines Evaluation Board in the Netherlands <http://db.cbg-meb.nl/mri/par/nlh-0785-001-002.pdf>. 2. Weihs KL, Settle EC, Jr., Batey SR, Houser TL, Donahue RM, Ascher JA. Bupropion sustained release versus paroxetine for the treatment of depression in the elderly. J Clin Psychiatry 2000; 61: 196-202. 3. Thase ME, Haight BR, Richard N, Rockett CB, Mitton M, Modell JG, et al. Remission rates following antidepressant therapy with bupropion or selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of original data from 7 randomized controlled trials. J Clin Psychiatry 2005; 66: 974-81. 4. Kavoussi RJ, Segraves RT, Hughes AR, Ascher JA, Johnston JA. Double-blind comparison of bupropion sustained release and sertraline in depressed outpatients. J Clin Psychiatry 1997; 58: 532-7. 5. Kennedy SH, Fulton KA, Bagby RM, Greene AL, Cohen NL, Rafi-Tari S. Sexual function during bupropion or paroxetine treatment of major depressive disorder. Can J Psychiatry 2006; 51: 234-42. 6. www.fass.se

Riksstämman 2008 – Vi var där!

Under dagarna tre deltog SPF på Riksstämman. Tillsammans med Svenska Rättspsykiatriska Föreningen och Metisprojektet hade vi en gemensam stor monter.

Sköna fätöljer gav möjlighet till goda samtal och möten i montern. Trots trevligt sällskap och mycket besökare var vi besvikna över den placering som området Psykiatri fått på Stämman. Det var svårt för besökare att hitta både vår monter och föreläsningssalen.

SPF hade förutom symposier inte mindre än sex olika CME-kurser, som var förlagda till Ullevi konferens.



Kost, tobak och motion

Ett tema för vårt program var kost, tobak och motion. *Göran Boëthius* från Läkare mot Tobak och *Barbro Holm Ivarsson* från Psykologer mot Tobak lyfte fram frågor kring rökning och patienter med psykisk sjukdom och drogberoende. Man visade på goda exempel när det gäller tobakspolicy för psykiatrin och beroendevården. Tyvärr bagatelliseras våra patienters tobaksbruk, man tycker att "det finns större problem". En attityd som kan tjäna som en uppmuntran till fortsatt rökning. Båda slog fast att det är en grundläggande rättvisefråga att psykiskt sjuka och patienter inom beroendevården får tillgång till tobaksavvänjning anpassad till sina speciella behov.

Jill Taube hade en välbesökt föreläsning kring "Fysisk aktivitet som behandling vid depression". Även om många studier har metodologiska brister och att det fortfarande finns få uppföljningsstudier, har fysisk aktivitet vid lätt och måttlig depression visat vetenskapligt stöd när det gäller akut behandling och som ett medel för att förhindra återfall. Övriga hälsoeffekter av fysisk aktivitet är också viktiga, då depression ofta samvarierar med kroppsliga sjukdomar. Fysisk aktivitet är en stor vinst, både för den enskilde och för samhället.

Fleromättade fettsyror, speciellt av typen omega-3, har under

det senaste decenniet alltmer uppmärksammats som en möjlig faktor av betydelse vid affektiva sjukdomar. Vid bipolär sjukdom var två av fyra studier signifikant positiva. *Bo Jonsson* slog fast att tillgängliga resultat talar för att fleromättade omega-3 fettsyror kan vara av intresse för såväl behandling som prevention av affektiva sjukdomar.

Svårt att sova

Svårigheter att sova ökar sårbarheten vid såväl psykisk som somatisk sjukdom. Under symposiet berättade professor *Jerker Hetta* om biologiska mekanismer bakom sömnstörningar. Särskilt belystes melatonins roll och effekten av nya läkemedel. Docent *Marianne Ors* beskrev hur enkla sömnutredningar bör gå till och vilken hjälp man kan få av mer avancerade sömnutredningar. Överläkare *Lena Leissner* gav en översikt över behandlingar av sömnstörningar vid somatiska sjukdomstillstånd. Överläkare *Lena Mallon* gav de senaste rönen om behandling av sömnstörning vid psykiska sjukdomar.

Nationella riktlinjer för ångest och depression

Under temat Ångest, depression och Nationella riktlinjer – blir det bättre för patienter och för vården? talade *Mårten Gerle*, *Åsa Lundberg*, *Anna Wistedt* och *Lise-Lotte Risö Bergerlind*.

Depression och ångestsjukdom tillhör folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. De svarar också för en hög andel av sjukfrånvaron. För de flesta tillstånd finns effektiv behandling. Tillämpning av kunskapsbaserade metoder har en stor betydelse för att behandlingen av psykiska sjukdomar ska lyckas.

De rekommendationer som gruppen arbetat fram kommer att innehålla rekommendationer om psykologiska behandlingar, läkemedelsbehandling, andra medicinska behandlingar och omvårdnad. Riktlinjerna innehåller dessutom rekommendationer om metoder som inte bör utföras alls eller rutinmässigt samt rekommendationer om metoder där det fortfarande saknas tillräcklig evidens för att kunna motivera ett införande i rutinsjukvården. Under arbetets gång har experter och kliniker lagt grunden för kommande rekommendationer. Några av dessa kan uppfattas som kontroversiella med tanke på dagens praxis. Hur ska t ex en läkare hantera rekommendationer om kognitiv beteendeterapi när dessa resurser är så begränsade och receptblocket ligger så nära?

Psykiatrifonden delade ut en miljon kronor

Psykiatrifonden är en insamlingsfond där insamlade medel skall stödja svensk psykiatrisk forskning och motarbeta fördomar mot psykiska sjukdomar. I år har fonden haft möjlighet att dela ut ca en miljon kronor. Under sitt seminarium redovisade stipendiaterna sina projekt.



Fokus fanns på schizofreni, ADHD, kvalitetsutvärdering och familjestöd. I år delades även pris ut för insatser som minskar fördomar.

Finns det evidens för effekt av antidepressiva?

Svenska Psykiatriska Föreningens ordförande *Christina Spjut* gav en föreläsning kring temat Antidepressiva eller inte vid bipolär sjukdom.

Den viktigaste hörnstenen för en lyckad behandling av bipolär sjukdom är stämningsstabiliserande läkemedel framför allt litiumsalter. Eftersom depression är den vanligaste och mest svårbehandlade typen av episod vid bipolär sjukdom har antidepressiva kommit att användas i mycket hög grad. Finns det evidens för effekt av antidepressiva? När och hur kan antidepressiva användas? Vilka studier finns som stödjer eller förkastar användningen av antidepressiva?

Under lunchen dag 2 presenterades erfarenheterna av Psykiatrins Ansiktens turné.



Personlighetsstörningar och behandlingsmetoder

Vårt sista block under dag 2 handlade om Personlighetsstörningar och olika behandlingsmetoder. *Lisa Ekselius* inledde med att berätta om kunskapsläget idag. Personlighetsstörningar utgör en viktig och angelägen del inom psykiatin. Historiskt sett har patienter med personlighetsstörning ofta betraktats som en svårbehandlad grupp med små eller inga förutsättningar att förbättras. Senaste decenniernas forskning har visat att detta är fel. Trots att det fortfarande råder brist på empirisk forskning finns tydliga belägg för att personlighetsstörningar går att behandla framgångsrikt. DSM-systemet, med en separat diagnostisk axel för personlighetsstörningar, har otvetydigt bidragit till ökad forskning men fortfarande kvarstår många frågor om störningarnas konceptualisering och validitet.

Göran Rydén från MBT-teamet vid Huddinge berättade om ett behandlingsprogram som utvecklats för behandling av patienter med borderlinepersonlighetsstörning, Mentaliseringsbaserad terapi (MBT). Behandlingen varar i 18 månader och innefattar psykopedagogiska moment, gruppterapi och individuell terapi. Syftet är att ge patienter en bättre förmåga att återfå sin mentaliserande förmåga när de hamnar i framför allt känslomässigt stressade situationer.

MBT har utvärderats i en randomiserad kontrollerad studie där man sett signifikanta förbättringar med avseende på en rad psykiska symptom, självskadande och slutenvårdskonsumtion jämfört med kontrollgruppen. Man har i en 8-årsuppföljning också visat att dessa skillnader kvarstår. Sedan 2005 har MBT bedrivits på MBT-teamet, Psykiatri Sydvest, Huddinge och en del preliminära uppföljningsdata presenterades.

Bodil Persson, överläkare vid Vuxenpsykiatri på SÄS i Borås talade om en annan behandlingsmetod; DBT, Dialektisk beteendeterapi – praktiken.

DBT är den hittills mest evidensbaserade behandlingsmetoden för emotionellt instabil personlighetsstörning, IPS eller borderline personlighetsstörning. Bodil Persson presenterade erfarenheter från implementering av DBT i en psykiatrisk organisation. Hon berättade om DBT som behandlingsform. DBT-teamet på öppenvårdsmottagning Solhem i Borås startade 2002. 2007 startade DBT-team på flera allmänpsykiatriska mottagningar i kranskommunerna runt om Borås. Ett samarbete med BUP inleddes. Ett särskilt utvärderingsprogram redovisades som innefattar alla behandlingsåtgärder på öppenvårdsmottagningen Solhem.

Stina Djurberg
SP Redaktion



Svenska Psykiatrikongressen

11-13 mars 2009 - Preliminärt program

Onsdagen den 11 mars 2009

10.00-10.45 Depression vid stroke Thomas Lindén	10.00-10.45 Evidens - innebörd och begränsning Lisa Ekselius	10.00-10.45 Kognitiva störningar vid allvarlig psykisk sjukdom. Lennart Lundin	10.00-10.45 Bipolär sjukdom, borderline och ADHD - balans mellan kognition och emotion Lars Häggström
11.00-11.45 Den suicidala processen och riskfaktorer Anna Ehnvall Suicidalt beteende hos äldre Stefan Wiktorsson	11.00-11.45 Vårdprocesser inom psykiatri - hinder eller möjlighet Mats Löf, Lise-Lotte Risö Bergerlind	11.00-11.45 Antidepressiva läkemedel minskar suicid - ny evidens Göran Isacson	11.00-11.45 Finns det en särskild LRV-farmakologi? Lars Eriksson
12.00 - 13.00 Lunch			
13.00-13.45 Uppföljning av somatiska markörer vid bipolär sjukdom Lars Johnson	13.00-14.30 Nationella Riktlinjer för depression och ångestsyndrom Mårten Gerle, Åsa Lundberg, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Lars von Knorring, Anna Åberg-Wistedt	13.00-13.45 Dödlighet efter tidigare suicidförsök är relaterat till psykisk sjukdom Bo Runesson	13.00-13.45 Antidepressivas roll vid bipolär sjukdom Christina Spjut
14.00-15.15 Gränslandet mellan neurologi och psykiatri Kristina Malmgren, Björn Holmberg, Martin Rödholt	14.30-15.00 Strukturerad information i journal och PAS-system - Smart användning av IT-stöd? Historik-"i psykiatriens ryggsäck" Gunilla Roman, Karl-Otto Svärd, Ing-Marie Wieselgren	14.00-15.15 ST-handledning i den nya ST Raffaella Björck	14.00-16.30 Industrisymposium/Janssen Cilag AB Schizofreni och Neurobiologi : Just the fact 2008 Leif Lindström Adherence vid Schizofreni påverkan av kognition och stigma Cecilia Brain Schizoaffektiv sjukdom finns det? Lars Häggström Paneldebatt under ledning av Hans-Peter Mofors
15.30-16.15 Samhällsbaserad psykiatri i England 2008 och en ny svensk 5-årig studie. Hur tillämpa spetskunskaper i Sverige? Ulf Malm	15.15-16.00 Översikt - vilka projekt finns på kartan? Gunilla Roman, Karl-Otto Svärd, Ing-Marie Wieselgren	15.30-16.30 Att förebygga självmord ur ett folkhälsoperspektiv Ingvor Blom Else-Marie Törnberg	
	16.00-16.30 Nationell informationsstruktur. Lägesrapport på begripligt språk Företrädare från Socialstyrelsen		
16.30 Inledningsanförande, Christina Spjut Högtidssymposium med Arvid Carlsson			
17.00 - 19.00 Mingel på Bergakungen			

Svenska Psykiatrikongressen

11-13 mars 2009 - Preliminärt program

Torsdagen den 12 mars 2009

08.30-10.15 Psykosomatisk behandling i klinisk praxis - hypnos vid funktionell tarmsjukdom och gruppterapi vid psykosjukdom. Pia Agerforz Gittan Sameby Jan Svedlund	08.30-09.15 Gener och individuella skillnader i beteende Rickard Sjöberg	08.30-09.15 Brukarorganisationernas förväntningar och krav på användningen av strukturerad information. NSPH	08.30 - 09.15 SPUR och den nya specialistutbildningen Per Nilsson
			09.30-10.15 Verkningsmekanismer för gamla och nya generationens antipsykotika Torgny Svensson
10.30-11.15 Öppna samtal mellan skilda kulturer Suzanne Guregård	10.30.12.00 Remission vid schizofreni Lars Helldin	10.30-11.00 Kliniskt beslutsstöd eller missriktad styrning? Mattias Agestam	10.30-11.15 En seriös diskussion eller återgång till 50-talspsykiatri? Om gamla och nya antipsykosmedel. Leif Lindström
11.15-12.00 AUDIT som rutin vid nybesök i barn- och vuxenpsykiatri Karin Martinsson Morgan Nilsson		11.15-12.00 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) - ett redskap i rehabiliterings och sjukskrivningsprocessen Curt Nyström	11.15-12.00 Elektrodermal hyporeaktivitet en lämplig metod för suicidprevention? Lars-Håkan Torell
12.00 - 13.00 Lunch			
13.00-13.45 Rättpsykiatrins fundament: sambandet mellan psykiatriska problembilder och brott. Henrik Anckarsäter	13.00-13.45 DESNOS - En ny traumadiagnos, uppväxttrauma Svante Bäck	13.00-13.45 Klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ) - implementering och harmonisering Mattias Agestam, Sonja Klingén	13.00-15.00 Industrisymposium/Servier. Moderator: Hans-Peter Mofors Biologiska klockan och depression Jerker Hetta Nya farmakologiska principer vid depression. Mikael Landén Sömn och vakenhet vid depression. Lena Mallon
14.00-15.45 Workshop Utredning av ADHD hos vuxna Olle Hollertz	14.00-14.45 Farmakologisk behandling av alkoholism Jörgen Engel	14.00-14.30 Diagnostiskt arbete inom WHO och WPA Hans Ågren	
	15.00-15.45 Omsorgspsykiatri - vardagsproblem vid utvecklingsstörning, Kent Thuresson	15.00-15.30 Socialstyrelsens projekt för harmonisering av ICD och DSM Lars Berg, Stephan Ehlers 15.30-16.00 Informationshantering inom kommunal sektor - vad är att vänta? Bengt André, Claes-Göran Stefansson	15.00-15.45 Kan terapeutiska interventioner förändra hjärnans biokemi? Lars Farde
16.00 SPF Årsmöte			
19.00 Middag på Sjömagasinet Transport kommer att ordnas från centrum till Sjömagasinet, tur och retur.			

Fredagen den 13 mars 2009

08.30-09.15 Beardslees familjeintervention för barn till psykiskt sjuka Heljä Pihkala	8.30-09.45 Riskbedömning inom allmänpsykiatri Marianne Kristiansson	09.00-09.45 Nationella kvalitetsregister och utveckling av strukturerad information Företrädare från projektet "Nationellt kvalitetsregister för psykiatri"	
09.15-10.00 Värdet av psykoedukation för patienter och anhöriga Deanne Mannelid			
10.00-10.45 Endokrina tips till mina psykiatriska kollegor Sigbritt Werner	10.00-10.45 Ett nationellt perspektiv på psykiatri. Anders Printz, Mårten Gerle Mikael Sandlund, NU-projektet, Socialstyrelsen	10.00-10.45 Utvecklande revision ett sätt att arbeta med verksamhetsutveckling Eva Hellquist, Pia Svanqvist Sonny Wåhlstedt Lasse Ulverås	10.00-10.45 Vårdgarantiuppföljning och flödesmodell i praktiken Annika Stenman
11.00-11.45 Y-kromosomens reduktionistiska resa de senaste 300 miljoner åren Sigbritt Werner	11.00-11.45 Mentaliseringsbaserad terapi Göran Rydén	11.00-11.45 Psykiatrikerns roll i bröstcancerteamet Ullakarin Nyberg	11.00-11.45 Paneldiskussion: Från vision till verklighet - eller kejsarens nya kläder än en gång? Föreläsare från programmet
Svenska Psykiatrikongressen - 2009 avslutas 12.00			

CME-kurser

SPF tillhandahåller och vidareutvecklar system för fortbildning för svenska specialistläkare inom de psykiatriska specialiteterna. Som ett led i detta arrangeras sedan ett par år CME-kurser (Continuing Medical Education). Dessa kurser är i allmänhet 3 timmar långa (2x3 timmar kan förekomma) och skall ha tydligt tema och utbildningsmål. Med en SPF-CME-kurs förväntas deltagaren ha erbjudits en möjlighet att förvärva avgränsad kunskap inkluderande bakgrund och någon färdighet att tillämpa i klinisk praxis.

CME-kurserna kostar 1500:- kronor styck och är kvalitetsgranskade av IPULS.

Det går bra att enbart amäla sig till CME-kurser utan att delta i kongressen för övrigt.

I samband med Svenska Psykiatrikongressen 2009 arrangeras följande CME-kurser:

Onsdagen den 11 mars

09.00- 12.00

1. Läkemedelsbehandling vid schizofreni. **Mussie Msghina**
2. Att skriva § 7 - intyg. **Peter Andiné, Marianne Kristiansson, Christian Möller**
3. Bipolär sjukdom hos barn och ungdomar - diagnostik och behandling. **Gunilla Olsson**
4. Psykiatrisk neurovetenskap. **Nils Lindefors**

13.00 - 16.00

5. Neurokemisk bakgrund till beroende, behandling av alkoholism enligt nationella riktlinjer samt ADHD med beroende. **Jörgen Engel, Bo Söderpalm**
6. ADHD och autismspektrumtillstånd hos vuxna. **Susanne Bejerot**
7. ECT. En säker och effektiv hjärnstimuleringsteknik sedan 70 år. **Martin Hultén**

Torsdagen den 12 mars

13.00- 16.00

8. Läkemedelsbehandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom - BPSD. **Ingvar Karlsson, Anders Wallin**

Från Bergman till Hollywood - Psykiatri på film

Onsdag

13.00-15.00

"Margot at the Wedding"

Axel Haglund visar film och håller i diskussion kring personlighetsstörningar och dysfunktionella familjer, vad är egentligen psykiatri?

15.00-16.00

"Gökboet - en sann bild av psykiatri 2009?"

Maria Larsson visar filmklipp och håller i diskussion om psykiatri och stigma samt möjligheterna till förändring. Bakgrund SPF's arbete med Psykiatriplanen 2014.

Torsdag

08.30-10.00

"Out of the shadow, reality is a state of mind"

Deanne Mannelid visar dokumentär och håller i diskussion om barn till psykiskt sjuka, deras risk för egen psykisk sjukdom och vuxenpsykiatrians ansvar.

10.00-12.00

"Full metal jacket"

Susanne Bejerot visar del av film och håller i diskussion om regissörens skildring av psykiatrisk sjukdom och egen bedömning om förekomst av neuropsykiatrisk diagnos.

13.00-15.00

"Såsom i en spegel"

Björn Wrangsjö visar film och håller i diskussion om Bergman, Gud och Psykosen

15.00-16.00

"In Treatment"

Peder Björling visar del av den prisbelönta TV-serien om en psykoanalytiker och håller i diskussion om psyko-terapirollen som psykiater.

Fredag

09.00-10.00

"Hjärnan och verkligheten"

Predrag Petrovic visar filmklipp och håller i diskussion om verklighetsbegreppet utifrån dessa och aktuell forskning.

10.00-12.00

"Filmtajm"

Svante Bäck visar filmklipp och håller i diskussion om hur psykiaterrollen gestaltas på film, skillnader och likheter med verkligheten.

Foto: Shutterstock.com

Svenska Psykiatrikongressen

11-13 mars 2009



KOSTNAD:

Anmälan före: 20/2 2009

Medlem i Svenska Psykiatriska
Föreningen: 3 500:-

Icke medlem: 4.300:-

Efter den 20/2 2009

Medlem: 4.000:-

Ickemedlem: 4 800:-

CME-kurser: 1500:- per kurs

Kongressmiddag torsdagen den
12/3 på Sjömagasinet: 380:-

MÅLTIDER:

Följande måltider ingår i
kongressavgiften:

För- och eftermiddagskaffe.
Lunch onsdag och torsdag
Välkomstmangel med dryck och
tilltugg onsdagen den 11 mars,
kl. 17.00



INFORMATION:

Tid: 11-13 mars 2009

Plats: Filmstaden Bergakun-
gen i Göteborg

Adress: Skånegatan 16 B
402 22 Göteborg

Anmälan: Anmälan till
Kongressen kan Du göra på
vår hemsida.

www.svenskpsykiatri.se

HOTELL:

Genom att uppge kod "SPK
2009" bokar Du själv hotell
på nedan angivna hotell till
specialpris:

Scandic Crown, E-post:
crown@scandichotels.com
Bokningens telefax: 0 317
515 142

Scandic Opalen, E-post:
opalen@scandichotels.com
Bokningens telefax: 0 317
515 411

Scandic Rubinen, E-post:
rubinen@scandichotels.com
Bokningens telefax: 0 317
515 411



Transkulturell psykiatri - en konferensrapport

Transkulturellt Centrum tillsammans med Spånga-Tensta psykiatriska mottagning anordnade 6-7 november 2008 en konferens i Stockholm på temat "Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik". Konferensen, som hölls på engelska och svenska, samlade 147 deltagare från de nordiska länderna. Under två dagar presenterades ett stort antal föredrag och workshops med kliniska och teoretiska synpunkter. I sitt öppningsanförande framhöll Svenska Psykiatriska Föreningens ordförande Christina Spjut att vi har ett snabbt ökande antal invandrare och asylsökande. Invandrarna behövs, men som behandlare behöver vi ökad medvetenhet om våra patienters kulturella bakgrund och deras psykiatriska och somatiska problem.

Den kulturella formuleringen har relevans

Tidigare ordföranden i WPA, professor Juan Mezzich, Division of Psychiatric Epidemiology, New York University och professor Laurence Kirmayer, Mc Gill University, Montreal, bägge världsledande experter på området, talade under den första förmiddagen om ICD- och DSM-diagnostiken och sitt eget pionjärarbete för att få acceptans för de transkulturella aspekterna vid en allsidig diagnostik av psykiska störningar.

I flera workshops gavs tillfälle att ta upp den kulturella formuleringen i diagnostiken och dess användbarhet i behandling och rehabilitering. Man var överens om att behandlaren aktivt ska försöka förstå vad patienten kommunicerar och vilken mening han/hon ger sina besvär och sin situation. Vanligast är trauma- och familjerelaterade problem, det senare inte minst efter ankomsten ("emigration and post-emigration experiences"). Den kulturella formuleringen verkar vara särskilt värdefull som en del i diagnostiken vid posttraumatiska stressyndrom, anpassningsstörningar, personlighetsstörningar och vid identitetsproblem hos unga. Mer vetenskaplig evidens behövs däremot beträffande den kulturella formuleringen vid affektiva störningar och panikångest.

Kirmayer redovisade sina erfarenheter från konsultationsarbete. Han börjar konsultationen med att direkt fokusera på vad som är problemet, d.v.s. aktuella besvär. Han menade att det är viktigt att ha en pragmatisk approach och ville varna för stereotypa uppfattningar om den andres kulturella bakgrund - begränsad kunskap är ibland sämre än ingen alls! Dessutom kan sociala faktorer som socialklass och ekonomi variera inom den etniska gruppen. Kulturell kompetens ligger kanske mera i sättet att fråga än i svaren? Det handlar om att ta fram (Kirmayer använde själv uttrycket förhandla, "negotiate") en plan tillsammans med patient, anhöriga och behandlingsansvariga kliniker. Omfattande utlåtanden, typ antropologernas "thick descriptions", är knappast nödvändiga för det omedelbara handlandet. ("Identity is the last thing they come to talk about!").



Professor Juan Mezzich, President WPA.:

"Det handlar helt enkelt om att få fram en bättre och mera relevant diagnostik!"

Det finns bedömningsverktyg

Det har varit en brist att bedömningsinstrument och psykologtest inte har varit tillräckligt validerade för etniska minoriteter. Det finns behov av 'ekvivalering' av hälsobegreppen mellan olika språk i de använda formuläerna. Vid Transkulturellt Centrum har tagits fram en manual på svenska för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV. Manualen introducerades på konferensen av överläkare Sofie Bäärnhielm, Transkulturellt Centrum. Preliminära resultat från implementeringsforskning presenterades av överläkare Marco Scarpinati Rosso, Transkulturellt Centrum. Arbete pågår att översätta manualen till övriga nordiska språk, inklusive finska. Docent Solvig Ekblad, Migration och Hälsa, Stressforskningsinstitutet, KI, beskrev på sin workshop ett nytt testinstrument vid bedömningen av psykisk ohälsa bland asylsökande från Mellanöstern. Testet bör bara användas om man kan erbjuda behandlingsresurser (en etisk fråga). Vid nästa nordiska kongress i psykiatri 22-25 september 2009 kommer asylproblemen att tas upp under rubriken "Transcultural psychology and psychiatry in reception of asylum seekers", enligt det preliminära programmet, www.ncp2009.org.

Anhörigperspektivet

Områdeschefen Laszio Pattyi, Spånga-Tensta psykiatriska mottagning, framhöll betydelsen av att tillvarata de anhörigas erfarenheter. Denise, själv turkisk invandrare, numera bosatt i Spånga, vittnade engagerat om svårigheterna, när man är anhörig till någon, som är svårt psykiskt sjuk. Patienter och anhöriga är i underläge gentemot myndigheterna och behöver basal information om rättigheter, om sjukvård och hemtjänst. Många nyanlända blir förvirrade när de kommer i kontakt med den svenska sjukvården. På flera håll i landet pågår nu projekt med internationella hälsokommunikatörer. Idag finns det kommunikatörer med arabiska, kurdiska, somaliska och ett tiotal andra språk som modersmål. Tyvärr var Denise ganska pessimistisk om framtiden pga alla nedskärningar och privatiseringar och de allt tuffare kraven på invandrare. Hennes inlägg blev konferensens mest laddade minuter.

Transkulturellt Centrum

Transkulturellt Centrum, S:t Görans sjukhus, är en enhet inom Stockholms läns landsting för transkulturell psykiatri, asyl- och flyktingsjukvård samt tandvård. Enheten erbjuder kostnadsfri konsultation och handledning. Allt sker under sekretess. Visionen är en hälso- och sjukvård som svarar mot den kulturella mångfalden i befolkningen med respekt för alla patienters integritet. Teamet transkulturell psykiatri består av enhetschefen/ överläkare Sofie Bäärnhielm, läkarna Batja Håkansson och Henrik Wahlberg samt psykologen Victoria Corbo. I teamet asyl- och flyktingsjukvård ingår läkaren Marco Scarpinati Rosso, sjuksköterskorna Anne Johansson Olsson och Inga-Lill Schönning, tandhygienisten Carin Klefbom samt socionomerna Carina Bäckström och Cecilia Gustafsson. På hemsidan www.slso.sll.se/tc kan du läsa om aktuella utbildningar, seminarier och nätverksmöten samt hämta Nyhetsbladet. E-post: tc@sll.se



Vad innebär kulturformuleringen?

Syftet är att stödja kliniker i att på ett systematiskt sätt utforska den enskilda patientens perspektiv på sjukdom och besvär och på sitt sociala och kulturella sammanhang. Kulturformuleringen är en personinriktad (idiografisk) metod avsedd att användas som komplement till DSM-systemets övriga axlar vid diagnostik i mångkulturella vårdmiljöer samt när behandlare och patient har olika sociokulturell bakgrund.

Ur: Manualen "Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik", Transkulturellt Centrum.



Utmaningar för framtiden

Forskning ur ett transkulturellt perspektiv och det praktiska arbetets utmaningar fick gott om utrymme under konferensen. ICD-10 har en version med flera axlar, vilket länge varit okänt utanför ett fåtal forskningscentra. Idag ger DSM-IV möjlighet till en kulturell formulering av diagnosen, men ingen vet vilken plats det kulturella perspektivet kommer att få i DSM-V. Kirmayer, som är redaktör för Transcultural Psychiatry, hade noterat tendenser till olika kulturella formuleringar i diagnostiken för barnpsykiatri och vuxenpsykiatri. Professor Ihsan Salloom, WPA:s arbetsgrupp för diagnostik, ville se fler kvalitativa studier och fallbeskrivningar i framtiden, utifrån ett humanistiskt perspektiv, där personen och livshistorien sätts in i ett kulturellt, socialt och historiskt sammanhang.

Leif Öjesjö,

Docent

Sophiahemmet Rehab Center

Vad är Transkulturell psykiatri?

Transkulturell psykiatri är ett kunskapsområde inom klinisk vård och forskning, som handlar om att förstå och värdera kulturella (etniska) faktorerers betydelse för psykisk sjukdom och behandling, tex för traumatiserade patienter. Svensk Psykiatri hade transkulturell psykiatri som tema i nummer 1, 2007. De som är intresserade av att diskutera och komma med i det nordiska nätverket i transkulturell psykologi och psykiatri rekommenderas ta kontakt med överläkare Henrik Wahlberg, Transkulturellt Centrum. E-mail: henrik.wahlberg@sll.se

Referenser som tillhör denna artikel finns att läsa på www.svenskpsykiatri.se under "Tidskriften"

Diagnostik i barn- och ungdomspsykiatri

I det barn- och ungdomspsykiatriska arbetet har frågan om diagnosens betydelse genom tiderna varit kontroversiell. I dag råder emellertid en betydande konsensus om att en god diagnostik är oundgängligt nödvändig för en professionell verksamhet inom sjukvården. Detta hindrar inte att många barn- och ungdomspsykiatrer uppfattar i dag tillgängliga diagnostiska system som begränsande och otillräckliga. Särskilt brukar bristen på valida familjediagnoser uppfattas som ett problem i en verksamhet som ofta har familjen, och inte bara individen, som fokus i arbetet. Andra brister finns exempelvis inom spädbarnsområdet, där idag tillgängliga alternativ inte motsvarar behoven i praktisk verklighet.

Dessa brister till trots kan en verksamhet som BUP knappast klara sig utan diagnosen som grund för insatsplanering och behandlingsupplägg. Det är dock av yttersta vikt att diagnostik bedrivs med ett betydande mått av ödmjukhet inför vad en diagnos egentligen kan sägas vara och vad den kan användas till och inte.

Jag menar att diagnos bäst kan förstås som en aktuell *kunskapsbild* av patientens problem. Det är då viktigt att minnas att psykiatrisk diagnostik oftast baseras på information som alltid måste värderas. Vi har inom psykiatrin inte särskilt ofta tillgång till utredningsmetoder som genererar diagnoser på ett säkert sätt. Informationen som ligger till grund för en diagnos är istället vanligen baserad på vad vi kan se och iakttä i rummet samt vad vi kan höra patienten/familjen berätta. Diagnostik inom psykiatrin blir därmed en i högsta grad kommunikativ verksamhet, där vår förmåga till dialog med patienten blir helt avgörande för vilken kunskap som kan utvecklas i samspel med denne.

Det betyder också att den information som vi kan få i denna dialog hela tiden också måste värderas av diagnostikern. Vad berättar patienten och på vilket sätt? Är det som framställs att betrakta som "normalt" eller är det i någon mening patologiskt? Detta är frågor som hela tiden måste besvaras i den diagnostiska processen. Diagnostik är därmed tveklöst en kombination av fakta och värden, av dialog och bedömning. Detta medför då givetvis också att det finns en betydande subjektiv komponent i bedömningen som vi aldrig kan komma ifrån.

Vi kan på olika sätt arbeta för en högre grad av samstämmighet i diagnosen genom tydliga diagnoskriterier och med hjälp av skattningsskalor och liknande instrument, men en entydig och odiskutabel diagnos är inte särskilt vanligt förekommande i vår bransch.

I det psykiatriska arbetet har vi att förena ett ideografiskt perspektiv på patienten som en unik människa som har en unik livsberättelse med ett nomotetiskt perspektiv på patienten som bärare av en sjukdom som kan beskrivas som giltig för mer än en person och vars karakteristika ger vägledning när det gäller val av behandling. Utmaningen ligger i att kunna beakta båda dessa perspektiv parallellt eller växelvis i mötet med patienten. Det betyder att aldrig låta patienten definieras enbart utifrån sin diagnos utan varje patient är först och främst en unik människa och måste bli sedd som sådan.

Psykiatriska diagnoser kan sägas ha olika grad av validitet. Jag tänker mig det barn- och ungdomspsykiatriska arbetsområdet som en piltavla. I en inre cirkel kan vi återfinna tillstånd där diagnosen kan sägas vara väl definierad med kriterier som har god konsensus världen över och där interbedömarreliabiliteten är hög. Hit räknar jag tillstånd som autism och bipolär sjukdom. I en mellancirkel kan vi placera tillstånd med hygglig grad av definition, men som vanligen är heterogena och kan innehålla sjukdomar med betydande variation såväl vad gäller symtomatologi som etiologi. Hit räknar jag depression, ångesttillstånd och flertalet psykosor. I en yttre cirkel finner vi sedan tillstånd med vaga gränser, varierande symtomatologi samt oklar eller komplex etiologi. Hit kan exempelvis räknas beteendestörningar och ADHD. Med denna tankemodell följer att diagnoser ofta kan beskrivas som sociala konstruktioner i den meningen att professionen kommit överens om vad en viss symtomatologi ska kallas och vilka diagnosens gränser är. Att diagnostiska kriterier förändras över tid visar att det finns en föränderlighet i hur vi ser på diagnoser och deras innehåll som har att göra med vetenskaplig kunskapsutveckling men också med föränderliga diskurser att göra.

Ett exempel på en sådan förändring är en dagavdelning inom BUP Örebro som fanns under drygt 30 år och där vi i ett forskningsprojekt undersökte hur diagnostiken förändrats över tid. På 1960-talet var det främst psykoanalytiska diagnoser av typen oidipalkonflikt eller oral störning som förekom. På 1970-talet hade flertalet barn mer symtominriktade diagnoser av typen MBD, enures eller liknande. Under 1980-talet hade barnen inga diagnoser alls, eftersom man då övergått till familjebehandling och därför mestadels ställde familjediagnoser av olika slag. På 1990-talet ställdes ånyo barndiagnoser, nu av fenomenologisk DSM-typ. Den fråga som inställer sig är om det är barnen som förändrats så påtagligt över tid eller om det snarare är vi som diagnostiker som förändrats genom förändrad fokusering och förnyat språkbruk. Jag är starkt benägen att tro att det är det senare.

En sådan historisk tillbakablick visar också att det finns skäl att använda dagens diagnostik med viss försiktighet och ödmjukhet. Det finns ingen anledning att tro att vi nu nått till en mer kontextuellt obunden diagnostik utan även idag är vi starkt influerade av aktuella trender och modediagnoser av olika slag. Problemet är att det är nästan omöjligt att se detta i sin egen samtid.

Denna problematisering av den psykiatriska diagnosen ska emellertid inte förstås som ett avvisande av dess plats i arbetet, men som ett momentum rörande dess komplexitet. Jag vill föreslå några generella principer för det diagnostiska arbetet inom psykiatrin.

Öppenhet och transparens

Vi bör som diagnostiker sträva efter att vårt arbete kännetecknas av en öppenhet inför olika perspektiv och synsätt, såväl inom det psykiatriska teamet som i förhållande till patient, familj och anhöriga. En öppenhet i diagnosställandet innefattar också

en beredvillighet att ompröva diagnosen när ny information kommer till. Med transparens avser jag att det ska vara uppenbart för alla inblandade parter på vilken grund en diagnos ställs och vilka alternativ som kan vara aktuella i det enskilda fallet.

Min erfarenhet som föredragande i HSAN har gett mig bilden av att psykiatriska journaler innehåller omfattande anamnestisk information, hyggligt status men alltför ofta tämligen undermåliga resonemang om diagnostiska alternativ. Jag skulle gärna se mer resonerande journalföring där diagnostikern visar på ett transparent sätt hur denne värderat tillgänglig information och på vilket sätt diagnosen ställts.

Den distanserade positionen innebär dock att vi för ett ögonblick lämnar kontakten med patienten/familjen för att betrakta problemet ur ett utifrånperspektiv. I bästa fall ökar därmed möjligheten till förståelse och diagnostikern kan återvända till patienten/familjen bättre rustad att förstå. Så kan förklaring och förståelse samverka i den diagnostiska processen.

Ingemar Engström

Professor i barn- och ungdomspsykiatri

Örebro universitet

Delaktighet

Med delaktighet menar jag i detta sammanhang att patienten/familjen ses som en aktiv part i det diagnostiska arbetet. Vi är helt beroende av den information som patienten/familjen ger oss som underlag för vidare arbete. Det betyder att mötet i psykiatri kan ses som en situation där patientens/familjens unika erfarenhet ställs i relation till vår professionella kunskap. Vi har ett generellt kunskapsmässigt övertag, men patienten/familjen har sin levda erfarenhet som endast till del kan kommuniceras till andra. I det psykiatriska mötet finns möjligheten till en delad erfarenhet som förhoppningsvis kan leda till en gemensam förståelse av det aktuella problemet.

Provisorisk kunskapsbild/arbetshypotes

Detta provisorium har flera aspekter. För det första så bör vi minnas att diagnostiska system och kriterier förändras över tid. Det betyder att psykiatriska diagnoser inte är huggna i sten utan kan förändras i takt med professionella och samhälleliga förändringar. För det andra så bör vi ha en beredvillighet att ompröva diagnosen när ny information förändrat bilden. Detta blir betydligt lättare om vi ser diagnosen som en arbetshypotes som vi använder för att förstå ett problem och överväga möjliga vägar till behandling.

Språk, inte objekt

Den psykiatriska diagnosen är inte ett objekt men kan ibland användas på ett sådant sätt. Det psykiatriska mötet är en ständigt pågående pendling mellan närhet och distans. Diagnostiskt arbete är en distansposition och innefattar inslag av objektivering. Vi behöver diagnosen för att framgångsrikt kunna hjälpa patienter, men denna distansposition måste kompletteras med en närhetsposition då patienten blir sedd och förstådd som en unik människa. Diagnosen blir då ett språk som kan underlätta en gemensam förståelse av situationen.



Foto: Shutterstock.com

Diagnosens makt – om psykiatrisk diagnostik i ett socialt sammanhang

Psykiatriska diagnoser används i många olika sammanhang utanför det direkta kliniska arbetet. Försäkringskassan, socialtjänsten och försäkringsbolag är flitiga användare av ett diagnostiskt system som i första hand är utvecklat för internt bruk inom psykiatri och för forskningsändamål. Diagnosen får många gånger mycket avgörande betydelse för patientens liv och det finns därför anledning att reflektera över hur vi sätter diagnoser och hur de används.

Ett annat skäl är att arbetet med revisionen av de två mest använda klassifikationssystemen inom psykiatri nu är i full gång. WHO:s International Classification of Diseases, ICD-10 kommer inom några år att ersättas av ICD-11. American Psychiatric Associations Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders nuvarande version IV kommer inom några år att ersättas av DSM-V. Arbetet med dessa två system pågår redan i ett antal arbetsgrupper och Svenska Psykiatriska Föreningen skulle kunna ha möjligheter till ett visst inflytande över utformningen om vi var intresserade.

Inom World Psychiatric Association och särskilt inom dess Section on Classification and Diagnostic Assessment pågår en intressant process där man framför allt vill lyfta fram de humanistiska aspekterna på psykiatri. Juan Mezzich, tidigare president för WPA, är kanske den främste förespråkaren för detta och man har lagt fram ett "Institutional Program on Psychiatry for the Person – IPPP". I detta finns en ambition att utveckla en "Person Centered Integrative Diagnosis". I detta system vill man inte bara uppmärksamma identifikation och differentiering av sjukdomar, utan också inkludera andra hälsorelaterade problem och positiva aspekter på hälsan som skyddsfaktorer och livskvalitet. Man talar också om att få med "the totality of the person" som ska inkludera hans/hennes värderingar och förväntningar på livet (1).

Om behovet av diagnostik

Det finns många skäl att utveckla klassifikationssystem och jag ska bara nämna några av de olika behov som ett sådant system ska försöka täcka:

Inom *vård och behandling* finns ett uppenbart behov av diagnostiska system som kan underlätta val av behandling och vård och för kommunikation inom den psykiatriska vården. I *utbildningssammanhang* finns också ett behov av en struktur för kunskapsförmedlingen.

Inom *vetenskapen* finns ett behov att beskriva patienter och utvärdera behandlingsmetoder och vårdssystem. Inom *epidemiologin* är det värdefullt för att t ex kunna göra internationella jämförelser och följa förändringar i diagnostiska panoraman över tid och för planeringsändamål. Slutligen finns det ett stort intresse att använda diagnoser när man vill *kommunicera* med andra professionella inom och utom vårdssystemet, men också när man vill kommunicera med samhället i stort.

Det är uppenbart att ett klassifikationssystem inte rimligtvis kan tillfredsställa alla dessa olika behov. Samtidigt kan man heller inte gärna ha flera olika diagnostiska system parallellt. Slutsatsen är att vi använder något av de etablerade systemen och närmast till hands ligger naturligtvis WHO:s ICD-system, som också är det som vi måste använda när vi rapporterar till Socialstyrelsen, men DSM-klassifikationen har också fått stort genomslag inte bara i forskningssammanhang.

Kritik mot diagnostik

Det är inte förvånande att det under årens lopp har riktats mycket kritik mot användningen av diagnoser och särskilt då inom psykiatri. Kritiken har oftast kommit från social- och samhällsvetare (2), men även internt inom psykiatri. Jag tar upp några av de vanligaste typerna av kritik:

* Diagnosen stör den terapeutiska relationen. Patienten reduceras till ett objekt genom den diagnostiska processen (kan bli ett problem om diagnostiken blir alltför sofistikerad så att den blir ett egenintresse).

* Diagnosen skapar sjukdom. Detta är kanske den vanligaste och allvarligaste kritiken mot användningen av diagnoser. Bakom denna tanke ligger stämplingsteorier. Psykisk sjukdom utvecklas från kanske ganska obetydliga och tillfälliga avvikelser, som en person visar upp. Detta leder till en diagnostisk stämpel, vilket i sin tur följs av någon slags behandling. Detta i sin tur är stigmatiserande och leder till negativa förväntningar och nya avvikelser och slutligen får man då utveckling av en psykisk sjukdom och funktionsnedsättning.

* Diagnoserna kan användas för social kontroll. Personer med en psykiatrisk diagnos eller diagnos av någon form av missbruk kan förlora sitt körkort eller i varje fall att det ifrågasätts, de kan ha svårigheter att teckna försäkringar, svårt att få jobb eller lättare förlora sina jobb osv. Den ständigt aktuella diskussionen om bedömningen av psykiskt sjuka som begår brott är ett intressant exempel på diagnosens betydelse i ett samhälleligt perspektiv.

* Diagnostik är emot naturen. En diagnos av en psykisk störning innebär nästan alltid en betydande förenkling av en komplex livssituation.

* Diagnosen är en del av den västerländska medicinska modellen och inte användbar i andra sociokulturella sammanhang. Typexemplet på denna problematik är den återkommande

diskussionen om kulturellt baserade diagnoser – kulturbundna syndrom (emisk) eller generell/kulturellt obunden diagnostik – västerländskt vetenskaplig (etic).

Kritiken mot DSM-IV har varit ganska omfattande:

Det finns för många kategorier som inte är lätt igenkända i klinisk vardag. Det finns ett komplext comorbiditets-system så att en patient kan lida av flera olika tillstånd när det samtidigt ändå upplevs som att det är ett enda sjukdomstillstånd. Systemet är överinkluderande så att väldigt många skulle kunna lida av någon form av psykisk sjukdom. Personal, kanske framför allt yngre läkare, blir lätt upptagna av att lära sig alla detaljer i systemet och diagnostiken blir ett huvudändamål i stället för patienten som person.

Stämplingsteorin är väl numera inte särskilt gångbar. Psykisk sjukdom beror inte på att man har satt en diagnos någon gång i tiden. Däremot är det uppenbart att psykisk sjukdom och till viss del också psykiatriska diagnoser kan leda till stigmatisering och diskriminering av personen ifråga. Ett delfenomen i detta är att många av oss undviker att sätta allvarliga psykiatriska diagnoser tidigt i en behandlingsprocess. Man drar sig för att t.ex. sätta diagnosen schizofreni på en ungdom eller en ung vuxen, utan använder sig i stället av andra mera ospecifika diagnoser. Ett skäl är att man inte vill utsätta patienten för en diagnos som är så starkt kopplad till negativt präglande föreställningar och ett ofta livslångt handikapp. Så något ligger det nog i stämplingsteorin trots allt!

Några exempel på "diagnosens makt"

Psykiatrin har använts och missbrukats av politiska skäl i flera samhällen. Framför allt är det väl Sovjetunionen som är beryktad för detta, där man tog in dissidenter på mentalsjukhus och också gav dem neuroleptika och ECT och andra behandlingar på en politisk ideologi. I den bästa av världar – Sovjetunionen – måste kritikerna vara paranoidea och galna. Dess värre verkar det som att detta missbruk har dykt upp igen i Ryssland och i Vitryssland och det är uppenbart att det pågår i Kina riktat bl a mot Falun-gong-folket.

Omvänt kan en psykiatrisk diagnos i vissa sammanhang ge speciella fördelar. I Sverige har vi ju en rättighetslagstiftning, som ger människor med betydande funktionsnedsättningar av olika skäl inklusive psykiatriska, rätten till stöd när det gäller bostad, arbete och sysselsättning. Dess värre är det ändå så att det är mycket svårare för psykiskt sjuka att få dessa rättigheter tillgodosedda även om man har en funktionsnedsättning av samma grad som personer med utvecklingsstörning och fysiska handikapp. Så fortfarande pågår en diskriminering när det gäller psykiskt sjuka trots en i grunden positiv lagstiftning.

Något som ibland beskrivs som missbruk av psykiatrin förekommer också i Sverige på så sätt att flyktingar som riskerar att avvisas har fått intyg av psykiater och även andra läkare som beskriver en psykisk insufficiens och kanske framför allt självmordsrisk hos utvisningshotade personer. Det har förekommit att sådana

intyg har skrivits på relativt lösa boliner och detta i sin tur har lett till att myndigheterna är mycket restriktiva i att ta hänsyn till dessa intyg. I det här läget står den enskilde doktorn i ett väldigt svårt dilemma. Ska man intyga en psykisk insufficiens och en betydande självmordsrisk för att hjälpa en enskild patient som enligt både doktors egen och omgivningens uppfattning uppenbart skulle må bäst av att få stanna i Sverige och ibland alldeles uppenbart också riskerar både tortyr och dödsstraff om han eller hon blir återförvisad till sitt hemland? Vad gör då den enskilde doktorn – naturligtvis skriver han/hon ett intyg för att försöka hjälpa sin patient. Samtidigt är det ett problem som måste lösas på en överordnad politisk nivå. (Flera av oss läkare som möter dessa patienter har dessutom en större kunskap om förhållandena i de ursprungsländer varifrån dessa personer kommer än migrationsmyndigheterna, som gör att deras beslut upplevs orimliga och ovärldiga det moderna välfärdssamhället).

Det kanske vanligaste problemet för psykiatern är alla intyg som socialtjänsten vill ha för att styrka behovet av boende, färdtjänst och olika typer av stöd på grund av funktionshindret. Många gånger undrar man varför inte socialtjänsten själv utvecklar någon form av klassifikationssystem som gör att de själva kan bedöma behovet av stöd från olika personer. Det är ju inte diagnosen i sig som är utslagsgivande utan svårighetsgrad och omfattning av funktionshindret. LSS-lagstiftningen t.ex. kräver egentligen inte någon diagnos, men däremot en tydlig beskrivning av funktionshindret och dess varaktighet och omfattning.

Detsenasteexemplet på "diagnosens makt" är diskussionen omkring standardiserade sjukskrivningstider utifrån olika diagnoser. Återigen är det rimligtvis inte diagnosen i sig som är avgörande för en persons arbetsförmåga, utan funktionsnedsättningen på en sjukdom eller störning som kan klassificeras som ett sjukdomstillstånd och vad som är sjukdom eller störning är ju i hög grad definierat av rådande värderingar i ett samhälle.

Alltså, att sätta en diagnos är inte bara en renodlad medicinsk fråga – det kan ha många implikationer.

Lars Jacobsson

Professor och överläkare

Psykiatriska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Referens:

- (1) Mezzich J. Psychiatry for the Person: Articulating medicine's science and humanism. World Psychiatry, 6:2;1-3, 2007.
- (2) Hallerstedt G (red.) Diagnosens makt – Om kunskap, pengar och lidande. Daidalos bokförlag, 2006.

Vad betyder ordet evidens frågar sig Daniel Frydman i Tidskriften #4-2008, föranledd av en skrivelse till KI rörande psykoteraeutbildningens framtid. Det beror på. Vem som säger det och kontexten i vilken ordet sägs. Språket är dynamiskt – nya betydelser tillkommer, gamla försvinner. En psykiater som är vetenskapligt uppdaterad behöver inte slå i ett lexikon för att förstå vad Ingvar och Franck skriver – de refererar till Cochrane-betydelsen av ordet evidens och den är solklar. Som framgår av andra inlägg i samma nummer av Svensk Psykiatri (Szecsödy, Engström, Jonsson, referens till Isacson och Davidsson) är det den gamla vanliga striden som utkämpas med varierande grader av oförsonlighet. Man blir så iih trött, inte minst på alla självspåkare (vi psykiatrer objektifierar, bedriver naturvetenskap och ansätter en medicinsk modell som utvecklats för baciller). Så har det aldrig varit och så är det inte, från Pinel och framåt. Läs originaltexterna, inte antipsykiaternas (från och med Goffman) niddbilder av oss. Den medicinska modellen är humanistisk, inom den Hippokratiska traditionen, men har av nödvändighet kompletterats med krav på – just det – evidens. Varför behövs detta? Därför att vår hjärna är konstruerad med inbyggda "heuristics & biases" (H&S) som hjälper oss att fungera trots att vi översköjs med billioer terabits av information, som uppdateras ca 30 gånger i sekunden. Ibland misstar vi oss när vi använder dem – om detta har det skrivits hyllkilometer sedan 1970-talet och en sorts Nobelpris (i ekonomi) har tilldelats den 2001 ännu levande upphovsmannen (kognitionsforskaren Kahneman), den andre (Tversky) dog något år tidigare.

Vad är "objektivt" enligt Szecsödy? Han kopplar ihop detta med ett reduktionistiskt perspektiv – ytterst är det en fråga om elementarpartiklar och naturlagar. Vetenskaplig objektivitet handlar om graden av säkerhet i kunskapen, inte om ontologi (hur världen egentligen ser ut) eller "människosyn". För att göra kunskap mindre osäker har vi utvecklat en uppsättning strategier, som bland annat hjälper oss att navigera förbi våra H&S – vi kan kalla det "Den Vetenskapliga Metoden" som har en bred acceptans i vetenskapssamhället. Statistik behövs inom denna "skolbildning" för att försvara oss mot slumpens härjningar (de första lobotomierna var så kliniskt framgångsrika att det var omöjligt att ifrågasätta effekten och sedan rullade det på). En huvudstrategi är att försöka falsifiera våra antaganden snarare än att leta efter bekräftelse. All kunskap är sålunda provisorisk – den gäller tills den falsifierats. Med denna metod kan man undersöka "graden av social samhörighet" i ett lokalt bostadsområde, och koppla den till teoretiska begrepp som segregation, alienation och ekonomiska förhållanden lika väl som bältros kan kopplas till herpesvirus och stress (min handledares make fick alltid bältros annandag jul, när svärmor kom), och fallande kroppar till tyngdkraften.

Kunskapssökandet med den vetenskapliga metoden, när den väl började formuleras i slutet av 1800-talet, var oerhört framgångsrikt inom mängder av områden. Humaniora hade inget motsvarande att visa upp. I mitten av 1950-talet gjorde man en poäng av att det fanns två väsensskilda kunskapstraditioner: Naturvetenskap och Geisteswissenschaft (det låter häftigare på tyska). De var trots allt likvärdiga men den som börjar på G utövades av noblare personer. Den psykoanalytiska rörelsen hade vid det här laget

drivit i väg i humanistisk riktning (från Freuds ursprungliga "Project for a scientific psychology" och t.ex. Herman Rorschachs perceptgenetiska modeller), och under resans gång inte kunnat freda sig mot stollerier inom den egna verksamheten, t.ex. Wilhelm Reich. Under 1960-talet radikaliserades rörelsen politiskt, blev intolerant och utvecklade en testuggande exegetik omkring Geisteswissenschaft. Man försvann ur den medicinska gemenskapen – och avvisade med förakt krav på att visa att den egna behandlingen fungerade. Men man grävde sin egen grav. Vänsterkamraterna upptäckte att det inte var utslagna psykopatienter som låg på sofforna – det var välbegåvade akademiker med existentiella problem. Det var slutet för den alliansen. Psykiatrin som disciplin accepterade sent omsider evidenskraven – när detta gjordes vann den inlärningspsykologiska traditionen slaget om psykoterautarenan.

Psykiatrins uppdrag är "teknologiskt" – vi ska använda vår kunskap för att hjälpa personer med psykiatriska problem att må bättre och fungera bättre. Ett steg på vägen är "förståelse" – där stannade den psykodynamiska behandlingen så som den kom att beskriva sig själv under de år självsaneringen inte fungerade. I detta ingick demoniseringen av "biologiska psykiatrer" (jag fick min beskärda del) – som om inte vi också hade spegelneuron.

Modern psykoterautforskning slås för det första med bruset i data – psykoterautins effekter är inte lätta att isolera i en tillvaro som är så komplex. Effektstorleken, som är just kvoten mellan effekten och bruset, är aldrig stor. Men det finns en viss systematik, främst i meta-analyserna. En säker slutsats är att det finns en terapeuteffekt, oavsett vilket teknik man använder, som är lika stor som den specifika effekten av tekniken. Hälften hänger på terapeuten person, inte på vilken "skola" man gått i. Vi borde anstränga oss mer för att hitta naturbegåvningarna och förmå dem att arbeta psykoterautiskt. Vi borde forska på vad som karakteriserar goda terapeuter för att därmed kunna hitta framtidens terapeuter och göra dem ännu bättre, med den teknik som passar dem bäst. Svårt, och dyrt – varken läkemedelsindustrin, staten eller den hårt trängda sjukvården finansierar sådan "patientnära klinisk forskning".

Är behandlingsmetoderna som utvecklats inom den inlärningspsykologiska traditionen verkligen överlägsna de psykodynamiska metoderna? Det är högst tveksamt. Skillnaden ligger mest i att man har forskat på behandlingseffekter inom den ena traditionen men inte den andra. I en lysande artikel (2008) analyserar Lars Göran Öst effektstorleken av fem teraformier utvecklade inom den inlärningspsykologiska skolan under de senaste 20 åren (den tredje vågens teraier), bl.a. DBT. Hans slutsats är att ingen av dessa uppfyller rimliga krav som bör ställas på evidensbaserade

DEBATT

Sten Levander

behandlingsmetoder. På så sätt är skrivelsen till KI, av Ingvar och Franck, med krav på att renodla psykoterapiutbildningen till att omfatta enbart evidensbaserade metoder varken logiskt begriplig eller evidensbaserad. Och det borde den ha varit.

Sten Levander,
Prof.em. i allmänpsykiatri och i rättspsykiatri, fil.kand med psykologi som huvudämne, antagen som doktorand i psykologi, med avseende på vetenskapliga publikationer professorskompetent i neuropsykologi, men enligt färskt uttalande av socialchefen i Stockholm ensidigt mekanistisk och utan auktoritet inom området.

Öst LG (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. Behaviour Research and Therapy, 46, 296-321.



Foto: Shutterstock.com

Kommentar till Sten Levanders kommentar om frågan om evidensbegreppet

Förra numret av SP hade en artikel där jag ifrågasatte motiven till KI:s beslut att ändra utbildningsgången vid Psykoterapiinstitutets psykoterapiutbildning. Jag utgick från det yttrande som Johan Franck och Martin Ingvar skrivit, som utgjorde underlag till KI:s beslut. Det sätt som man där använde evidensbegreppet fick mig att inse att själva begreppet, som ju i den tid vi nu befinner oss är så vanligt att hänvisa till i så många sammanhang, används på ett motsägelsefullt sätt.

Sten Levander gör en poäng av att evidensbruket i F&I:s kontext solklart är Cochranes. Så är fallet, det har jag också klart för mig. Dock! Det finns ett värde i att ställa sig ett halvt steg utanför kontexten och re-analysera begrepp för att se om det bruk som nu gäller skapar några problem. Det är ju inte helt självklart så att Cochranes (eller något annat granskningsinstitut) begreppsbruk är "korrekt". I det här fallet så tänker jag att det finns problem med förhållandet mellan vissheten och antagandet.

Den kritik SL riktar mot en psykoanalytisk praxis som alltför dogmatiskt drev dichotomin mellan "psykologi" och "biologi" alltför långt, går att dela. Dock gäller den inte för hela den psykoanalytiska eller psykodynamiska teoriutvecklingen. Hans hänvisning till Freuds "utkast till en vetenskaplig psykologi" som någon sorts väg som inte lett till en psykoanalytisk teoriutveckling där psykologin och biologin kunnat förenas, känner jag inte igen. Det är troligt att den psykodynamiska och psykoanalytiska forskningen under de närmaste åren kommer att växa i just den region som har närmare beröring med neurovetenskaplig forskning. Mot slutet av sitt liv gjorde Freud också reflektionen att det sannolikt skulle komma en tid när farmakologisk behandling i vissa sammanhang kunde ersätta psykoanalys genom att man fick större förståelse för processer i hjärnan.

Sten Levander tar dock vid där resonemangen i SP, om KI och psykoterapiinstitutet, slutade och ger stöd för kritiken mot KI:s beslut. Han pekar indirekt på att metodhomogeniseringen inom psykoterapiutövandet och psykoterapiutbildandet inte har vetenskapligt stöd. Det är viktigt att bekräfta metodforskning på många sätt innan man ändrar fungerande utbildningar och Sten Levanders inlägg är ett viktigt bidrag i denna diskussion.

REPLIK

till Sten Levander
från Daniel Frydman

Daniel Frydman
SP redaktion

METIS-projektet i skarpt läge

De första två pilotkurserna inom METIS ges under den här vårterminen. Det handlar om "Psykiatrisk juridik" som ges i Stockholm och i VG-regionen, samt "Neuropsykiatri" som ges i Sundsvall (februari), Kalmar (maj) och Uppsala (maj).

Hur fungerar kursen?

Mycket är nytt jämfört med de SK-kurser som finns idag. En kurs består av tre delar: först på distans, sedan "face-to-face" (METIS kallar det "kursmöte"), slutligen på distans igen.

För att gå vidare till kursmötet ska ST-läkaren ha lyckats ta sig igenom ett formulär med flervalsfrågor som finns på webben. Provet före kursen har som syfte att sporra ST-läkarna till egen läsning innan man fysiskt möter lärarna och de andra deltagarna. ST-läkarna skapar en gemensam kunskapsgrund och kommer "taggade" till kursmötet. ST-läkaren ska även skicka in en beskrivning på ett eget patientfall.

På kursmötet blir det diskussioner kring relevanta patientfall, deltagarna formulerar frågor och diskuterar dem med experter. Miniföreläsningar som avrundar diskussionerna och som plockar fram det som är viktigt och ska "tas hem". Rollspel där ST-läkarna får uppleva olika roller i ett utredningsteam. Föreläsning av brukare som berättar om sitt liv och sitt handikapp för att fokusera på bemötandefrågan. Viktiga inslag är läkemedelsbehandling och andra interventioner. Patientfallen som ST-läkarna skickat in diskuteras. Kopplingen mellan de förenklade scenarierna från litteraturen och patienternas komplicerade och unika historia görs. Syftet är att koppla ihop teori och praktik, så att teorin blir ett hjälpmedel i den kliniska vardagen.

Efter kursmötet återstår att knyta ihop säcken och producera hemuppgiften som ger godkänt på kursen. I t.ex. neuropsykiatrikursen kommer ST-läkarna att få skriva ett begripligt utlåtande efter att ha deltagit i en neuropsykiatrisk utredning. Hemuppgiftens syfte är att få kunskaperna att sedimentera och bli ett med ST-läkaren. Det blir så när ST-läkarna får använda sina nyvunna kunskaper i arbetet med patienter och får möjlighet att reflektera över det.

Mångas förtjänst

Kändes kursupplägget genomtänkt? Om det är så ska du veta att det är många människors förtjänst: de kliniker som skapat kursen är kunniga och erfarna och många av dem har mångårig erfarenhet av undervisning. ST-läkarna har bidragit via feedback och förslag om hur man bäst lär sig på en kurs. Brukarrepresentant har bidragit främst genom att belysa bemötandefrågor. Mångårig svensk och internationell pedagogisk- och kognitionsforskning har visat hur vuxna bäst lär sig och det har utnyttjats i utformningen av kurserna. Många kloka kollegor, från psykiatri och andra specialiteter, har gett nyttig feedback till projektet.

Vad händer med de "vanliga" SK-kurserna? Med andra kurser för ST-läkare?

"Vanliga" SK-kurser fortsätter att finnas till som tidigare, staten har t.o.m. ökat anslaget både för 2009 och 2010, så att flera kurser kan ges varje år. METIS är ett 3-årigt projekt som har till uppdrag att ordna kurser enligt ett nytt koncept, så SK-kurser och kurser i annan regi fortsätter att finnas till som tidigare. METIS är ett

komplement till annan kursverksamhet.

Handledarna då?

ST-handledarna till de ST-läkare som går en kurs i METIS får ta del av kakan: de får fri tillgång till kursmaterialet via webb-utbildningsplattformen pingpong.

Kurssmedja

Två kurser håller just nu på att ta form: det handlar om "Affektiva sjukdomar" och "Psykossjukdomar". Två engagerade och kompetenta grupper jobbade under 3 intensiva internatdagar fram stoffet till kurserna. Kursutvecklingen fortsätter under våren och förhoppningsvis blir det två nya kurser till hösten.

Vi söker ST-läkare till utveckling av flera kurser!

I slutet av mars sätter arbetet igång för utveckling av kurserna "Psykiatrisk diagnostik" och "Farmakologi". Du som är ST-läkare: det finns en ST-läkare i var och en av METIS utvecklingsgrupper. Välkommen att höra av dig till Alessandra Hedlund, ST-läkarrepresentant i METIS styrgrupp (alessandra.hedlund@sll.se).

Så här tycker Yvonne Lowert, ST-läkare i Nyköping, som deltar i utvecklingsgruppen för kursen "Psykossjukdomar":

"Det var otroligt stimulerande att som ST-läkare få vara med och utforma kursen för kollegorna. Att man i detta fantastiska sällskap med överläkare och sakkunniga akademiker som verkligen låter ST-läkaren ta stor plats och få framföra sina synpunkter. Resultatet av vår process under de här dagarna blir en kurs som jag själv absolut skulle vilja gå. En kurs med lärandet i förändring som tar tillvara på aktuella inlärningsmetoder och aktivt deltagande. "Learning by doing" är absolut ett begrepp som står sig och kursen har utformats så att man måste "göra själv" och förstå för att tillgodogöra sig detta.

Min förhoppning är att alla SK-kurser ska utformas så att deltagarna får ut mesta möjliga av sin avsatta tid och samtidigt få kunskap i teori som kan befästas i praktiken. Därmed har man en optimal inläring med kunskap som sitter kvar."

OBS: ST-läkare kan anmäla sig nu till kursen "Neuropsykiatri" i Kalmar, kursmöte 6-8 maj 2009 (se www.ipuls.se)

Raffaella Björck
Projektledare, METIS





CHOOSING PSYCHIATRY AS A CAREER

A WPA INTERNATIONAL CALL FOR RESEARCH PROPOSALS

The World Psychiatric Association (WPA) is the largest association active in the mental health field worldwide, with 134 Member Societies (national psychiatric societies), representing more than 200,000 psychiatrists, and 65 Scientific Sections.

In the WPA Action Plan 2008-2011, one of the institutional goals is to enhance the image of psychiatry worldwide among the general public, health professionals and policy makers, counteracting some negative messages – often biased by ideological prejudice – which are affecting the motivation of persons with mental disorders and their families to seek for psychiatric advice and help and to adhere to psychiatric interventions, as well as the motivation of medical students to choose psychiatry as a career.

As one of the activities pursuing this institutional goal, the WPA will fund an international project aimed to assess the factors facilitating and those hampering the choice of psychiatry as a career by medical students, and to suggest strategies to encourage this choice.

Proposals from individuals, departments or societies are welcome. They will have to include a description of the project (max. 1200 words), a list of the participating centres, a timetable, a detailed budget, and a short curriculum vitae of the proposed principal investigator(s). Proposals will have to be sent by e-mail to the WPA Secretariat (wpasecretariat@wpanet.org) by June 30, 2009.

Mötesrapport från European Union of Medical Specialists (UEMS) Section and Board of Psychiatry i Gent, Belgien 16-18 oktober 2008

Ordförande i UEMS *Section of Psychiatry* Kari Pylkkänen från Finland rapporterade från UEMS Council, där han valts till vice ordförande. WHO genomför en utredning av psykisk ohälsa i Europa.

EPA (*European Association of Psychiatrists; f.d. AEP*) har sedan tidigare en observatörsroll vid möten inom UEMS *Section & Board of Psychiatry*, som nu blivit inbjudet att sända representant till möte med EAP *Board*.

Sektionens ekonomi redovisades och budget för 2009 fastställdes. UEMS *Section & Board of Psychiatry* har god ekonomi. Beslutades om oförändrad avgift för 2009.

En ny arbetsgrupp är under bildande angående samverkan med specialistföreningar i europeiska länder som ännu inte är med i EU. Professor Edvard Hauf från Norge fick i uppgift att formera en arbetsgrupp angående *Observer status* inom UEMS *Section & Board of Psychiatry*.

En ny arbetsgrupp föreslogs även för översyn av tidigare rapport ang. utbildning och träning i psykoterapi inom Europa. Dr Birgitte Mauthner från Österrike fick uppgift att leda den arbetsgruppen.

25 september hölls *European Leaders of Psychiatry Meeting* i Prag, med medverkan av europeiska zonrepresentanter för WPA, representanter för nationella specialistorganisationer, EPA, EFPT, UEMS och WHO Europa. Dessa möten sker årligen och syftar till ökad harmonisering och samverkan mellan relevanta organisationer för psykiatri i Europa. En återkommande fråga är kompetensutveckling och ackreditering för kurser och kongresser av internationell karaktär. UEMS har via EACCME (European Accreditation Council for Continuing Medical Education; www.uems.net/ ansvar för detta, vilket innebär ett omfattande ansvar för UEMS *Section of Psychiatry* i form av kurs- och kongressbedömningar men också en inkomstkälla för sektionen.

EPA som även medverkade i mötet i Gent med en representant (professor Henning Sass från Tyskland) uttrycker stort intresse att verka som leverantör av kompetensutveckling på europeisk nivå. Möte för *Board* hölls förmiddagen 18 oktober. Rapporten angående riktlinjer för *Competence Based Training* är under fullbordan. Ett utkast till rapport kommer inom kort att sändas för en förnyad och avslutande nationell remissrunda. Avsikten är nu endast att ge utrymme för mindre ändringar och korrektion av felaktigheter. Rapporten är timlig för utarbetande av rutiner för den reviderade svenska specialistutbildningen i psykiatri. Dokumentet kommer att skickas till styrelsen för SPF på remiss.

Kajsa Norström, avgående ordförande (*president*) i *European Federation for Psychiatric Trainees*, medverkade för sista gången.

Kajsa hade glädjen att rapportera från ett lyckosamt möte med EFPT i Göteborg i juni i år. Liksom tidigare förekommer en omfattande verksamhet och den europeiska samverkan bland ST-läkare/*trainees* tycks blomstra.

Bekräftades att mötet för UEMS *Section & Board of Psychiatry* i april 2010 kommer att hållas i Stockholm med Svenska Psykiatriska Föreningen, Läkaresällskapet och Läkarförbundet som sponsorer.

Arbetsgrupperna för *Stigma*, *Old Age Psychiatry* respektive *Biology in Psychiatry* rapporterade progress enligt plan. För de två senare arbetsgrupperna väntas slutrapporter under 2009.

Audit visits, motsvarande våra svenska SPUR-inspektioner har genomförts vid Universitetskliniken i Lübeck av representanter för UEMS *Board of Psychiatry*. Senare har representanter från denna klinik, med UEMS inspektörer som observatörer, gjort sekundära *visits* i andra utbildningscentra i Tyskland. Erfarenheterna från dessa aktiviteter var mycket goda och på detta sätt har man byggt upp ett system motsvarande våra SPUR-inspektioner i Tyskland. Inspektörerna från UEMS *Board of Psychiatry* kan tänka sig att göra liknande i andra länder, men då detta är en mycket arbetskrävande procedur, krävs engagerade representanter i inbjudande land för att proceduren ska kunna fullbordas på bästa sätt.

Nils Lindefors

Professor, verksamhetschef
Psykiatri Sydväst, Stockholm

Lars Jacobsson

Professor, överläkare
Psykiatriska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

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

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

Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från. Skicka gärna med en bild!

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

Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!
Redaktionen



Välkommen till NPF-Forum 2009

Aros Congress Center, Västerås 26-27 mars 2009



EN KONFERENS ORDNAD
AV RIKSFÖRBUNDET ATTENTION

TEMA

Metoder och möjligheter

På 2009 års konferens om utvecklingen inom neuropsykiatri får du lyssna till ett 20-tal föreläsare i toppklass – de ger dig de kunskaper som du behöver för att verka inom detta område.



UR PROGRAMMET

- **Satsa på människor - det lönar sig**
INGVAR NILSSON, NATIONALEKONOM VID INSTITUTET FÖR SOCIALEKOLOGISK EKONOMI
- **Left is right - konsulter med unik kompetens**
OLLE ÖBERG, VD
- **Värktyg för långsiktig hållbarhet**
GUNILLA BRATTBERG, LEG. LÄKARE/ADJ. PROFESSOR
- **Öppnare samhälle – hur får vi det?**
MED REPR. FRÅN ARBETSFÖRMEDLINGEN, MISA, SKL, PSYKOLOGFÖRBUNDET M.FL.
- **Workshops**

Riksförbundet Attention arbetar för dem som har neuropsykiatriska funktionshinder. Vill du veta mer om Attentions verksamhet, se www.attention-riks.se

Vårt mål är att:

- Öka förståelsen för vad det innebär att leva med NPF
- Informera om metoder som underlättar vardagen
- Diskutera hur vi skapar ett öppnare samhälle som tar vara på människors resurser

ANMÄLAN TILL FULLSTÄNDIGT PROGRAM
OCH MER INFORMATION

www.npf-forum.se

KONGRESSBYRÅN



Nordic Konferens & Specialresor AB
tel 090-706030,
kristen.andersson@nordicincoming.se

NPF-FORUM ARRANGERAS AV

RIKSFÖRBUNDET
Attention

Johan Cullbergs resestipendium

Till ST-läkare och nyblivna specialister i psykiatri!

De studieresor jag gjort, till bland annat New York, Boston, Melbourne, Åbo samt Oslo har alla varit lärorika och betydelsefulla för min psykiatriska förståelse. Jag skulle unna kollegor i psykiatrin, företrädesvis på ST-nivå, att få tillbringa någon tid vid en psykiatrisk klinik någonstans i världen med aktiv klinisk forskning, undervisning eller metodutveckling.

Det vill jag möjliggöra genom att utlysa två stipendier om högst 30 000 kr, ett om högst 40 000 kr respektive ett om högst 50 000 kr för år 2009. Utfaller det väl kommer motsvarande stipendiesumma att utlysas för året därpå. Stipendierna avser att täcka rese- och levnadskostnader under en kortare period, säg två - fyra veckor, i valfritt land. Om resan endast kan genomföras om partner och barn medtas så är det inget principiellt hinder att använda medlen också till dem – så länge de räcker. Om kostnaden understiger maxbeloppet kommer överblivna medel att kunna gå till en annan stipendiat.

Min tanke är att stimulera en gärna odisputerad vuxenpsykiatrisk, rättspsykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatriskt inriktad kollega till i första hand kliniskt tänkande. Medlen gäller alltså psykiatrisk fördjupning - inte egen forskning.

Krav för ansökan

Kortare CV.

För att få stipendiet behöver man skriva till någon ämnesföreträdare i utlandet, som man tror har något att ge, berätta om sina intressen och fråga om man kan få auskultera eller om ett studieprogram kan ordnas. En kortfattad redogörelse för avsikten och målet med den önskade resan och vilken/vilka personer som man kontaktat och som är villiga att ta emot ska ingå i ansökan. Det ska framgå att den mottagande kliniken/institutionen är införstådd att ta emot studiebesöket.

Ett **rekommendationsbrev** av en erfaren kollega, såsom överläkare, handledare eller studierektor.

En **ekonomisk plan** inkluderande rese- och rimliga uppehållskostnader ska bifogas. (Om resan utökas med turistande utanför studierna måste detta bekostas privat.)

Redovisning

Efter resans genomförande en kort (1 - 3 sidor) redovisning till stipendienämnden för vad resan innehållit och givit, gärna i artikelform så att den kan publiceras i Svensk Psykiatri.

Kort ekonomisk redovisning.

Muntlig presentation av resan på max 15 minuter på nästkommande SPFST konferens.

Ansökan ska senast vara stipendienämnden tillhanda den 15 april 2009. Så sätt igång med att diskutera med kollegor och läs de färskaste tidskrifterna för att se var du tycker det sker spännande saker! Det går även mycket bra att maila till framstående personer och fråga om man kan få komma. För de flesta ställen är det en fjäder i hatten att få studiebesök även om det kräver en viss ansträngning av dem!

För information om var du ska skicka anmälan och stipendiet gå in på www.spfst.svenskpsykiatri.se och klicka på Johan Cullberg Resestipendium.

Om direkta frågor om stipendiet uppstår kontakta cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se.

Observera att i det här fallet är bristande erfarenhet en merit såvida du är starkt intresserad av psykiatri och vill få veta mera!

Stockholm hösten 2008

Johan Cullberg
SPF och SPFST





Kalendarium

11-12 mars 2009

Ökad tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm
www.conductive.se/bup.aspx

21-24 maj 2009

2nd International Congress on ADHD – From Childhood to Adult Disease,
Wien, Österrike
www.adhd-congress.org

11 - 13 mars 2009

Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg, Sverige
www.svenskpsykiatri.se

28 juni - 2 juli 2009

9th World Congress of Biological Psychiatry
Paris, Frankrike
www.wfsbp-congress.org

19-20 mars 2009

Neuropsykiatrisk diagnostik.
Vilka metoder har evidens?
Barnneuropsykiatriska sektionens utbildningsdagar
Uppsala
www.barnneuropsyk.net

22-26 augusti 2009

Quality of Life in Child and Adolescent Mental Health
International Conference sponsored by the European Society for Child and Adolescent Psychiatry
Budapest, Ungern
www.escap2009-budapest.com

Verksamhetschefsmöte i SFBUP:s regi
19-20 mars 2009, Bergendal

12-16 september 2009

22nd ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology),
Istanbul, Turkiet
www.ecnp.eu/emc.asp?pageld=332

1 april 2009

SFBUP:s vårmöte inkl. årsmöte
Stockholm
www.svenskabupforeningen.se

22-25 september 2009

29th Nordic Congress of Psychiatry, Stockholm
www.ncp2009.org

1-4 april 2009,

International Congress of the World Psychiatric Association
Florens, Italien
www.wpa2009florence.org

25-27 november 2009

Riksstämman, Stockholm
www.svls.se/riksstamman/811.cs

16-21 maj 2009

American Psychiatric Association 162nd annual meeting
San Francisco, USA
www.psych.org/Events/AnnualMeeting.aspx

25-27 november 2009

SFBUP:s sektionsdag och föreningsmöte
Hålls i samband med Riksstämman, Stockholm

Vad är en god diagnos?

I den saken brukade John Takman, socialläkaren i Stockholms barnavårdsnämnd och salig i åminnelse, hänvisa till Moa Martinssons svar på frågan om hur en bra karl ska vara beskaffad: *det beror på vad man ska ha honom till.*

Så är det också med en bra diagnos. Ändamålet bestämmer kriterierna för hur patienter ska grupperas. I forskningssyfte vill man söka efter gemensamma etiologiska faktorer eller med reliabilitet jämföra behandlingsresultat. I administrativt/politiskt syfte vill man, på ont eller gott, legitimera åtgärder mot individer med vissa karakteristika. Behandlarens syfte är att veta till vilken prognos- och behandlingsgrupp individen hör.

Förfogar psykiatri över adekvata diagnossystem?

Som enda eller huvudsakligt diagnossystem är DSM-IV alltför torftigt. Särskilt gäller det för barnpsykiatri. Till exempel erbjuder det för yngre endast ytliga beteendebeskrivningar som trotssyndrom, anpassnings- och uppförandestörning, medan "Personlighetsstörning" anses uppträda först från 18 års ålder. Ändå känner vi väl till psykologiskt beskrivbara förstadiet, redan i tidig ålder, till svåra personlighetsstörningar. Att tidigt diagnosticera och behandla just dessa tillstånd är en av barnpsykiatriens centrala uppgifter. En annan viktig uppgift, helt dold under DSM:s horisont, är att uppfatta och förebygga relationsstörningar mellan späd- och småbarn och deras föräldrar.

Kritik av DSM-IV

För det första utgår det från en gammaldags (dualistisk) *sjukdomsmodell*. Med sina inbäddade "tysta" antaganden om somatisk etiologi kan många DSM-diagnoser förleda till *ensidig biologisk uppfattning* av komplexa psykologiska, sociala och biologiska tillstånd. Depression, neuropsykiatriska diagnoser och social fobi är aktuella exempel.

Här finns också en viktig maktaspekt: reviret vidgas för läkare men krymper för psykoterapeuter, psykologer och pedagoger. Denna somatiska prägel utnyttjas av *det psykiatri-industriella komplexet*, som har en reell makt över forskning och utbildning. Några exempel ska nämnas. DSM-IV förbereddes av 170 experter, varav totalt 95 – och samtliga inom områdena "mood disorders" och schizofreni – hade deklarerat ekonomiska förbindelser med läkemedelsindustrin. I USA, där sådana inkomster måste deklarerars, har välkända medlemmar i denna skara dragit in många miljoner dollar i konsult- och föredragsarvoden från läkemedelsindustrin. (Angell). Motsvarande svenska förhållanden är okända för mig.

Efterfrågan på klingande medicinska diagnoser ökar i takt med tillkomsten av nya farmaka. År 1999 lanserades med kraftfull reklam till den amerikanska allmänheten ett SSRI-preparat som bot för social fobi, "a severe medical condition". Det blev en försäljningssuccé. Varje marknadsförarens dröm, sade senare läkemedelsfirmans produktchef, är att hitta och utveckla en oupptäckt marknad, och det är just vad vi gjorde med "social anxiety disorder" (Angell).

Ofta vill politiker, skolfolk och föräldrar hellre se orsakerna till individers problem som medicinska än sociala. Sambandet mellan barns symtom och dålig kvalitet i förskolor och skolor är bara ett exempel. Den omfattande studien i Frankfurt am Main (Leuzinger-Bohleber m.fl., ännu ej fullständigt publicerad) visar att symtom i förskolorna påtagligt minskade när personalen fick psykologiskt kompetent handledning. Gissningsvis är ADHD-symtom i förskolan beroende av kvalitetsfaktorer som barngruppstorlek och personaltäthet. Tillsattsat: frekvensen ADHD i en förskola mäter förskolekvalitet snarare än sjukdomsprevalens.

Vidare är DSM-systemet *deskriptivt*. Därför klargör det, som Michael Rutter betonat, inte vad som skiljer ett barn med vissa symtom från andra med samma symtom. Ett symtom kan ha flera olika orsaker såväl hos en enskild som i en grupp av patienter. En och samma etiologi kan ge olikartade symtom i såväl en grupp av individer som hos en individ vid olika tillfällen.

Dessutom är DSM *individenträdd*, vilket stämmer mycket illa med barns och ungdomars psykiska utveckling och funktion. Relationen till betydelsefulla vuxna har en avgörande betydelse, större ju yngre barnet är. Vi har på 2000-talet ett helt annat perspektiv på psykisk störning än tidigare. Inom psykologin har tänkandet i två- eller flerpersionssystem ersatt det äldre tänkandet i enpersonstermer, och neurobiologin har påvisat den stora roll som relationerna har för centrala funktioner i hjärnan. Ett diagnossystem som inte tar hänsyn till familjen duger inte för barnpsykiatri. Individenträddheten i DSM utgör en defekt i det diagnostiska tänkandet, kanske en viktig orsak till att småbarnspsykiatri är så underutvecklad i Sverige.

DSM-IV domineras av *kategoridiagnoser* med nedan nämnda nackdelar.

Varningarna i manualen till DSM-IV

Nackdelarna med DSM-IV beror lika mycket på klinikernas ogenomtänkta sätt att använda diagnoserna som på den ursprungliga intentionen hos konstruktörerna. Dessa – "neokraepelianerna" – har själva i manualen varnat för en rad begränsningar i diagnossystemet, varningar som tycks ha förbigått många.

- *Definitionen av vad som inte är normalt är, skrev de, inte tillfredsställande.*
- Begreppet "Mental Disorder" ansåg de vara en olycklig term som felaktigt antyder åtskillnad mellan fysiskt och psykiskt.
- Vidare betonade de att *DSM-systemet klassificerar symtom, inte personer* men att detta ofta missförstås av klinikerna. Komorbiditeten ger upphov till stora problem när individer ska klassificeras.

Däremot är den inte problematisk när syftet är att klassificera sjukdomar.

- Flertalet psykiska störningar är kontinuerligt fördelade i befolkningen. DSM:s kategorier är artefakter.
- Idealt ska varje diagnostisk kategori vara avgränsad mot det normala och omfatta individer av samma typ, kategorierna ska alltså vara *ömsesidigt uteslutande och tillsammans heltäckande*. Men i manualen sägs klart att diagnoserna i DSM-IV *inte uppfyller något av dessa krav*, att klinikern bör vara medveten om att individer med olika diagnoskriterier kan ha samma diagnos och att man därför måste ta reda på mera om individen än det som kriterierna talar om.

I klartext: DSM-IV är otillräckligt som enda diagnostiskt system.

Validitetsproblemet

Kritik mot de diffusa psykoanalytiska begreppen i de två första DSM-versionerna spelade stor roll för hur senare versioner utformades. Man ville nu ha ett etiologiskt neutralt system, och – bl.a. för att kunna tillmötesgå kraven på resultatmätning från försäkringsbolag och läkemedelsföretag – ha hög reliabilitet. För denna önskan att skapa ett system som är lämpat för RCT-forskningens statistiska metoder har, brukar det sägas, (den externa) validiteten offrats på reliabilitetens altare.

Ett resultat är problemen med komorbiditeten, som kanske kan illustreras med en somatisk analogi. Att deskriptivt definiera en grupp av patienter med hjälp av symtomen huvudvärk plus muskelvärk plus feber plus trötthetskänsla skulle resultera i en absurd komorbiditet, medan en etiologisk diagnos – influensa – enkelt klarar upp saken.

Komorbiditeten hänger samman med två omständigheter. Den ena är att psykiatrin inte som somatiken sällan kan peka ut en grundläggande etiologi, varför orsakskomplexen svårligen kan sammanfattas i en enda diagnos, medan DSM är uppbyggt på en somatisk-medicinsk modell. Den andra är att DSM konsekvent undviker en dynamisk syn och därför inte kan ange mera djupliggande störningar med kausal betydelse. T ex ges i DSM en patient med kronisk ångest som utvecklar nya symtom, t ex hypokondri, en ny diagnos som om han skulle ha två olika störningar.

En självklar slutsats borde vara att man måste använda flera kompletterande diagnossystem.

Ett annat problem är att de renodlade diagnosgrupperna sällan kan återfinnas i den kliniska verkligheten. Många reliabla effektmätningar blir mindre kliniskt relevanta, liksom evidenskriterierna (Westen).

Många studier av t.ex. major depression har visat att en liten förskjutning av definitionen ger stora skillnader i prevalens. Det tyder på att definitionens angivna gränser inte motsvarar verkligheten (Kendell & Jablensky).

Önskingarna inför DSM-V, utifrån bristerna i DSM IV

Sedan åtskilliga år pågår en livlig diskussion, i framför allt (men inte enbart) amerikanska facktidskrifter, inför version DSM-V, som beräknas komma ut år 2010. Utgångspunkten är kritik av allvarliga brister i DSM-IV, delvis nämnda ovan (Zachar m.fl.).

- K S Kendler, ärftlighetsforskare inom psykiatrin, har i en rad artiklar pekat på behovet av bättre begreppslig klarhet, bl.a. för att slippa från reifiering och somatiskt grundkoncept.
- Det krävs dimensionella diagnoser, som bättre avspeglar relationen mellan normalitet och psykopatologi. Validiteten skulle förbättras, med lägre komorbiditet och bättre stabilitet över tid som resultat.
- Relationsaspekter, som svarar mot vad vi vet om den psykiska utvecklingen hos barn och ungdomar, bör införas.
- Fenomenologin, det subjektiva upplevandet, måste ges vederbörlig plats. Psykiaternas oreflekterat undergivna hållning inför DSM-IV som en auktoritet, skriver Kendlers kollega Nancy Andreasen, har lett till att systematisering och mekanisk sortering har tagit över på bekostnad av det mänskliga. Det resulterande ointresset för patientens person kallar hon för "Death of phenomenology".
- Kulturella värderingar måste få tillräcklig tyngd. Det har påtalats framför allt av internationella psykiatriska organisationer och av psykiatrer i tredje världen.

Oron inför ett nytt diagnossystem beror inte enbart på missnöjet med version IV utan också på att molekylärgenetiken och neurobiologin har rört om i traditionellt psykiatriskt tänkande. Psykiatrin nu är i samma stadium som astronomin före Kopernikus och biologin före Darwin, utropar ordföranden i den Task Force som producerade DSM-IV.

Diagnos och klassifikation

Att klassificera är att ordna upp iakttagelser. Det är barnets första sätt att förstå världen lika väl som det första steget till vetenskap. Ju fler erfarenheter man gör desto mera måste perceptionen av omvärlden differentieras, en progression som beskrivs i både utvecklingspsykologin och vetenskapens historia. Intresset – roande beskrivet i Kehlmanns roman "Världens mått" – blir alltmer att inventera och klassificera allt som ingår i universum. Varje enskilt objekt ska inordnas i ett beskrivningssystem med kategorier som har ett bestämt förhållande till varandra, en taxonomi som t ex Linnés *Systema naturae*.

Ett sätt att ge struktur åt den upplevda omvärlden är att tänka binärt: Det jag möter är en A eller en icke-A, en situation är farlig eller trevlig, en person är snäll eller elak.

Den binära indelningen är också en grundläggande biologisk princip, en funktion som varje organism måste bemästra för att överleva, nämligen att kunna skilja mellan själv och icke-själv. För den psykiska hälsan är just den förmågan – att fungera över psykosgränsen – lika grundläggande som immunsystemets gränsdragning mot det kroppsfrämmande är för den fysiska hälsan.

Den binära grundprincipen är aktiv i det nyfödda barnets medvetande: att reflexmässigt dela upp mellan lust och olust, mellan att ta in för att behålla respektive spotta ut och hålla utanför sig. Den lever kvar också i den vuxnes hjärna och aktiveras ofta impulsivt och oreflektat, t.ex. i primitiv främlingsrädsla. I konflikter, inte minst i vetenskapliga sammanhang, kan det på ett destruktivt sätt dela upp fältet i två varandra uteslutande poler, t.ex. att de fenomen som existerar är av antingen andligt-själsligt eller kroppsligt-fysiskt slag, eller att ADHD orsakas av antingen hjärnfysiologisk störning eller sociala omständigheter. *"Två är ett mycket farligt antal. Alla försök att dela saker i två delar bör betraktas med största misstänksamhet"*, sa C P Snow 1959 i sitt berömda föredrag om de två kulturerna.

Klassificerandet flyttar fokus från iakttagaren till objektet, från subjektiva reaktioner till observationer av det utanför undersökaren. Idealet i klassisk naturvetenskap och äldre empiristisk tradition är ju att skilja skarpt mellan det undersökande subjektet och det undersökta objektet. I den traditionen ingår inte intresse för hur undersökaren/terapeuten påverkar objektet/patienten. Placeboeffekten blir obegriplig liksom begreppen överföring och motöverföring. Tekniska metod aspekter överskattas medan betydelsen av relationen mellan terapeut och patient blir gravt underskattad.

Klassificera är att strukturera mångfalden till ett system av klasser och att sedan föra varje individ till rätt klass. En kliniskt användbar klassifikation bör a/ ge prognos om förlopp och behandlingssvar, b/ ge underlag för slutsatser om kausala faktorer, c/ reliabelt föra individer till rätt klass. Det är emellertid svårt göra en empirisk klassifikation som är logiskt precis, dvs. har kriterier för exklusion och inklusion som ömsesidigt utesluter varandra. Det empiriska intresset strävar efter ett "naturligt" system som är baserat på påvisade individuella karakteristika. Men för varje individ måste man använda flera olika abstraktioner samtidigt. Klasserna, som har inrättats efter vissa teoretiska utgångspunkter, blir idealiserade abstraktioner som inte motsvarar faktiska existerande element – risken för reifiering är överhängande.

Kanske är det riktgare att uppfatta klassifikation av psykiska störningar som en *typologi*. Klasserna av psykisk störning är då inte skarpt avgränsade utan går över i varandra, även om de ser ut som kategorier. Många eller flertalet medlemmar i varje klass uppvisar inte alla typens karakteristika. Vid ytterändan av en fördelning finns dels extremer och dels ackumulationstyper .t.ex. subgrupper av schizofreni. Typologier är kliniskt intuitiva, öppnar åt dels empiriskt klassificerande och dels spekulerande om orsaker.

Men typer är abstraktioner och finns inte i verkligheten.

En syndromatologi är oftast upprättad på basis av klinisk intuition. Den anger sällan etiologi, och kan bygga på antingen dimensioner eller kategorier. Eftersom den inte uppfyller stränga krav på god nosologi ger den inte information om etiologi och prognos. Utgör kategoridiagnoserna i DSM och ICD syndrom eller sjukdomsenheter? Att "disease" konsekvent har ersatts av "disorder" talar dock för syndromatologi (Möller).

Kategoridiagnoser anger en kvalitativ förändring som definierar sjukdom. Antingen har man sjukdomen eller inte, man är antingen sjuk eller frisk. Detta kan avgränsas på många olika sätt. Den är sjuk som är sjukskriven eller sjukpensionerad, eller den som uppfyller rättspsykiatriska kriterier för psykisk störning, eller den som har en klart etiologiskt definierad abnormalitet, t.ex. Down's syndrom, eller uppfyller andra operationella kriterier som t ex DSM-kriterierna. Men här gäller det att se upp. Kanske är den förmodat skarpa gränsdragningen godtycklig och tillkommen i bestämt syfte. En låg gräns för normalt blodtryck betyder ökad förskrivning av antihypertensiva. Och kanske borde diagnosen vara dimensionell.

De dimensionella diagnoserna som t ex fetma eller autismspektrum anger kvantitativ förändring längs ett kontinuum eller en normalkurva. Noteras bör att de blir kategorier så snart man, som i DSM, definierar ett visst kvantitativt värde som gräns för vad som är friskt, eller relevant ur någon annan synvinkel. Diabetes kan definieras kategoriskt efter patologisk-anatomiska kriterier för de insulinproducerande cellernas tillstånd, eller dimensionellt efter blodsockernivå.

Dimensionella diagnoser föredras ofta av dem som inte anser att det finns någon tydlig gräns mellan friskt och sjukt, men är riskabla på det sättet att psykologiska egenskaper som i varierande grad finns hos alla individer kan definieras som symtom och medfödda abnormtillstånd. Den österrikiske barnpsykiatern Hans Asperger karakteriserade det syndrom, som bär hans namn, som en karikatyr av det manliga psyket!

Refererar de diagnostiska begreppen verkligen till faktiska fenomen

Många vet att diagnoser är begrepp, inte speglingar av verkligheten. Begreppen är legitima i den mån de är kliniskt hjälpsamma för behandling och prognostställande. Men det är lätt att tro att diagnosen motsvarar ett faktiskt fenomen, och att validiteten i det avseendet är oproblematiskt. Man har då fallit för frestelsen att reifiera begreppen (Kendler, Kendell & Jablensky)

Det enkla faktum att diagnosen finns i officiella listor (DSM) missleder ofta i den riktningen

Sjukdomskategorier kan uppfattas essentialistiskt som separata fenomen, ingående i universums struktur på samma sätt som grundämnena och oberoende av våra klassifikationer, och taxonomin antas avspegla detta. Psykisk sjukdom/störning ses då som något som patienterna är bärare av, som de "har", "får" eller "drabbas av". Men motsvarar t.ex. ADHD verkligen en faktisk entitet utanför språket, något som finns "därute" på samma sätt som diabetes?

Mot essentialism står mer eller mindre sträng nominalism. I en sträng (konstruktivistisk eller kulturrelativistisk) version existerar diagnostiska enheter bara i språket, inte i verkligheten. Det som existerar är enbart enskilda personer, beteenden och handlingar, ADHD betyder bara att patienten har de symtom eller reaktioner som manualen anger. Diagnosen betecknar inte en sjukdom i sig utan på vårt kulturbundna sätt en individs försök till anpassning. Att föredra är förstås en mindre radikalt nominalistisk uppfattning: vi upptäcker fenomen som faktiskt existerar – psykosor t.ex. – men det är vi, inte "naturen", som definierar dem. Samlande begrepp är nödvändiga, t.ex. är det praktiskt att tala om syndromet ADHD.

Diagnoser för det behandlaren vill ha dem till

För den som vill ha komplement till DSM, och inte är helt avvisande till ett psykologiserande perspektiv på personlighet och psykisk störning, finns utmärkta alternativ. Ett som är lämpligt för både vuxen- och barnpsykiatrer är Psychodynamic Diagnostic Manual (The PDM Task Force, Silver Spring, Maryland, 2006). En fördel bland andra är att den beskriver psykopatologi och personlighet på ett verklighetstroget sätt.

Goda diagnoser är för barnpsykiatern de som pekar på hjälpbehoven hos såväl det enskilda barnet som dess familj. DSM-IV är otillräckligt, och i värsta fall missledande. Frågan är om DSM-V kommer att bli så mycket bättre. Mitt förslag är att komplettera den barnpsykiatriska verktygslådan med, förutom ovan nämnda PDM, åtminstone två diagnossystem, nämligen för de minsta barnen "Zero-to-Three" och för äldre barn och ungdomar HCAM (Hampstead Child Adaptation Measure).

Magnus Kihlbom

Barn- och ungdomspsykiater, psykoanalytiker
Lidingö

SPFST:s konferens 2009 – "Framtidens psykiater"

I ett snöskimrande Uppland träffades uppemot 100 ST-läkare från hela landet 28-30 januari på den fjärde ST-läkarkonferensen för landets ST-läkare inom de olika subspecialiteterna. Temat var valt för att bidra till en mindre polariserad grund för debatten inom psykiatrin hos morgondagens specialister.

Vetenskaplighet, reliabilitet och ledarskap

Konferensens första dag började med tre föreläsare från Akademiska sjukhuset i Uppsala. Först var det professor Lisa Ekselius som föreläste om psykiater som ett vetenskapligt yrke med kontinuerlig kritisk värdering och omprövning av våra behandlingsmetoder för den enskilde patienten. Lisa hade först tänkt döpa sitt föredrag till "Psykiater - ett vetenskapligt yrke?" men fick ändra frågetecknet



till ett utropstecken då ST-styrelsen ser det som en självklarhet att det att vara psykiater ska baseras på ett vetenskapligt tänkande. Föreläsningen följdes av psykiater Mia Ramklint som föreläste om vikten av noggrann diagnostik genom anamnestagande och lämpliga utredningar, alltid kompletterat av

strukturerad informationshämtning genom skattningsskalor. Allt för att öka och betona vikten av reliabilitet hos psykiatern. Därefter berättade divisionschefen i psykiatri Karin Norlén om sin annorlunda väg att som anestesilog bli chef över en psykiatrisk division och svårigheterna och glädjen med att vara ledare inom psykiatrin. Hon avslutade med det positiva budskapet om ledarskap "jag vill och jag kan".

Utlandserfarenheter via SPFST och Cullbergstipendiet

Sista föreläsningen första dagen inleddes med att avgående ordförande Marie Bendix kort berättade lite om SPFST:s tidigare och nuvarande internationella samarbete. Därefter presenterades den ökade möjligheten under 2009 för ST-läkare att få ta del av klinisk kunskap från utlandet via Cullbergstipendiet. Professor Johan Cullberg själv var närvarande och berättade om hur mycket hans egna utlandserfarenheter bidragit till hans psykiatriska utveckling. För att möjliggöra samma sak för blivande psykiater har han därför donerat resestipendiepengar till ST-läkare och nyblivna specialister. Se vidare separat annons i detta nummer samt www.spfst.svenskpsykiatri.se

Terapiföreläsning med diskussion

Förmiddagen andra dagen höll psykiater Åse Zethelius, Södra Älvsborgs sjukhus, tillsammans med dramatikern Jonas Fröberg en interaktiv föreläsning med inslag om terapeutisk historia och psykologiska försvarsmekanismer. Vid föreläsningen framkom till viss del olika åsikter hos ST-läkarna kring hur vi inom psykiatrin ska använda oss av terapeutiska metoder. Behov av ökad forskning framkom.

Under eftermiddagen fortsatte diskussionen till viss del om psykiatrernas behov av terapeutisk kunskap. Behovet av steg ett under ST diskuterades, med kort bakgrund av ST-läkare Christian Johansson, Norra Stockholms Psykiatri. Introduktionen följdes av gruppdiskussioner med slutet röstning kring önskemål om längd och utformning för att tillgodogöra sig den kunskapsnivå i ämnet som målbeskrivningen kräver. Det var tydligt att en klar majoritet ville ha kvar åtminstone nuvarande nivå på terapeutisk utbildning under ST:n. Det framkom också tydligt att ST-läkarna önskar kvalitetsgranskning av de steg ett- utbildningar som ska vara



godkända inom ST. Se kommande artikel i Svensk Psykiatri.

Komplexitet i psykiatrisk diagnostik

Andra dagen avslutades med att psykiatrerna Göran och Eleonore Rydén, Norra Stockholms Psykiatri, genom ett patientfall visade på hur en patients symtomatologi påverkas av vilket perspektivtagande psykiatern har. Det handlade om en kvinna som bedömdes på en affektiv mottagning, på en mottagning för patienter med borderline och på en neuropsykiatrisk enhet. Makarna Rydén visade tydligt på att olika diagnostiska "glasögon" gör att vi bedömer ett tillstånd på olika sätt. I just detta patientfall, som var byggt på ett verkligt fall, visade det sig att patienten i fråga uppfyllde kriterierna för både bipolär sjukdom typ ett, borderline personlighetsstörning och ADHD. I just detta fall innebar det att patienten först behövde behandling med stämningsstabiliserande, därefter centralstimulantia och först efter ovanstående adekvata medicinering kunde hon tillgodogöra sig terapeutisk behandlingsmetodik mot sin komplexa personlighetsstruktur. Vem sa att psykiatrisk diagnostik skulle vara enkel och bara innebära behandling för en diagnos?

Suicidprevention - hur långt kan vi komma?

Professor Bo Runeson på KI inledde sista dagen med en föreläsning om handläggandet efter suicidförsök och suicidprevention. Bland annat presenterades forskning om vilka grupper som har ökad risk för fullbordat suicid efter tidigare suicidförsök. Fakta varvades med litterära inslag, inspirerande för att verka för att fortsätta att öka de suicidpreventiva inslagen i vårt arbete i största möjliga mån.

På begäran av ST-styrelsen togs även en diskussion om "nollvisionen" upp under föredraget. Dess orimlighet men goda idealistiska tanke diskuterades.

Vikten av forskning inom psykiatrin

Oscar Norbeck ST-läkare Psykiatri Sydväst, Stockholm, presenterade därefter SPFST:s arbete med att bygga upp ett nätverk för att lätt komma igång med forskning var man än är i landet.

Dit önskades alla välkomna,

H a n presenterade därefter sin ST-läkarkollega, docent Mussi M s g h i n a , som berättade om sin farmakologiska



fMRI-studie av schizofreni. En föreläsning som förstärkte intresset för hjärnans biologiska mysterier och dess betydelse för psykisk sjukdom.

Dagen avslutades med att studierektorn på KI:s forskarskola, tillika gästprofessor i Göteborg, Michael Landén framförde sin syn på framtidens psykiater. Han höll ett underhållande, för vissa lätt provocerande och forskningsinspirerande föredrag som fick även den tröttaste av konferensdeltagare att kvickna till.

Workshop och årsmöte

Under konferensen kunde alla också delta i en workshop. Teman för dessa workshops var blandade; en om den nya målbeskrivningen, en om vad som händer efter ST:n, en vardera om SPFST:s och BUP:s engagemang i Sverige och internationellt samt en om barnen till våra patienter. Intressanta diskussioner med lite knappt om tid.

Under konferensen hade också SPFST sitt årsmöte där flera nya ST-läkare tillträdde. Se presentation inom kort av alla styrelsemedlemmar på www.spfst.svenskpsykiatri.se

Social samvaro och isvaksbad

Under de tre dagarna fanns också tid för ST-läkarna i de olika psykiatriska subspecialiteterna att umgås och nätverka över goda middagar, biljard och dans. Vid genomgång av utvärderingarna av konferensen framkom också att det fanns flera som särskilt uppskattade möjligheterna att under konferensen få bada i isvak för första gången i livet

Vi hoppas att vi möter många av SPFST:s medlemmar redan under Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg i mars, på Nordic Congress of Psychiatry i Stockholm i september, och förstås på nästa års ST-läkarkonferens någonstans i Sverige .

SPFST:s avgående och nya styrelse
Genom Maria Larsson



Stockholm

Svenska Psykiatrikongressen

mars 2010



www.svenskpsykiatri.se

Att bli sig själv igen
- med effektiv behandling



Störst sannolikhet för remission

Cipralex® (escitalopram) är det moderna antidepressiva läkemedel mot depression som har den högsta sannolikheten för remission. Det konstaterar Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, TLV, i sin omfattande genomgång av läkemedel mot depression.¹

För att komma fram till sin slutsats har TLV gjort en egen metaanalys, som bedömer sannolikheten för att olika behandlingar ska få patienter i remission. Metaanalysen baseras på 85 studier med totalt närmare 20 000 patienter.

I genomgången konstaterar TLV dessutom att behandling med Cipralex ger lägre totalkostnader jämfört med alla andra SSRI/SNRI-läkemedel.

Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram
Tillbaka till livet

jag-kan.se

Cipralex® (escitalopram) Rx (F) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2008-09-19.
DOSERING: 10–20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20 mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flaska.
För pris och vidare information, se FASS.se.

1) Rapport Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket; Genomgång av antidepressiva läkemedel, 200812.

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

Behandling av ADHD är nu på god väg att integreras i vardagspsykiatrin

Den 1:e december 2008 ändrade Läkemedelsverket dispenskraven vid förskrivning av metylfenidat och publicerade samtidigt på hemsidan "Ny rekommendation för läkemedelsbehandling av ADHD". Detta kommer att ha betydelse för hur framför allt vuxna med ADHD kommer att handläggas inom ramen för psykiatrins uppdrag.

Den gamla uppdelningen av psykiska sjukdomar i psykotiska sjukdomar, affektiva sjukdomar, ångest- och tvångstillstånd samt personlighetsstörningar fungerar allt sämre som beskrivning av den verklighet som en psykiater möter idag. Diagnoserna ger inte den vägledning när det gäller beskrivning av symtom, prognos och behandling som är önskvärd, utan leder inte så sällan till ökad förvirring och en medicinerings som ger intryck av "helgardering". Under sista decennierna av 1900-talet har emellertid ett alternativt sätt att se på mänskligt beteende och psykisk sjukdom successivt fått ett allt större genomslag. Det började inom barn- och ungdomspsykiatrin där barn med uppenbara problem att fungera socialt började få så kallade neuropsykiatriska diagnoser, i första hand ADHD, DAMP, autismspektrumstörningar, Aspergers syndrom och Tourettes Syndrom. Det visade sig att det här gick att identifiera en symtombild som kom till uttryck tidigt i livet och hade en påtaglig påverkan på beteendet och funktionsförmågan.

En viktig orsak till att dessa "nya" diagnoser fick genomslag berodde på att de också ger vägledning till ny behandling och nytt bemötande, som i många fall har påtaglig positiv effekt på symtomen. Detta gällde i hög grad ADHD/DAMP där behandling med centralstimulantia mildrar överaktivitet och förbättrar koncentrationen så att dessa individer kan fungera bättre t.ex. i skolan. Det finns nu inom barnpsykiatrin lång erfarenhet och åtskilliga välgjorda studier som bekräftar denna iakttagelse. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry har våren 2007 givit ut en reviderad "Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder", där man skriver att American Medical Association's Council on Scientific Affairs har konstaterat "Overall, ADHD is one of the best-researched disorders in medicine, and the overall data on its validity are far more compelling than for many medical conditions". Denna kunskapsöversikt och guideline finns att hämta på följande adress:

www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/JAACAP_ADHD_2007.pdf

och här presenteras kunskapsläget när det gäller epidemiologi och etiologi, samt riktlinjer för utredning och behandling.

Det är viktigt att komma ihåg att neuropsykiatriska diagnoser inte beskriver ett nytt beteende hos mänskligheten, utan är ett fruktbart sätt att beskriva och avgränsa vissa mänskliga beteenden som leder till så pass allvarliga symtom och funktionsnedsättningar att de klassas som psykiska störningar. Liksom alla andra psykiska sjukdomar/störningar så är de neuropsykiatriska diagnoserna relaterade till den sociala miljö som individen lever i. En aspekt som inte får komma bort i diskussionen kring de neuropsykiatriska diagnoserna är att samhällets förändrade krav förvärrar problem förknippade med dessa beteenden. Ett tydligt exempel på detta är skolans allt otydligare inre struktur och krav på självstudier i kombination med samhällets allt högre krav på teoretiskt kunskapsinhämtande. Det är dock märkligt att det tagit så lång tid innan den goda effekten av behandling med centralstimulantia vid uppförandestörning blivit erkänd, eftersom detta beskrevs redan 1937 i en artikel i American Journal of Psychiatry författad av Charles Bradley.

I takt med att barn- och ungdomspsykiatrins patienter med ADHD, som behandlas med centralstimulantia, blivit äldre har den fortsatta behandlingen blivit vuxenpsykiatrins ansvar. Från att man tidigare trott att denna diagnos i de flesta fall växte bort har det nu blivit uppenbart att problematiken och symtomen fortsätter i vuxen ålder och kräver fortsatt behandling. Detta har också inneburit att många blivit uppmärksamma på att dessa patienter redan finns bland vuxenpsykiatrins patienter, men under andra diagnoser. Här finns uppenbara behandlingsvinster om vuxenpsykiatrin tillägnar sig ett neuropsykiatriskt perspektiv på diagnostik och behandling. Tidigare svårbehandlade tillstånd, typ borderline och antisocial personlighetsstörning, kan i en del fall nu omvärderas och erbjudas en effektiv behandling.

Farmakologisk behandling med centralstimulantia väcker många olikareaktioner, oftast beroende på okunskap om centralstimulantias farmakologiska egenskaper. Åsikterna i denna fråga färgas istället av fördomar och moraliserande, vilket naturligtvis beror på centralstimulantias association till missbruk och kriminalitet. Denna reaktion är motsägelsefull eftersom sjukvården redan idag förskriver läkemedel med större missbrukspotential, exempelvis bensodiazepiner, morfin- och kodeinpreparat, vilka ger kraftigt psykiskt och fysiskt beroende, samt toleransutveckling.

Läkemedelsverket har under hösten lämnat två besked som berör den farmakologiska behandlingen av ADHD hos vuxna. Först kom beslutet att ta bort kravet på personlig dispens för att få förskriva metylfenidat till vuxna. Nu utökades rätten att förskriva till alla läkare med specialistkompetens inom samtliga psykiatriska specialiteter, vilket väsentligt underlättar det vardagliga kliniska arbetet. Dispenskravet och den årligt återkommande skyldigheten att skicka en rapport till Läkemedelsverket har varit krångligt, men inte enbart av ondo. Detta har inneburit att de psykiatriker som intresserat sig för denna grupp patienter har haft god kontroll

över patientgruppen, främst köns- och åldersfördelning, doser och biverkningar. I de flesta fall har detta lett till att den kliniska erfarenheten samlats, strukturerats och analyserats på ett sätt som borde vara ett föredöme för övrig psykiatrisk verksamhet. Förhoppningsvis kan detta fortsätta i form av registrering i BUSA-registret, men det förutsätter att registret är enkelt och designat för att möta höga krav på statistisk och epidemiologisk kvalitet. Kan vi i Sverige fortsätta på den inslagna vägen är jag övertygad om att vi kan bli ledande i världen när det gäller behandling av vuxna med ADHD.

Den 1:e december 2008 publicerades på Läkemedelsverkets hemsida rekommendation för läkemedelsbehandling av ADHD hos barn och vuxna.

www.lakemedelsverket.se/upload/Hälsa-%20och%20sjukvård/behandlingsrek/ADHD-rek_webb.pdf

Läkemedelsverket sammanfattar sina rekommendationer i ett huvudbudskap som innehåller följande punkter:

- Läkemedelsbehandling av ADHD skall ses som en del i ett behandlingsprogram, då stödåtgärder visat sig otillräckliga.
- Individuellt anpassade behandlingsmål ska beskrivas innan läkemedelsbehandling påbörjas.
- Innan läkemedelsbehandling inleds bör
förutsättningarna för god följsamhet till behandlingen och behovet av stöd eller hjälpmedel beaktas
patient, och i förekommande fall, anhöriga och andra viktiga närstående, utbildas och informeras om läkemedelsbehandlingen
skattning avseende tillståndets svårighetsgrad genomföras
- Korttidsbehandling
För behandling av okomplicerad ADHD finns mest erfarenhet av metylfenidat, som får betraktas som förstahandspreparat.
Atomoxetin kan övervägas som förstahandspreparat under vissa omständigheter, såsom vid missbruk/risk för missbruk eller annan felaktig användning i familjen alternativt i närmiljön, svåra tics eller allvarlig sömnstörning.
- Långtidsbehandling
Endast en mindre del av patienterna fullföljer behandlingen i långtidsstudier. Effekt- och säkerhetsdata är därför mindre övertygande.
- Läkemedelsbehandlingsens effekt och säkerhet bör regelbundet utvärderas.

Förutom dessa huvudpunkter kan det vara värt att lyfta fram följande säkerhetsaspekter vid behandling med centralstimulantia

- Då systoliskt och diastoliskt blodtryck ökar i genomsnitt med omkring 3-4 mm Hg och puls med omkring 6 slag/min rekommenderas att puls och blodtryck kontrolleras regelbundet

- Även om det rekommenderas att längd och vikt kontrolleras var 6:e månad har det inte i studier visats att metylfenidat eller atomoxetin ger upphov till kortvuxenhet eller undervikt på gruppnivå.
- Flera studier har visat en minskad risk för framtida substansmissbruk hos barn som behandlats med metylfenidat och det förefaller heller inte som om tidigare missbruk bland vuxna patienter utgör en riskfaktor för utveckling av missbruk.
- Patienter med komplicerande samsjuklighet, till exempel pågående missbruk, bipolär sjukdom, utvecklingsstörning eller autismspektrumstörning bör behandlas av läkare med särskild erfarenhet av dessa patientgrupper.

När det gäller diagnostik, utredning och icke-farmakologisk behandling refererar Läkemedelsverkets dokument till Socialstyrelsens vägledningsdokument "Så här kan man göra..... Vuxna med ADHD". Dokumentet hittas på Socialstyrelsens hemsida under adressen

www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/23A32119-01D8-4949-A431-ADAFBA371824/0/R9VagledningsdokumentADHDkort.pdf

Läkemedelsverkets rekommendationer är ett efterlängtat dokument, som skingrar en del av mytbildningen kring behandlingen med metylfenidat. Det visar sig att riskerna med behandlingen inte främst är av farmakologisk karaktär, utan orsakerna till att behandlingen varit kontroversiell står främst, som påpekats tidigare, att finna på det psykologiska, moraliska och politiska planet. Det är i detta sammanhang viktigt att lyfta fram att den neurobiologiska hypotesen för etiologi och medicineffekt också är betydligt mer robust när det gäller ADHD än vid schizofreni. Det finns starka bevis för att personer med ADHD har avvikelser i dopaminerg och noradrenerg neurotransmission, vilka normaliseras när metylfenidat och amfetamin blockerar återupptaget av dopamin och noradrenalin. Den ökade dopaminerga transmissionen medför förstärkning av den dopaminerga signalen och reduktion av bakgrundsstyrningen samtidigt som reduktionen av striatal aktivitet, som ses vid ADHD, normaliseras. Detta skulle kunna förklara centralstimulantias positiva effekter på uppmärksamhet och fokusering.

I detta sammanhang kan det också vara värt att lyfta blicken utanför Sveriges gränser och notera att WPA (World Psychiatric Association) i sitt nummer av WPA-journalen "World Psychiatry" från oktober 2008 publicerar en översiktsartikel rörande diagnostisering och behandling av vuxna med ADHD, som hittas under följande adress,

www.wpanet.org/publications/wpa-journal/recent-journal.pdf

Utredning, diagnostik och behandling av ADHD hos vuxna är specialistpsykiatrians ansvar och detta ska integreras som en naturlig del av vuxenpsykiatriens verksamhet, där diagnosen ADHD ständigt är närvarande som en differentialdiagnos. ADHD är en klinisk diagnos och kan sättas av psykiatriker som anser sig ha tillräcklig information om patienten, företrädesvis i samråd med ett team. Psykologtest är inte obligatoriskt för att sätta diagnos, utan psykologutredning skall användas till de patienter som har störst nytta av detta och då tänker jag i första hand på unga patienter och patienter med oklar symtombild.

Medicinering med centralstimulantia behöver avdramatiseras och inte behandlas annorlunda än medicinering med bensodiazepiner, kodeinpreparat, m.fl. Detta är inte ett argument för att centralstimulantia skall förskrivas på lösa indikationer, utan skall vara kopplat till i huvudsak diagnosen ADHD. Ett problem som förtjänar uppmärksamhet är inte förknippat med läkemedlet, utan med det faktum att många av de individer som uppfyller kriterierna för ADHD också uppfyller kriterierna för borderline och antisocial personlighetsstörning, vilket får konsekvenser för hur dessa patienter skall bemötas, vilka ramar och regler som bör gälla. Det är viktigt att detta beaktas och att berörd personal får handledning anpassad för patientgruppen.

När det gäller medicinering är det också angeläget att försöka definiera var gränsen går mellan behandling av ADHD och substitutionsbehandling vid amfetaminmissbruk. Detta kräver en dialog mellan olika behandlingseenheter i syfte att kunna jämföra doser och olika modeller för utvärdering för att vi ska kunna uppnå någon form av konsensus i landet när det gäller dosering av metylfenidat. Efter att diskuterat frågan med många kollegor är mitt intryck att de allra flesta patienter behöver en dos metylfenidat någonstans mellan 20-100 mg/d och att gränsen mellan ADHD-behandling och substitutionsbehandling går någonstans runt 200 mg, plus minus 50 mg.

Utöver medicinering till patienter med ADHD krävs också att psykiatrin organiseras på ett sätt som gör det möjligt att tillgodose dessa patienters behov av stöd, psykopedagogiska insatser och samtalsterapi. I Kalmar län innebär ovanstående riktlinjer när det gäller utredning och behandling att ADHD-patienterna kommer att knytas till de redan existerande psykiatriska rehabiliteringsenheterna, där basen är case-management och teamarbete. Den erfarenhet som redan finns av detta sätt att arbeta med ADHD-patienter har varit mycket positiv.

Till sist vill jag lyfta fram några data som i kraft av sin enkla logik kan uppfattas som provocerande med tanke på hur behandlingsläget för vuxna individer med ADHD ser ut i Sverige. Studier har visat att prevalensen av ADHD hos den vuxna befolkningen är runt 2 %. Lågt räknat bör hälften av dessa kunna ha nytta av en farmakologisk behandling, vilket i absoluta tal innebär ca 70.000 individer.

Inte ens i de landsting som har den högsta förskrivningen av centralstimulantia är man i närheten av att behandla 1 %. I exempelvis Kalmar län med en vuxen befolkning på ca 200.000 individer borde vi ha ca 2.000 individer som uppfyller kriterierna för ADHD och som också sannolikt skulle ha nytta av medicinering. I dagsläget är det endast ca 400 stycken som har farmakologisk behandling, vilket borde leda till eftertanke om vi har tillräckligt med resurser avsatta för den här patientgruppen. Det visar sig också vid genomgång av Apotekets statistik avseende definierade dygnsdoser centralstimulantia per tusen invånare och år att det är stor skillnad på förskrivningen beroende på var man bor. När det gäller metylfenidat, hade Gotland 2007 den högsta förskrivningen med 2.133 DDD/TIN/ÅR medan man i Kronoberg som hade den lägsta förskrivningen hamnade på 335 DDD/TIN/ÅR.

Olle Hollertz
Överläkare, Psyk mott, Oskarshamn

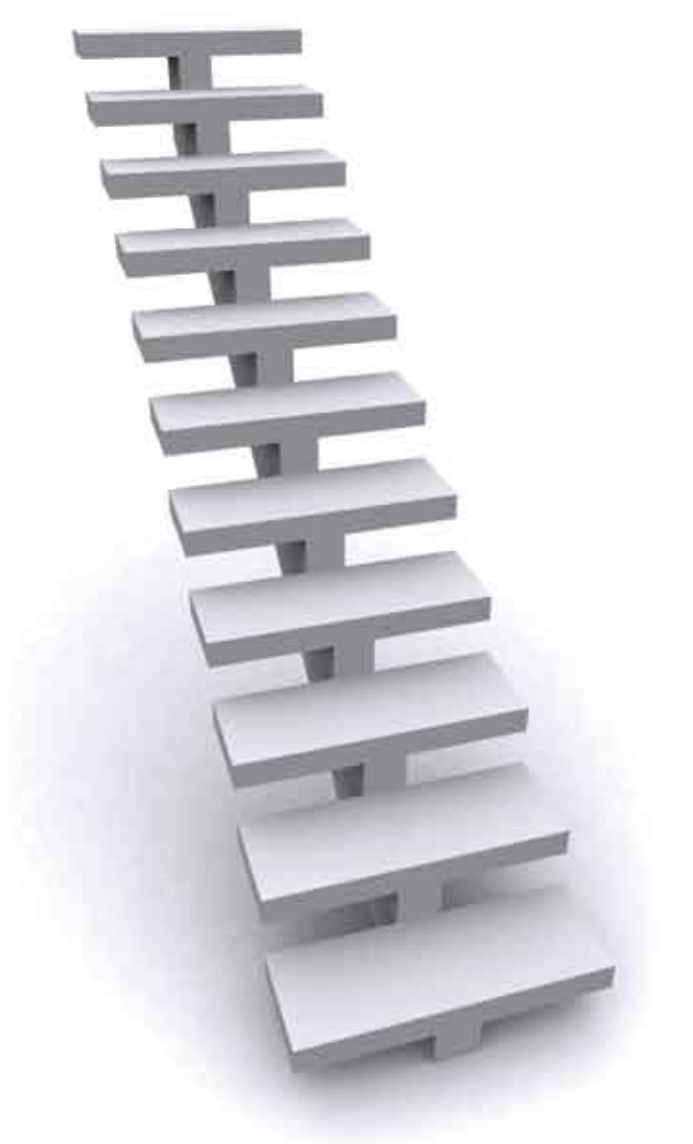


Foto: Shutterstock.com

DIAGNOSTIK BEHÖVER INKLUDERA KULTURELL VARIATION

”Genom systematisk uppdelning och bestämning ha botanisterna sökt noga bevara växter från sammanblandning. Genom att följa deras exempel skulle läkarna lika klart kunna meddela kännedomen om sjukdomarna, om de ordnade dessa i klasser, släkten och arter och på liknande sätt avgränsade dem.”

Linné, C. *Genera morborum* (sjukdomsgrupperna). 1949.

Ekenäs: Ekenäs Tryckeri Aktiebolag.

Diagnostik är ett centralt nav i psykiatrisk vård. Den avgör behandling för den enskilde, är ett sätt att kommunicera i vården och utgör via epidemiologiska data ett underlag för strukturell vårdplanering och utveckling. Psykiatrisk diagnostik står ständigt inför behovet att omfatta nya kunskaper. I dagens allt mer globaliserade samhälle finns utmaningen att inkludera variation i uttryck för psykisk sjukdom och ohälsa samt salutogena faktorer. I denna artikel kommer jag att diskutera vikten och möjligheten av att inkludera kulturell variation vid psykiatrisk diagnostik.

Kultur och psykopatologi

I inledning till DSM-IV (APA, 2003) påpekas att flera psykiatriska tillstånd påverkas av kulturella och etniska faktorer avseende uttryck och sjukdomsförlopp. DSM-IV innehåller en diskussion om variation i uttryck av psykiatriska sjukdomstillstånd. Till de olika diagnostiska huvudgrupperna finns avsnitt som diskuterar kulturella faktorer, genus och åldersvariation i symtombilder. I diskussionen om kulturell variation pekas t ex på att depression i vissa kulturer kan upplevas främst som kroppsliga besvär. En egentlig depression kan beskrivas som nervösa besvär, huvudvärk, svaghet, trötthet, obalans eller hjärtbesvär. För bedömning av psykosjukdom beskrivs vikten av att ta hänsyn till kulturella skillnader i sätt att uttrycka känslor och syn på illusioner och hallucinationer. Risken för att överdiagnostisera schizofreni hos vissa minoritetsgrupper och att feldiagnostisera bipolär sjukdom som schizofreni påtalas.

För diagnostik av personlighetsstörning poängteras att det kan vara problematiskt att tillämpa kriterier för personlighetsstörning i transkulturella situationer eftersom det finns en bred variation i uppfattning av självet, kommunikationsstil och copingstrategier. Vikten av att inte blanda ihop integrationsproblem med en personlighetsstörning betonas. Patologi får inte sammanblandas med annorlunda vanor, traditioner, religion eller politiska värderingar.

Diagnostik av en patient från en annan etnisk eller kulturell bakgrund beskrivs som en särskild utmaning. För en kliniker som är främmande inför nyanserna i en patients referensvärld är det lätt att göra felaktiga bedömningar. Kulturellt normala variationer i beteende och uppfattningar kan uppfattas som onormala och patologiska. En tilltagande mängd forskning i medicinsk antropologi och transkulturell psykiatri dokumenterar olika sätt att kommunicera och tänka kring psykiska besvär. För uttryck av besvär och symptom har Nichter (1981) på engelska myntat begreppet *“idioms of distress”*. Detta hänvisar till att uttryck behöver förstås i relation till sitt historiska och sociala sammanhang. Mezzich med fler, (1999) menar att kulturella faktorer påverkar hur besvär upp-

levs och förstås, symtombildning, stressupplevande, våldsökande och behandling och hur sjukdom hanteras i det vardagliga livet.

I en studie av diagnoser i det mångkulturella området Spånga (inkluderar Rinkeby och Tensta) i västra Stockholm visade al Saffar med fler (2004) att etnicitet hade en stor betydelse för diagnostik. Patienter från Afrika hade högre risk än andra att få diagnosen psykos – men inte schizofreni. Grekiskfödda patienter fick oftare somatoforma diagnoser och svenskfödda personlighetsstörningsdiagnoser. Patienter från Sverige och Östeuropa fick oftare ångestdiagnoser än andra. I lokal statistik av senare datum från samma område framkom en lägre frekvens av bipolär sjukdom och åtstörningar i det mångkulturella området än i andra områden av Norra Stockholms psykiatri (Omérov, 2003).

Dessa lokala data från den psykiatriska vården i det mångkulturella Tensta-Rinkeby- området i västra Stockholm bekräftar de transkulturella diagnostiska svårigheter som beskrivs i DSM-IV. Bilden kompliceras av att fördelningen av psykisk ohälsa är ojämlig. Prevalensen av vård för icke affektiva psykoser i Rinkeby var 1,34% jämfört med 0,71% för Stor Stockholm i sin helhet (Dalman, 2007). Aktuella studier har visat en ökad risk för psykos sjukdom och schizofreni hos invandrare jämfört med majoritetsbefolkningen (Zolkowska med fler., 2001; Hjern med fler., 2004; Cantor-Graae och Selten, 2005). Den psykiatriska vården i mångkulturella områden möter både en ojämlig fördelning av psykisk sjukdom och diagnostiska svårigheter.

I det nya mångkulturella svenska samhället är det lätt att tolka kulturella faktorer som främst kopplade till invandring och en sorts ”geografiska” kulturmöten. Idé och lärdomshistorikern Karin Johannisson påminner oss om tidsepokens betydelse. Hur känslorna har en historia illustrerar hon i boken *”Nostalgia. En känslas historia”* (2001). Nostalgibegreppet har genomgått ständiga betydelseglidningar och tolkats i patologiska, politiska, sociologiska och existentiella termer. Linnés klassifikation av sjukdomsgrupper från 1763 inkluderar nostalgibegreppet. Där översatt från latin till svenska som *”hemiuka”* och med betydelsen längtan till fädernesland eller anförvanter.

Personliga erfarenheter

Min personliga erfarenhet är att det ofta finns speciella svårigheter med psykiatrisk diagnostik i mångkulturella miljöer. Mitt intryck bygger på ett långt kliniskt arbete i Spånga området och konsultativt arbete på Transkulturellt Centrum. Transkulturellt Centrum är Stockholms läns landstings kunskapscentrum i transkulturell psykiatri, asyl- och flyktingsjukvård samt tandvård.

Till Centret kan kliniker från hela Stockholmsområdet vända sig med frågor och konsultationer. Konsultationerna handlar ofta om svårigheter med transkulturell psykiatrisk diagnostik och om att tolka och förstå patienters sätt att uttrycka besvär och symtom.

Några återkommande utmaningar för psykiatrisk diagnostik i mångkulturella områden som jag mött är: psykisk sjukdom och ohälsa uttrycks och förstås på många och olika sätt; erfarenheter av trauma; kunskaper om medicinska och psykologiska begrepp och behandling varierar; den lokala sjukvårdsorganisationen är ofta dåligt känd; psykisk sjukdom och psykiatrisk vård är ofta stigmatiserad; många patienterna befinner sig i en situation av såväl sociokulturell omställning som social utsatthet. En återkommande resurs som jag mött är betydelsen av familjen som stöd. Många gånger har begränsade insatser varit till stor hjälp för patienter. De har blivit bättre och kunnat gå vidare.

Det är viktigt att göra den diagnostiska situationen begriplig för patienten. För den som har dålig kunskap om hur sjukvården och psykiatrin fungerar behöver mycket förklaras för att bli meningsfullt och för att skapa ett gott samarbetsklimat. Valfungerande tolkar är ett måste. Idag pågår ett intressant utvecklingsarbete med s.k. hälsokommunikatörer. I Skåne har dessa funnits som en sorts broar mellan patienter och behandlare och ett projekt är på gång i Stockholm via Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

Kultur, DSM-IV och ICD-10

DSM-IV har ambitionen att vara generellt användbar i skilda sammanhang och lyfter fram kulturella faktorer avseende tre områden. Förutom den beskrivna diskussionen om variation i anslutning till olika sjukdomsgrupper finns en lista över sk kulturbundna syndrom. Denna är mycket av en uppräkningslista av olika mer eller mindre väl dokumenterade udda tillstånd som relateras till kultur. Det tredje området är ett förslag till en kulturformulering (Outline for a Cultural Formulation) i appendix I. Detta är en idiografisk, dvs individuell och personinriktad, bedömning av patientens kulturella referensram samt sammanhang (kontext). Kulturformuleringen är tänkt att användas som ett komplement till den multiaxiala diagnostiken. ICD-10 har också ambitionen av att vara generellt användbar men ger betydligt mindre uppmärksamhet till kulturella faktorer. Utifrån ICD-systemet pågår däremot en utveckling av lokala versioner, ibland annat Kina och Latinamerika, som anpassas till lokala förhållanden (Mezzich med fler, 2001). De diagnostiska systemens globala ambition och användande av västerländska psykiatriska kategorier på icke västerländska befolkningar har ifrågasatts. Summerfield (2008) pekar på att psykiatriska kategorier är västerländska produkter som utgår från specifika sociala och kulturella referensramar och aktuell medicinsk diskussion samt att de beskriver deskriptiva syndrom och inte sjukdomar. Summerfield menar att västerländska kategorier inte är universellt användbara. Kleinman (1977) använder begreppet "category fallacy" för att belysa problemet med att använda psykiatriska diagnostiska kategorier utanför den referensvärld där de skapats.

Ett systematiskt intresse för sociokulturella faktorer vid psykiatrisk diagnostik kan förmodligen bidra med kunskaper om så väl variation som diagnostiska kategoriers begränsningar.

Praktisk tillämpning av kulturformuleringen i DSM-IV

Förslaget till en kulturformulering i DSM-IV syftar till att stödja kliniker att på ett systematiskt och individualiserat sätt utvärdera patientens kulturella och sociala sammanhang. Den fokuserar på betydelsen av patienters: kulturella identitet/tillhörighet, sjukdomsförståelse och förklaringsmodeller, symtom i relation till normalitetsuppfattningar och värderingar i patientens sociala och kulturella omgivning samt stressorer och sociala stödfunktioner. Betydelsen av att reflektera över kulturella och sociala faktorer för relationen mellan patient och behandlare poängteras. En aktuell kanadensisk studie om klinikers syn på kulturformuleringen visade att den uppfattades som värdefull men att det fanns ett behov av att öka intresset för migration och religion (Kirmayer med fler, 2008).

Som stöd för kliniker att praktiskt använda kulturformuleringen har olika riktlinjer och manualer utvecklats. På svenska finns en manual (Bäärnhielm, m.fl., 2007) som kan laddas ned från Transkulturellt Centrums hemsida (www.sll.se/tc). I den finns ett särskilt avsnitt om migration och ackulturation (Bäärnhielm, 2008). Manualen innehåller förslag till frågor för kliniken att använda, praktiska råd och tips (Bäärnhielm och Scarpinati Rosso, i tryck). I ett temanummer av tidskriften Transcultural Psychiatry kommer förslag till riktlinjer att publiceras i en artikel på engelska (Mezzich med fler, i tryck). Artikeln innehåller praktiska råd och förslag till frågor.

.....
Erfarenheter av transkulturell psykiatrisk diagnostik och av att använda kulturformuleringen presenterades vid konferensen "Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik" i Stockholm november 2008 (se separat artikel). Vid konferensen belystes även det arbete med person-centrerad diagnostik, som lyfter fram individens resurser, som pågår i anslutning till revideringen av ICD-10 till 11 (Mezzich och Salloum, 2007). För den som vill läsa mer om kulturformuleringen rekommenderas en ny kunskapssammanställning på engelska i boken "Cultural Formulation. A Reader for Psychiatric Diagnosis" av Mezzich och Caracci (2008).

Behovet av psykiatrisk diagnostik som beaktar variation blir påtagligt vid arbete i mångkulturella områden men lär komma hela befolkningen till godo.

Sofie Bäärnhielm
Överläkare, med dr

Enhetschef, Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting

Referenser till denna artikel presenteras på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se / tidskriften

Om diagnostik av utagerande barn.

Om man ber föräldrar och andra inremitterande ange vad de vill ha hjälp med av barnpsykiatrien visar det sig att "utagerande" och "koncentrationsstörning" är mer än dubbelt så vanligt som alla andra orsaker till att man vill ha vår hjälp.

Vilka är då dessa barn? Jo, huvuddelen är pojkar i låg- och mellanstadiet, och alla har förvisso inte en ADHD-problematik.

Jag kan fundera på Eva Kärfves utfall mot oss barnpsykiatrer. Är hennes rädsla för att vi skall överdiagnosticera ADHD befogad? Har inte alla barnpsykiatrer i alla tider varnat för överdiagnosticering av dessa tillstånd, alltsedan Bengt Sandberg på 70-80-talet i tidskriften "Psykisk Hälsa" höjde ett varnande finger när skolor ville sjukförklara sina bråkiga barn med att de hade MBD? Nu kräver åter skolorna diagnos för att en elev skall få extra stödresurser.

För att inte hamna i något dike bör kanske en rad hypoteser formuleras kring dessa mycket generella symptoms genes, och en sedvanlig hypotesprövning genomföras.

Här ett försök till alternativa förklaringar till utagerande, koncentrationsstörning och hyperaktivitet:

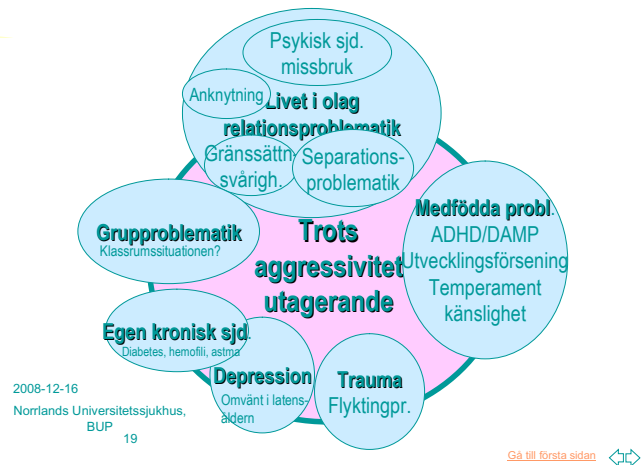
- 1. Barnet uttrycker att något i livet är i olag:** Om vi tänker familjeorienterat finns många olika saker som kan trassla till det för barn:
 - anknytningsstörningar
 - missbruk
 - psykisk sjukdom
 - relationsproblem mellan föräldrar
 - gränssättningssvårigheter
- 2. Barnet uttrycker medfödda svårigheter:**
 - En konstitution med "kort stubin"
 - En utvecklingsstörning som aldrig uppmärksammas och som lett till att man "flippat ut" p.g.a. överkrav
 - En odiagnosticerad neuropsykiatrisk störning med bristande anpassning till barnets funktionsnivå (ADHD, Asperger, Tourette)
- 3. Barnet uttrycker ett obearbetat trauma**
 - Flyktingproblematik (alla barn blir inte deprimerade)
 - Emotionella trauman
 - Fysiska trauman inkl. komplicerad sjukdom
- 4. Barnet uttrycker en depressiv problematik**
 - Latensbarn kan få en irriterad, rastlös, bråkig och grälsjuk symptomteckning som maskerar depression
- 5. Barnet uttrycker problem kring en kronisk sjukdom, exempelvis:**
 - Diabetes: Ett ständigt tvång att sköta sig, hålla tider, äta lämpligt mm
 - Födoämnesallergi: Att ständigt måsta läsa på alla paket och aldrig kunna äta det som andra får

- Hemofili: Aldrig kunna hoppa och skutta och leka som andra barn, alltid tänka på att vara försiktig så man inte slår sig

6. Barnet uttrycker en grupproblematik:

- Mobbning och andra relationsproblem med kamrater
- Lärare med gränssättningssvårigheter som tenderar att utse syndabock
- Dysfunktionella lärarkollegier med stridigheter som sekundärt leder till ohanterliga klassrumssituationer

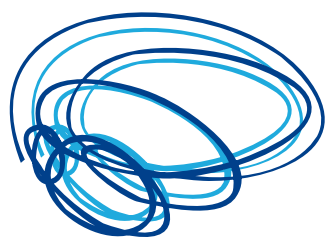
Grafiskt skulle ovanstående kunna beskrivas på följande sätt:



Alla barn med vår ovan beskrivna generella symptomteckning antas rymmas inom den inre cirkeln. De överlappande cirkelarna anger att dessa sex orsaker ju inte alltid ger den beskrivna symptomteckningen. Den del som hamnar utanför den inre cirkeln ger andra symptom, t.ex. depressiva symptom vid trauma eller ångest vid relationsproblem i hemmet.

Det vore intressant att spekulera i storleken på cirkelarna som skulle kunna ange hur ofta vi skall tänka i den ena eller andra riktningen. Är det vanligare att utagerande och koncentrationsstörning beror på relationsproblem än på ADHD? Och hur ofta finns en multifaktoriell determination?

Anders Westerlund
Överläkare
Samordnande Landstingsstudierektor
Kompetensutvecklingsbyrå, By Z
Norrlands Universitetssjukhus



SPFST

SVENSKA PSYKIATRISKA
FÖRENINGENS ST-SEKTION



En gemensam förvaltning för Region Skånes specialiserade allmänpsykiatri, rättspsykiatri, beroendevård och barn- och ungdomspsykiatri blir verklighet den 1 mars 2009. Förvaltningen kommer att ha drygt 3 000 anställda och en budget på cirka 2 mdkr.



**Överläkare, LUS, 3 tjänster,
ref nr 11-X586**

Vi söker dig specialist som vill vara med och utveckla morgondagens barn- och ungdomspsykiatri i Region Skåne

Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund är en universitetsklinik med ca 155 medarbetare, varav 9 överläkartjänster, 5 ST-tjänster och randande ST-läkare. Kliniken har en egen studierektor och håller i kandidatundervisning. Vård bedrivs i form av närsjukvård, specialiserad akutpsykiatri och högspecialiserad psykiatri. Kliniken har slutenvård i form av akut-, utrednings- och behandlingsavdelningar, tre allmänna öppenvårdsmottagningar, subspecialiserade team och högspecialiserade team inom anorexi, autismutredning, dövpsykiatri och psykosvård. Till kliniken finns knutet en professorsledd forskningsinstitution.

Vi söker nu ytterligare tre överläkare, med specialistutbildning i barn och ungdomspsykiatri. Två av tjänsterna riktar sig till dig med intresse av omväxlande öppenvårdsarbete inom våra mottagningar i Eslöv och Landskrona. Dessa kan kombineras med viss subspecialisering. Vi söker också en specialist/överläkare som har intresse av det neuropsykiatriska området. Det finns stor möjlighet att påverka inriktning och innehåll och det finns utrymme för planerad forskningstid.

Vill du veta mer om tjänsterna är du välkommen att kontakta verksamhetschef Morgan Johansson, tfn 046-17 44 03, chefsöverläkare Karin Donnér, tfn 046-17 44 84, samordningsansvarig överläkare Christina Högström, tfn 046-17 44 12.

Facklig företrädare MSL Ingela Tordenmalm, tfn 046-17 23 95.

Ansökan märkt med ref nr samt bifogad

- styrkt meritförteckning
- legitimation
- bevis om specialistkompetens

samt övriga handlingar som sökande önskar återropa skickas till Division Psykiatri, Birgitta Sülau, Kioskgatan 17, 221 85 Lund,
e-post: birgitta.sulau@skane.se

Sista ansökningsdag är 2009-03-15.