

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#1

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

TEMA: Vad gör psykiatrin med psykiatern?



TEMA

Hur inverkar psykiatrins innehåll, ramar och former på psykiatrikerna? Förändras vi som människor allteftersom åren går? Blir vi rentav litet tråkiga? Eller blir vi avslappnade och djärva? Vad innebär det att arbeta med människor som inte vill ha vår hjälp? Det är frågor som berörs i detta nummer. Dessutom identifieras ett antal psykiater-prototyper.

DU VET VÄL ATT

... den tredje Svenska Psykiatrikongressen äger rum den 17-19 mars på Södra Teatern i Stockholm!? Det varierade och högtintressanta programmet presenteras i detta nummer. Missa inte detta tillfälle till fortbildning, erfarenhetsutbyte, diskussioner och social samvaro!

ÖVRIGT

Vi följer upp tidigare temanummer med artiklar om diagnostik, normalitet och själen. Diskussionen om de apatiska barnen fortsätter, och det rapporteras från Sydafrika, Skåne och Los Angeles. De metabola riktlinjerna presenteras och landets psykiatriprofessorer tar till orda. Och nu det är dags att söka Johan Cullbergs resestipendium 2010!



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör: Tove Gunnarsson



Psykiatrins dag flyttas för att harmonisera med WHO:s Mental Health Day

Psykiatrins dag som företeelse startade i Sverige i början på 1990-talet på initiativ av Psykiatrifonden. Den har sedan blivit ett regelbundet återkommande tillfälle att visa upp vad som händer för och kring de människor som drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom.

Även om initiativet kom från psykiatrin blev det mycket snabbt ett samarbete med patient-, brukar- och anhörigföreningar på de allra flesta håll i Sverige. Vi; NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa) och Psykiatrifonden, vill nu ta initiativ till att flytta datum för Psykiatrins dag så den sammanfaller med WHO:s Mental Health Day 10/10. Om denna dag kan man läsa följande på WHO:s sida om Mental Health (WMHD): "Richard C. Hunter, som var vice generalsekreterare i WFMH mellan 1983 och hela 2002, ville att Världsdagen för psykisk hälsa skulle bli en global och enad insats för att öka medborgarnas medvetenhet om och förståelse för psykisk hälsa och psykisk sjukdom. Hans vision lever vidare varje år den 10 oktober och firas numera som Världsdagen för psykisk hälsa i över 100 länder!"

I en värld där geografiska gränser blivit mindre viktiga och där kunskap och nätverk, med hjälp av internet och modern teknik, flödar fritt globalt känns detta som ett naturligt steg.

Vissa kanske inte klarar det i år, då planeringen för hösten redan påbörjats, men nästa år borde vi kunna nå detta mål. I USA och Canada, där 10 oktober har varit den officiella dagen under lång tid brukar man i allmänhet förlänga dagen till "psykiatrins vecka". Så sker också på många håll i Sverige. Sådana forum behövs för att vi ska få bättre förutsättningar att sprida kunskap om psykisk ohälsa och förbättra attityderna till personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.

Anki Sandberg
Ordförande
NSPH
Nationell samverkan för psykisk hälsa

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande
Psykiatrifonden och
Svenska Psykiatriska Föreningen

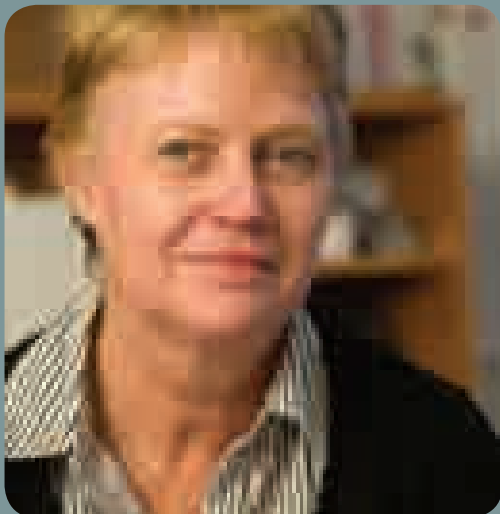


Foto: Martin Naucier

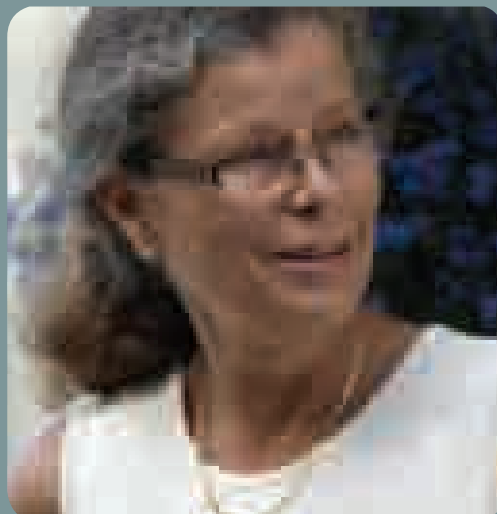


Foto: Carol Schultheis

Bockskägg, manchesterbyxor och sandaler...

REDAKTIONELL
LEDARE

det var så jag tänkte mig en psykiater när jag var ung. Jag har fått revidera bilden något.

Det finns alla sorter inom vår kår, så man kan undra ifall frågan "Vad gör psykiatrin med psykiatern?" över huvud taget kan besvaras? Finns det generella svar, något som förenar oss? Det flesta av oss är trötta på schablonbilder av hur en psykiater är, men frågan är ändå intressant. Vad händer med oss - privat och i vår yrkesroll – allteftersom åren går? Vår specialitet är speciell av flera skäl och ställer särskilda krav på oss. Vi utsätts för omvärldens granskning och väcker känslor på ett helt annat sätt än andra medicinska discipliner.

I flera artiklar i detta nummer diskuteras hur psykiatrins innehåll och former påverkar oss. I ett bidrag presenteras hur bilden av den typiske psykiatern förändrats sedan 50-talet. Och dessutom får ni "ett anspråkslöst förslag"...

Detta nummers tema kan sägas handla om att det finns en psykiatrisk kultur som formar oss. I nästa nummer kommer vi att gå vidare och diskutera mötet mellan den psykiatriska och den konstnärliga kulturen i temat "Kultur, psykiatri och psykisk hälsa". Ämnet ger utrymme för ett antal infallsvinklar. Hur har kreativiteten påverkats av psykisk sjukdom hos konstnärer, författare, poeter och kompositörer? Hur har psykisk sjukdom gestaltats i konst, film, teater och litteratur? Hur kan konst, musik och dans användas i psykiatrisk behandling? Det finns säkerligen fler tolkningar av temat.

Tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör
Svensk Psykiatri



TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Ansvarig utgivare: Lise-Lotte Risö Bergerlind
Huvudredaktör: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:
Daniel Frydman (ps-frydman@comhem.se)
Gloria Osorio (oskvika@hotmail.com)
Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)
Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjo@bredband.net)

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

Material skickas till:
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till:
annonser@svenskpsykiatri.se

Omslag: Michelangelo; Skapelsen av Adam
Wikipedia
Grafisk design: Carol Schultheis

Väntans tider...

**LEDARE
SPF**
**Ordförande
Lise-Lotte
Risö Bergerlind**

När jag växte upp väntade jag på att bli äldre. Som riktigt liten var varje dag en evighet där jag väntade på att pappa skulle komma hem, minns hur jag stod i fönstret och väntade på bussen. Litet senare såg jag fram emot att få gå på barnförbjuden bio, dansställen med 18-årsgräns och föräldrafria tillställningar. Nu väntar jag inte längre på att få bli äldre – tvärtom. Nu tycker jag livet går fort, ibland för fort. Fast visst händer det trevliga saker att se fram emot. Jag har blivit mormor i november och jag väntar på varje tillfälle att få se den lille krabaten. Resorna till Stockholm har fått en guldkant, de bor ju där. Och det kanske blir syskon i sinom tid...??

När jag nu sitter och skriver hemma i Hyssna tittar jag ut på virvlande snö. Tar det aldrig slut? Snö sedan mitten av december och minusgrader, det är vi inte vana vid. Idag är vi i princip insnöade även om plogen har gått här utanför. Snön vräker ner. Maken fotograferar de vidunderliga snöformationer som bildas när vinden också gör sitt. Det är faktiskt vackert. Min otålighet kring denna vinter handlar mer om att livet blir "knöligare" med bilkörning, varma kläder att ta av och på och skor med dobbor, alla resor till Stockholm för SPF och annat där tåg och bussar kämpar på men inte alltid kommer och går när de skall. Men idag, lördag, njuter jag av att vara insnöad; hinna med SPF-arbete, äta och dricka gott, se på film och spela spel. Medan vi väntar på vår får vi göra det bästa av läget!

Och så väntar jag på Svenska Psykiatrikongressen. Över 3 veckor kvar och redan nästan 300 anmälda. Går vi mot rekord? Det tror jag. Vi hade nästan 550 förra året i Göteborg, jag tror vi når 600 i år, fler kan inte lokalen ta emot. Programmet ser fantastiskt ut; både vetenskapligt, kulturellt och socialt. När ni läser detta är det inte långt kvar. Hoppas ni hunnit anmäla er! Jag är så förväntansfull att få träffa er alla.

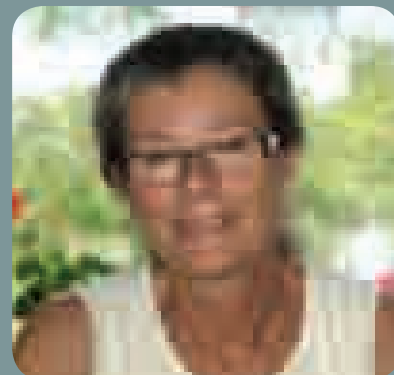
Jag väntar också på att vi inom kort har fastställt SPF:s rekommendationer kopplat mot nya målbeskrivningen för ST, vi är inne på "upploppet" nu. Det har varit ett stort arbete för utbildningsutskottet som i detta också haft kontakt med andra specialitetsföreningar inom och utom psykiatin. När de väl nu kommer ut på vår hemsida hoppas vi på mycket feedback som skall hjälpa oss att revidera.

Mycket vi väntat på har fallit ut positivt; METIS har fått ytterligare 18 miljoner under 3 år och SKL har fått 50 miljoner kronor för förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården. Om båda dessa saker har Du möjlighet att höra mer om på SPK 17 – 19/3.

Medan jag skrivit dessa rader har det fallit ytterligare 1 dm snö så nu väntar vi på plogen igen.

I allt detta väntande; glöm inte bort att njuta av livet här och nu. Det förgångna har lämnat oss och kan inte göras om, möjligen kan vi lära oss av det. Framtiden äger vi inte, i värsta fall oroar den oss och i bästa fall ger den oss förhoppningar. Men nuet – det är Ditt! Carpe diem!

**Lise-Lotte
Risö Bergerlind
Ordförande SPF**



**SVENSKA PSYKIATRISKA
FÖRENINGENS
STYRELSE**

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Vice ordförande: Robert Rydbeck
(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)
Ledamot: Francisco Barca
Ledamot: Hans Ericson
(hanse@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Åsa Westrin
(asaw@svenskpsykiatri.se)
ST-representant: Marcus Persson
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida:

www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(webmaster@svenskpsykiatri.se)



Barnperspektiv

**LEDARE
SFBUP**

**Ordförande
Lena Eidevall**

I år har lagförändringar/skärpningar införts i HSL och LYHS för att försäkra att barn som lever i de riskgrupper som forskningen identifierat innebär en risk för barnet för att utveckla psykisk ohälsa, missbruk etc., ska få information, råd och stöd av samhället. Det är ett viktigt steg. Och det har stått försvinnande lite att läsa om i våra dagstidningar. Man kan undra hur det kommer sig? Här finns ju en möjlighet att problematisera, kritisera, analysera hur alla som får kännedom om barns förhållanden sköter sig.

I ett demokratiskt land stiftas lagar för att skydda de svagaste och i vårt land finns många lagar med syfte att säkra barns liv och rättigheter. Det som förenar alla som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri med alla andra som arbetar med de människor i samhället som ännu inte är myndiga är just det s.k. barnperspektivet.

Det betyder inte att det är bara vi som ska ha detta perspektiv, utan snarare att vi har ett speciellt ansvar att påminna om det, berätta vad det innebär, bidra till utveckling inom olika fält för att försäkra att barns röster blir hörda och att barns behov tillgodoses oavsett hur stora behov eller egna svårigheter de vuxna föräldrarna har.

Just nu gäller det för BUP att på ett konstruktivt sätt bidra till en diskussion på hemmaplan med de vuxenpsykiatriska verksamheterna, som måste skapa fungerande rutiner för sitt arbete med att identifiera alla barn till sina patienter och sedan på ett systematiskt sätt ge information, råd och stöd.

Att jag skriver om det i ledaren beror på att SFBUP i förra veckan arrangerade ett mycket välbesökt möte för landets verksamhetschefer, divisionschefer och chölar inom BUP, där också SKL deltog och undrade hur BUP tänkte arbeta med detta? Mitt svar var då att detta inte är BUP:s ansvar i första hand, men att BUP förstås måste bidra med sitt kunnande när det är relevant.

Men allra oftast kommer detta naturligtvis bli en fråga som handlar om att involvera kommunen och socialtjänsten i mycket större utsträckning än man gör idag för barnens bästa.

Barnpsykiatriens roll här måste ju bli liknande den som är tänkt i förhållande till första linjens barn- och ungdomspsykiatri, dvs. konsultativ i första hand. En mängd olika modeller finns för hur ett sådant arbete ser ut – t.ex. gemensamma träffar mellan psykiatriens barnombud och repr. från BUP, gemensamma utbildningar, handledningsgrupper, gemensamt arbete med familjeinterventioner i de familjer som behöver extra stöd.

Med anledning av dessa lagförändringar har vi inom SFBUP valt att ha en av de föreläsningar som vi anordnar inom SPF:s kongress i mars på detta tema, där forskaren Margareta Östman kommer att prata. Förmiddagen den 19/3 med BUP-spåret är just tänkt som ett sätt att ur olika perspektiv belysa barnperspektivet för alla som arbetar inom vuxenpsykiatri. Hoppas att flera tar sig tid att komma dit!



Och så hoppas jag verkligen att så många som möjligt från BUP-verksamheterna runtom i vårt avlånga land tar sig till SFBUP:s vårmöte som går av stapeln i Göteborg i april – där temat är hur man kan lära känna barnet, dvs. diagnostik ur ett brett perspektiv. Det ser ut att bli många intressanta symposier och föreläsningar. Kongressen är självklart öppen för alla yrkeskategorier!

**Lena Eidevall
Ordförande SFBUP**

sfbup

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lena Eidevall (lena.eidevall@skane.se)
Vice ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Mia Thörnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)
Vetenskaplig sekreterare: Jan-Olov Larsson (jan-olov.larsson@ki.se)

Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)
Ledamot: Marie O'Neill (marie.oneill@ltkronoberg.se)
ST-representant: Peggy Törn (peggy.torn@sl.se)

SFBUP:s hemsida: <http://www.svenskabupforeningen.se>
Webmaster: Stina Djurberg

Vad gör psykiatri med psykiatern?

**LEDARE
SRPF
Ordförande
Lars Eriksson**

Är temat för detta nummer av tidskriften. Det är en fråga vi alla bör ställa oss från tid till annan. När jag undervisar läkarkandidater om tvångsvårdslagstiftning brukar jag säga att "den som inte upplever etiska problem med tvångsvård bör nog syssla med något annat". Att utöva tvångsvård med respekt för patienten är en av våra största utmaningar i arbetet. Många av oss arbetar ju enbart med patienter som inte själva valt att komma till oss för vård.

Det finns så många aspekter på att utöva tvångsvård med respekt för patienten. Att ge en bra anpassad information och verkligen få med patienten i vårdplaneringen är givetvis viktigt. Att göra förhandlingarna i Förvaltningsrätten till en lite högtidlig och värdig tillställning där patienten verkligen känner att han får sin sak prövad och samhällstillsynen utövas är också viktigt. Att inte av rädsla för patienten övermedicinera "för säkerhets skull" är oerhört viktigt. På förra årets Psykiatrikongress pratade jag på temat "Finns det en särskild LRV-farmakologi". Svaret bör vara nej – rättspsykiatri är ingen diagnos. Jag menade att det bland en hel del kollegor utanför och även inom den rättspsykiatriska vården finns föreställningar om att rättspsykiatriska patienter ska ha mycket medicin, gärna gammal beprövad billig medicin och helst i depot-form. Jag menade att det kanke borde vara tvärtom, att den rättspsykiatriska vården ger tid och möjligheter till sofistikerade medicininställningar enligt principen "lägsta effektiva dos".

Kvalitetsregistret RättspsyK ger oss möjligheter att följa upp vårt arbete bland annat vad gäller medicinering, hinder för utskrivning med mera. Registret har fått ett fantastiskt genomslag och det är nu viktigt att vi fortsätter att rapportera och att utnyttja resultaten i våra lokala utvärderingar.

Vad gäller vår förenings fortsatta arbete så har jag med glädje kunnat konstatera att samtliga styrelsemedlemmar vill fortsätta ytterligare minst ett år. Men – vi har plats för fler. Läs gärna vår korta årsberättelse på hemsidan och hör av dig till styrelsen med idéer och om du vill ta mer aktiv del i föreningsarbetet.

För övrigt verkar det som förnuftet segrar och även västragötalänningar med ADHD snart kommer att få bättre möjligheter till farmakologisk behandling. Hoppas detta är sista gången jag behöver kommentera frågan.

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

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

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

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

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



 **actavis**
creating value in pharmaceuticals

Freuds psykoanalys.

Band 4: Inblickar i psykiatrins och den psykodynamiska terapins historia i Göteborg 1945-2009

Per Magnus Johansson

BOKRECENSION

Tobias Nordin

Per Magnus Johanssons fjärde band fullbordar hans undersökning om Freuds psykoanalys och hur den omhändertagits i Sverige. Att ta sig igenom de cirka 2000 sidor som banden utgör skapar en bra förutsättning för att på ett bildat sätt analysera dagens psykiatri och psykodynamiska terapi. Det fjärde bandet fokuserar på vilka faktorer som bidrar till att psykodynamisk terapi får en plats i samhällets olika institutioner såsom universitet och psykiatri. Bandet analyserar i detalj hur enstaka personers handlande kan få stora effekter på hur utbildningsväsen och praktisk sjukvård organiseras.

Per Magnus Johanssons undersökning tar emellertid sin utgångspunkt genom att i det första bandet med undertiteln *Utgångspunkter* redogöra för ett antal centrala texter av Freud. Det rör sig om drömtydning, vardagslivets psykopatologi, vitsen, sexualteorierna och fallbeskrivningarna. Vidare undersöks och diskuteras Freuds Leonardo da Vinci - ett barndomsminne samt Totem och Tabu. Avslutningsvis redogör Johansson för hur Freud själv på ett allmänt sätt presenterar psykoanalysen samt hur Freud såg på den psykoanalytiska utbildningen.

I band 2 och 3 med respektive undertitel *Arvtagare i Sverige och Arvtagare i Sverige del 2* argumenterar Per Magnus Johansson för att tio personer haft avgörande betydelse vid införandet av Freuds psykoanalys i Sverige. Urvalskriterierna går igenom och Poul Bjerre, Emanuel af Geijerstam, Alfild Tamm, Pehr Henrik Törngren, Gunnar Nycander, Ola Andersson, Lajos Székely, Carl Lesche, Stefi Pedersen och Gösta Harding redovisas i detalj utifrån en rad olika utgångspunkter. Exempelvis verkade de fem första under seklets första fem decennier och samtliga var läkare. De fyra efterföljande verkade från 50-talet och framåt och saknade läkarutbildning. Gösta Harding var läkare men verkade i huvudsak efter 1950.

Huruvida läkaryrket var en förutsättning för att utbilda sig till psykoanalytiker reflekterade Freud över i *Till frågan om lekmananalysen* från 1926. Per Magnus Johansson i sin tur undersöker hur de historiska betingelserna runt 50-talet såg ut och kommer fram till att det sker institutionella, samhälleliga och vetenskapliga förändringar som möjliggör för andra än läkare att utbilda sig till psykoanalytiker i Sverige. Den här typen av analys är en genomgående styrka i alla fyra banden. Enskilda händelser sätts in i ett sammanhang och förklaras utifrån ett idéhistoriskt perspektiv.

Det fjärde bandet med undertiteln *Inblickar i psykiatrins och den psykodynamiska terapins historia i Göteborg 1945-2009* är till sin karaktär annorlunda än de två föregående banden.

Freuds psykoanalys är som tidigare i fokus men Johansson påpekar att förutsättningarna för att skriva om Göteborgsmiljön är annorlunda jämfört med den Stockholmsdominans som förelagt i de två föregående banden. I Göteborg har det sedan 1945 funnits få psykoanalytiker och inga psykiatriker som samtidigt varit psykoanalytiker. Av dem som funnits har författandet av vetenskapliga artiklar och/eller böcker också varit betydligt mindre och någon stabil psykoanalytisk institution har inte heller funnits. Även i detta band utgår han trots detta från enskilda personers betydelse och för att få en bra och rättvis bild av dessa personers gärning har det krävts omfattande studier av privata och offentliga arkiv, skriftliga publikationer och otaliga intervjuer.

De som undersöks är Bengt J. Lindberg, Elis G. Regnér, Torsten S:son Frey, Jan-Otto Ottosson och Christopher Gillberg. Samtliga har haft ledande positioner vid de psykiatriska verksamheter som de verkat eller fortfarande verkar i. Per Magnus Johansson visar att de på ett avgörande sätt präglat sina verksamheter vilket även gäller deras syn på psykoanalysen och den psykodynamiska terapin. Lindberg hävdade att psykoterapi är en specialitet som skall bedrivas av psykiatrikerna och han är kritisk till de aspekter av Freuds verk som inte är kompatibla med det psykiatriska paradigmat. Regnér var eklektiker med ett genomgående biologiskt perspektiv. Freys slutsats påminner om Lindbergs i det att han anser att det inte krävs någon särskild utbildning för att verka som psykoterapeut eller psykoanalytiker och även han är kritiskt inställd till Freud. Ottosson är mer nyanserad och uppskattar psykiatrins såväl naturvetenskapliga som humanistiska aspekter. Han är positiv till att läkare har en särskild psykoanalytisk utbildning men intar i övrigt en akademisk, måttfull och välvägd hållning till psykoterapi. Den psykodynamiska terapin bedöms inte ha någon plats inom det paradigm som Gillberg representerar.

I detta band granskar även Johansson institutionerna S:t Lukasstiftelsen, psykologiska institutionen vid Göteborgs Universitet, Göteborgs Psykoterapi Institut och Svenska psykoanalytiska föreningen. I början av 1970-talet engageras många i uppdraget att starta en psykoterapiutbildning i Göteborg. I hans redogörelse är konflikterna framträdande och framställningen har något av en spännande roman över sig. Företrädare för den akademiska sidan argumenterar för att utbildningen skall ha en tydlig forskningsförankring och att lärarna skall vara vetenskapligt utbildade. Företrädare för den motsatta sidan gör gällande att utbildningen skall ha en tydlig praktisk/klinisk förankring. Det fanns emellertid de som ansåg att utbildningen skulle innehålla båda sidor och förespråkade ett samarbete.

Man skulle kunna säga att det således fanns tre falanger och allt sedan utbildningen startade har dessa strider pågått. Som en konsekvens av att dessa konflikter inte på ett tillfredsställande sätt löstes har flera ledande personer tagit avstånd från utbildningen och sökt sig till andra områden inom universitetet.

Vilken betydelse har dessa böcker för den svenska psykiatrin? På flera sätt är de mycket värdefulla. Det är en unik och omfattande forskning som nedtecknats. I en tid där många chefer och medarbetare känner sig styrda av yttre krav är det viktigt att påvisa hur det historiskt visat sig att personliga insatser varit avgörande. Per Magnus Johansson visar i sin undersökning hur dessa personer hanterat de förutsättningar de haft. Dagens psykiatri befinner sig i en situation med såväl många möjligheter som många krav från omgivande instanser. Jämförelsevis har den svenska psykiatrin tidigare verkat mer isolerat vilket innebär att personer på centrala positioner i dagens psykiatri således har ett mycket viktigt arbete att utföra. Man skulle till och med kunna säga att psykiatrin idag på ett sätt står inför ett vägval. Antingen låter vi oss styras av instanser som förvisso har ett vällovligt syfte men som inte



Per Magnus Johansson

Foto: Anders Johansson

i tillräcklig omfattning kan verksamheten. I sin yttersta form kan vi identifiera oss som utbytbara och därmed på ett sätt avstå från psykiatrins helhetsansvar. Eller så verkar vi utifrån omgivande instansers spelregler och arbetar i ett gemensamt ansvarstagande för att den svenska psykiatrin skall bli riktigt bra.

En genomgående röd tråd i alla banden är på vilket sätt Freuds psykoanalys och psykodynamisk terapi genom historien haft en plats i våra verksamheter. Per Magnus Johansson visar att den i Sverige under knappt hundra år på olika sätt haft en plats inom våra institutioner.

Han reflekterar vidare över hur enskilda forskare, andra såväl som han själv, påverkas av sitt undersökningsobjekt. Han argumenterar vidare för att det krävs både närhet och distans.

En närhet i betydelsen att forskaren måste komma så pass nära att han kan få tillräcklig förståelse för sitt forskningsobjekt. I hans fall gäller att han via arkivgenomgång, granskning av publikationer och intervjuer har kommit de personer han undersökt nära. Per Magnus Johansson är förutom docent i idé- och lärdoms historia också psykoanalytiker vilket gör att han kan ämnet. Det behövs också en distans i betydelsen att forskaren på ett kritiskt sätt reflekterar över forskningsobjektets betydelse i det sammanhang det verkar. Johansson resonerar även kring vilka möjligheter psykoanalysen och den psykodynamiska terapin har när det gäller att hitta en plats i dagens samhälle och psykiatriska institutioner. I *Arvtagare i Sverige del 2* ägnas 37 sidor åt att gå igenom den kritik av Freuds psykoanalys som funnits under 1900-talet. Avslutningsvis konstaterar Johansson att det är långt ifrån alla människor som idag har förutsättningar att tillsammans med en psykoterapeut eller psykoanalytiker bedriva ett gemensamt arbete. Däremot har psykoanalysen visat hur värdefullt och avgörande det kan vara för en människa att utifrån sin sårbarhet ges förutsättningar att få tala och ge ord åt det som känns svårt eller till och med omöjligt att uttala.

I *Inblickar i psykiatrins och den psykodynamiska terapins historia i Göteborg 1945-2009* avslutande diskussion fortsätter Per Magnus Johansson analysen av hur den psykodynamiska terapins relation till samhället, vetenskapen och psykiatrin ser ut idag. Han har tidigare lyft fram högskoleverkets *Rapport 2007:30 R "Utvärdering av psykoterapeututbildningar vid universitet och enskilda utbildningssamordnare"* där 18 utbildningsinstitut som bedriver legitimeringsgrundande psykoterapeututbildning inom såväl psykodynamisk terapi, psykoanalys, kognitiv terapi och familjeterapi bedömdes. I högskoleverkets slutrapport som publicerades senhösten 2008 miste 7 av dessa examinationsrätten. Högskoleverkets utvärdering pekar på vikten av att upprätta dialog och erfarenhetsutbyte med andra verksamheter än den egna. Rapporten exemplifierar det som Per Magnus Johansson i sin undersökning över Freuds psykoanalys, och hur den omhändertagits i Sverige, kommit fram till. Han anser att för att på ett ansvarsfullt sätt kunna utveckla en verksamhet behövs en historisk kunskap, ett gränsöverskridande samarbete och inte minst enskilda personers insatser.

Avslutningsvis kan konstateras att fyra band om sammanlagt 2000 sidor är mycket text. Även om det finns en klar fördel att läsa alla banden i sin helhet så är böckerna upplagda på sådant sätt att det går att fördjupa sig inom valda delar. Varje kapitel äger i en mening sin självständighet och Per Magnus Johansson har vinnlagt sig om att presentera sin text så att det inte krävs några förkunskaper.

Förutom att det är gediget verk som skänker allvar och eftertanke så är det i många avseenden även en riktigt rolig läsning.

Tobias Nordin

Verksamhetschef/Chefsöverläkare
Södra Älvsborgs Sjukhus

Jonathan Swift (1667-1745) – författaren till Gullivers resor – gav år 1729 ut en satirisk essä, Ett anspråkslöst förslag, där han kom med förslag till hur de fattiga på Irland skulle försörja sig. Texten pekade på hur ojämnt resurserna i samhället var fördelade och hur de fattiga var allvarligt utsatta för överheten. Den mötte stark kritik när den publicerades, men år 2010 har läsarnas förmåga att känna igen en satir vuxit så att en travesti på en dylik text klarare kan uppfattas som ironisk och mer lättksam.

Så hur påverkas psykiatern av idag av en psykiatri med föreskrifter, inskränkningar och bristande resurser? Kanske genom att komma med ”anspråkslösa förslag”?

Ett anspråkslöst förslag

- efter Jonathan Swift - för att förekomma att deprimerat folk i Sverige blir en börda för sina anhöriga eller sitt land; samt göra dem nyttiga för allmänheten. Skrivet år 2010, i den tid när Socialstyrelsen föreskriver enstaka, specificerade, behandlingsmetoder och när Försäkringskassan gör anspråk på att ha kunskaper om hur länge ett sjukdomstillstånd kan pågå.

Det är ett ämne till bedrövelse för alla som arbetar på detta stora lands sjukhus eller arbetar inom öppenvård psykiatrin, på vårdcentralerna eller inom socialtjänsten; att se avdelningarna, mottagningarna och väntrummen fyllda till trängsel med deprimerade personer av båda kön som besväras varje medarbetare med böner om behandling. I stället för att söka arbeta för en hederlig lösning måste dessa patienter använda hela sin tid till att tigga sjukvård, vilken när den är genomförd antingen blir misslyckad av brist på evidensbaserade metoders verkliga effektivitet eller lyckas, som av en händelse eller av en slump.

Den som kunde fundera ut en hederlig, billig och enkel metod att göra dessa personer till goda och nyttiga medlemmar av samhället, har gjort sig så förtjänt om det allmänna bästa att han borde få sin staty rest, som ett minne över en samhällsbevarare.

Men jag tänker inte inskränka mig till att sörja just för de alltför länge sjukskrivna. Jag sträcker mig längre: jag avser samtliga personer av en viss kategori vars vårdgivare är oförmögna att bota somliga av dem då de är bakbundna av de begränsningar i behandlingsarsenalerna som Socialstyrelsen påbjuder, även om effektiviteten av behandlingar möjligen även tidigare varit begränsad.

Jag har i många år haft mina tankar på detta viktiga ämne och noga övervägt andra läkares och myndighetspersoners förslag och planer, men jag har insett att alla deras planer är byggda på grova felräkningar. En sjukskriven man får leva nästan enbart på sjukpenningen i ett halvt års tid. Och det är just när sjukskrivningen har pågått så länge som mitt förslag ser till att de inte blir någon börda för sin familj eller för kommunen. I stället för att sakna mat och kläder under resten av sitt liv kommer de att bidra till livnärandet, och delvis beklädandet, av tusentals människor.

Antalet själar i Sverige uppskattas vanligen till nio och en halv miljon. Jag beräknar att femhundra tusen av dessa är, eller är i färd att bli, deprimerade. Minska med tvåhundra tusen som i viss mån är i stånd att ta hand om sig själva. Om vi emellertid utgår från denna ungefärliga siffra, så återstår trehundra tusen deprimerade medborgare. Från dem drar jag femtontusen, beräknat efter de personer som suiciderar eller dör av olycksfall eller sjukdom under ett år. De tvåhundra sjuttiofem tusen medborgare som varje år är deprimerade, hur skall dessa personer kunna dras upp ur sitt tillstånd av den sjukvård vi företräder? Som jag redan har sagt är detta under nuvarande förhållanden mycket svårt med de nu av Socialstyrelsen rekommenderade metoderna. De behandlingar som föreskrivs lär kunna hjälpa ungefär etthundrasextiofem tusen personer. Vi har i kommunerna ingen rimlig daglig sysselsättning att erbjuda dessa människor; vi bedriver ingen aktiverande sjukvård och vi har inte i tillräcklig utsträckning fungerande psykoterapier och läkemedlen verkar endast i viss utsträckning och endast för en begränsad andel av de personer som drabbats. Blott sällan kan de av egen kraft återfå en neutral sinnesstämning, utom när de har särdeles goda anlag, fast jag måste tillstå att de med rätt behandling och med en för personen passande behandlare, hade kunnat lära sig att återhämta sig. Hur behandlingen skall anpassas till de olika personernas lidande återstår att se.



Foto: Wikipedia

Statistiken har visat för mig att en deprimerad person inte är någon lönsam patient, för att den oftare än önskvärt kräver längre behandling än vad de kontrollerade studierna har förutskickat och dessutom är sjuk längre tid än vad Försäkringskassans beslutsstöd förutskickar. De kan alltså inte sägas vara någon affär varken för arbetsgivaren eller Kronan, eftersom kostnaden för samtal och läkemedel har uppgått till en betydligt högre summa än de intäkter de deprimerade genererar.

Därför skall jag nu i all anspråkslöshet framlägga mina egna tankar, vilka jag hoppas inte skall kunna väcka ens den minsta protest.

En skicklig nyzeeländsk läkare i min bekantskapskrets i Stockholm har sagt mig att en deprimerad människa, av skäl som hänger ihop med depressionshormonernas nedbrytande påverkan på kroppen,

är en synnerligen delikat, närande och hälsosam föda, antingen den serveras stuvad, rostad, ugnstekt eller kokt (och jag tvivlar inte på att det skulle göra sig lika bra i en gryta). Man måste dock se till att göda dessa deprimerade personer ordentligt och därvid välja ut de exemplar som av sig själva är lagda åt tröstätandet, eftersom somliga deprimerade av naturen får en matleda som ovillkorligen gör dem allt magrare.

Jag tillstår att detta livsmedel blir något dyrt; det skulle därför lämpa sig synnerligen väl för entreprenörer, vilka också kan förväntas hitta en bra utkomst för resterna. De som är mera om sig (vilket jag måste erkänna att tiderna kräver efter den senaste börskraschen) kan flå kroppen. Väl garvat kan skinnet bli till förträff iga damhandskar och sommarstövletter för fina herrar.

Jag rekommenderar att man köper de deprimerade levande, förslagsvis kan Försäkringskassan, för att dryga ut statskassan eller generaldirektörens bonus, auktionera ut dem som är både deprimerade och utförsäkrade, en gång i veckan.

En ny maträtt för alla förmögna herrar och damer i Kungadömet som är i besittning av en förfinad smak kommer ha kommit till marknaden; och de pengar som genereras kommer att cirkulera bland oss själva, eftersom varan är helt och hållet av inhemskt ursprung och tillverkning.

Detta födoämne skulle i hög grad öka tillströmningen till våra restauranger, vars innehavare naturligtvis kommer att vara förståndiga nog att skaffa sig de allra bästa recept för tillagningen. Följaktligen får de besök av alla fina herrar som med rätta smickrar sig med kännedom om god mat och förmågan att omsätta sina pengar frikostigt; och en skicklig kock som förstår sig på att behaga sina gäster kommer att kunna göra anrättningen så dyr de kan önska sig.

Jag skulle kunna räkna upp många andra fördelar. Till exempel: Människokött är i stor utsträckning en färskvara då det inte far väl av insaltning eller nedfrysning, varför vår export av inlagt oxkött skulle kunna ökas med stora mått. Produktionen av fläsk skulle ökas, liksom konsten att tillverka god rökt skinka skulle göra framsteg. Det sistnämnda är i hög grad önskvärt hos oss; våra bord flödar ju över av fläsk på grund av det oändliga gris-slaktandet; och en gris kan på inget vis jämföras varken i smak eller konsistens med en fet, deprimerad man eller kvinna. Helstekt kommer den sistnämnda att utgöra en förnämlig prydnad för myndigheters, societets eller kungligheters festbord. Kanske till och med offentliga sommarbröllop kunde leda till en utmärkt marknadsföring av denna föda.

Jag kan inte tänka mig en enda invändning mot mitt förslag, utom möjligen den att det skulle åstadkomma en viss befolkningsminskning i Kungadömet. Jag ber läsaren observera, att mitt medel inte är avsett för någon annan grupp som har funnits, finns eller (tror jag) kan komma att finnas på jorden, än den jag just nämnt.

Den befolkningsminskning som säkert kommer, lär inte påverka oss eftersom vårt lands antal kommer ersättas av invandrade, arbetskapabla och friska, tacksamma och lyckliga individer.

Som läget nu är, med den röra kring frågan om vilken behandling som hjälper och vilken som inte hjälper, löper alla människor som lider av dessa problem risken att, beroende på var de råkar hamna när de söker hjälp, få eller inte alls få hjälp mot deras besvär. De bevis som anförs för den ena eller den andra behandlingen kommer alltid att vara osäkra. Våra Myndigheter har mot bakgrund av den, möjligen tendentiösa, forskningsgranskning som gjorts, förordat en viss psykologisk behandling som i första hand skall ges deprimerade. Den erfarenhet som finns från våra kliniker talar för att läkemedelsbehandling snarare än psykologisk behandling ges. En aktuell granskning av forskning kring läkemedelsbehandling av deprimerade, om än omtvistad, antyder att läkemedel knappt alls hjälper – om depressionen inte är *synnerligen* djup. Det förordas alltså KBT – där effekt inte omfattar alla i studier behandlade – och det behandlas med läkemedel – där evidens för effekt hos medelsvårt deprimerade inte är stark. Jag förklarar uppriktigt att jag inte har det minsta personliga intresse av att försöka framdriva dessa åtgärder.

Jag har inget annat motiv än mitt lands allmänna bästa: ökande av vår handel, omhändertagande av barnen, lindrande av de sjukas börda och förmedlandet av ett litet nöje åt de rika. Jag har själv inga barn som jag skulle kunna tjäna en enda penny på, de är alla lyckliga och glada och min hustru befinner sig inte i de lidandes skara.

Ett annat, möjligen mer anspråksfullt förslag, vore att låta den psykiatriska vård som finns, få verka med alla de svårigheter som själva verksamheten brottas med. Olika vetenskapliga perspektiv – biologiska, humanistiska, sociala, psykologiska av olika skolor – konkurrerar nu om problemformuleringsprivilegiet. Vårt samhälle är rikt nog att kunna låta de psykiatriska verksamheterna och den psykiatriska forskningen blomma, att låta de olika skolor som har olika typ av evidens för deras verksamheter, tillsammans provas gentemot alla människor som har behov av sjukvård för att kunna leva sina liv trots depressioner.

Detta skulle ställa än större krav på alla oss som arbetar inom vården, vi skulle behöva göra oss tillgängliga för *olika typer* av behandling och forskning, vi skulle behöva göra oss mottagliga för *olika typer* av granskning. Samtidigt skulle våra patienter, brukare, försäkrade, till arbetsförmedlingen anmälda, kunna räkna med att deras problem skulle belysas utifrån fler av de dimensioner som ett mänskligt liv har. Kanske också arbetsförmåga kunde återkomma för en större andel av de personer som blivit deprimerade. Detta, mänskligt sett meningsfullare förslag, är dock dyrare än det jag ovan, med hjälp av Jonathan Swifts flera hundra år gamla satir, föreslagit.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Välkommen till

Utvecklingsstörning – orsaker, utredning och neuropsykiatri

25-26 mars 2010 i Stockholm
Stockholms Stadsmission, Gamla Stan

**Utvecklingsstörning är 2010 års tema
på utbildningsdagarna**

För mer information och anmälan besök hemsidan
www.akademikonferens.uu.se/bnps10

E-mail: bnps10@akademikonferens.uu.se

Arrangör: Barnneuropsykiatriska sektionen,
Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri



Torsdag 25/3 Moderator: *Susanna Danielsson*

- 09.00 Registrering och kaffe
- 10.00 "Från idiot till medborgare" *Karl Grunewald*
- 10.45 ESSENCE, (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neuropsychiatric Clinical Examinations) *Christopher Gillberg*
- 12.15 Lunch
- 13.15 Lindrig utvecklingsstörning - en översikt *Elisabeth Fernell*
- 14.00 Lindrig utvecklingsstörning - neuropsykiatriska aspekter *Harald Sturm*
- 14.15 Psykologisk utredning och bedömning av adaptiva färdigheter *Eva Tideman*
- 15.00 Kaffe
- 15.30 Måttlig, svår, djup utvecklingsstörning - en översikt *Elisabeth Fernell*
- 16.00 Måttlig, svår, djup utvecklingsstörning - neuropsykiatriska aspekter *Harald Sturm*
- 16.15 - 17.30 Årsmöte
- 19.00 Middag på Nobelmuseet

PRELIMINÄRT PROGRAM

Fredag 26/3 Moderator: *MaiBritt Giacobini*

- 08.30 Genetik vid utvecklingsavvikelse *Britt-Marie Anderlid*
- 09.30 En barnpsykiaters erfarenheter av arbete inom barn- och ungdomshabiteringen *Marie O'Neill*
- 10.00 Kaffe
- 10.30 Utvecklingsstörning och neuropsykiatrisk samsjuklighet - aspekter på medicinering *Peder Rasmussen*
- 11.15 Epilepsi och utvecklingsstörning - aspekter på medicinering och neuropsykiatrisk samsjuklighet *Susanna Danielsson*
- 11.45 Psykisk hälsa hos vuxna med utvecklingsstörning *Lena Nylander*
- 12.45 Lunch
- 13.45 Innan - under - efter inskrivning i särskolan. Aspekter på läkarens insatser *Alf Kågström*
- 14.15 Särskolan som möjlighet och begränsning. Elevperspektiv på delaktighet och utanförskap *Kristina Szönyi*
- 15.00 - 15.30 Diskussion och avslutning

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srp.se

Vad gör psykiatrin med psykiatrikern?

Psykiatrikerna bidrar i stor utsträckning till att skapa psykiatrin vad gäller dess innehåll men i betydligt mindre utsträckning vad gäller dess ramar och former. Innehåll, ramar och former återverkar sedan på psykiatrikerna. Inom ramen för denna pågående ömsesidigt formande interaktion kan man ställa sig frågan, vad gör psykiatrin med psykiatriker? Förmodligen får man olika svar om man frågar patienterna, psykiatrikernas anhöriga eller psykiatrikerna själva. Jag inskränker mig till en högst ensidig singel case study som mina egna erfarenheter utgör under fyrtio år huvudsakligen inom barn- och ungdomspsykiatri ganska nära vuxenpsykiatrin och med stora inslag av psykoterapeutisk verksamhet. Min metod är critical incident influerad, med andra ord, vad är det som slår mig när jag ställer mig frågan om hur jag tror att jag påverkats av mitt yrkesarbete. Jag inskränker mig till några få tankestråk.

Kraften i de mentala processerna och psykets förmåga att "trolla" med upplevelsen av verkligheten tycks mig i det närmaste gränslös. Människors förmåga att stänga in varandra i sina slutna mentala rum tycks mig lika häpnadsväckande som deras förmåga att lyfta och stimulera varandra. Freud lär ha sagt att doktorn bör betänka att den vi möter i första hand är en människa och först i andra hand en patient. Visst, självklart tänkte jag i början på min karriär. Men jag fick en tankeställare. Riksorganisationen för mental hälsa, numera RSMH växte fram under övergången mellan 1960- och 70-talet. Jag var avdelningsläkare på Långbro under Curt Åmark. På min avdelning fanns patienter vilka, liksom jag var aktiva i organisationens arbete. Jag minns min överraskning när jag träffade dessa patienter i styrelsearbete utanför sjukhuset. De var uppslagsrika och kreativa, energiska, ofta uthålliga och engagerade. Jag blev varse att min spontana föreställning varit att "sådana är inte patienter som vårdas på mentalsjukhus". Men det var de. De var ångestladdade, lätt paranoidea, deprimerade och självdestruktiva, visserligen patienter, men först och främst människor.

Under min tid på Ungdomskliniken på Långbro bestod mina patientkontakter av psykotiska, gränspsykotiska, suicidala tonåringar och deras familjer.

Miljöterapi, utöver familjeterapi, individualterapi och medicinering stod på programmet. Jag minns ett tillfälle när jag tillsammans med personal gav mig ut på stan tillsammans med personal från avdelningen och några av de mest väl fungerande ungdomarna, "nästan vanliga" som jag uppfattade dem. Men när jag såg dem tillsammans med andra jämnåriga på tunnelbanan blev jag, med stor betryckthet, varse hur avvikande de var i sitt sätt att röra sig, ta kontakt och förhålla sig till andra. Jag blev påmind om hur i grunden "fel" det tycks vara att föra samman människor med stora mentala svårigheter, med mer kontakt med varandra än med en vanlig omvärld under lång tid. Om inte "fel" så med ett högt pris för deras utveckling.

Foto: Carol Schultheis



En viss naivitet blev också konfronterad. Uppkomsten av psykiska problem var under 1960- och 70-talen mycket fokuserat på samspel, inom familjen och mellan individ och samhälle, ett perspektiv som för min del undan för undan kommit att kompletteras med (inte ersättas med!) genetik, neuropsykologi och evolutionstänkande. Nåväl, när jag så småningom fattade att inte alla psykiatriska kollegor som var psykoanalytiker och/eller familjeterapeuter också var politiskt vänsterorienterade blev jag både förvånad och förvirrad. Jag kunde inte fatta hur de tänkte. Hur kunde man ha skaffat sig dessa kunskaper, gått igenom egenterapi och dessutom mött ett antal patienter utan att detta ledde till ett självklart politiskt ställningstagande? Hade inte utbildningarna "tagit" på dem, hade egenterapin inte fungerat eller var det något annat som gått snett? Jag blev aldrig klok på detta men lärde mig att leva med och respektera denna besynnerlighet.

Efter tio år i jobbet började jag bli "tråkig". Det vanliga sociala umgänget på gemensamma middagar hade förlorat i mening. Jag låg hellre på min säng och läste en bok än småpratade om vardagligheter eller deltog i "är det inte förskräckligt" - spel med skvallerinslag (Transaktionsanalysvokabulär). Det skulle pratas om viktiga saker antingen vad gällde samhällsreliga fenomen eller psykologiska, gärna hur de influerade varandra. Det hade uppstått ett avstånd till vännerna som nu trettio år senare dock har minskat. Jag har lärt mig att man kan ha utbyte av varandra genom att "vila och röra sig i varandras energifält" även om det verbala innehållet i samtalet är tämligen lättviktigt.

Jag hade också anledning att fundera över spontaniteten och hur den har utvecklats under min tid som kliniskt verksam. Under ett samtal i köket mellan en av mina då tonåriga döttrar och min svärmor hörde jag dottern fråga "men mormor, måste man alltid fundera så mycket över livet och vad som händer, kan man inte bara leva rätt på, liksom?" Jag kände mig omedelbart träffad och började – naturligtvis - genast fundera över vad jag var för slags förebild för mina barn! Jag var där igen! Det var dock början på en utveckling mot mindre funderande och intellektualisering och större beredskap för spontan inifrånstyrning.

Det fanns också anledning att fundera över personliga motiv för yrkesvalet. Jag minns att jag var lite skakad av Arthur Janovs fynd – han med primalterapi. Han beskrev att många av hans patienter som arbetat inom psykoterapi och psykiatri hade bytt yrke efter att ha gått i primalterapi. De saknade helt enkelt motivation att fortsätta. Janov menade att de inte längre hade något behov av att bidra till att "reparera" andra när de själva kommit igenom sina svårigheter. Detta står i viss motsats till wounded healer-tänkandet som utgår ifrån att den som har erfarenhet av egna problem kan hjälpa andra under förutsättningen att denna person inte längre styrs av sina svårigheter.

Andra, kanske är det Patrick Casement, hävdar att det varken är etiskt acceptabelt eller praktiskt möjligt att arbeta i längre terapier om inte detta arbete får näring av att komma tillrätta med något inom en själv som behandlare.

Mötet får alltför mycket slagsida.

Behandlarens behov måste dock givetvis hela tiden underordnas patientens.

Samtidigt tycks paradoxen föreligga att man ger patienten bästa hjälpen om man inte är alltför angelägen om att patienten förändras. Det är svårt att skilja mellan en osjälvisk glädje i att patienten mår bättre och terapeutens behov av att patienten förbättras för att teori, metod, teknik och terapeutens egen kompetens ska bekräftas. Inte lätt att orientera sig i detta, men vem har sagt att det ska vara lätt. Nödvändigheten av att stå i kontakt med de egna motiven och intentionerna har kommit att stå allt klarare för mig, samtidigt med vissheten om att man aldrig kommer till de djupaste lagren av dessa egna motiv.

En sista tankegång. Min yrkesverksamhet har visat på att tillvarons komplexitet vida överstiger vad förnuftet har kapacitet att omfatta. För egen del använder jag den kognitiva kapaciteten till att göra iakttagelser och bedömningar samt reflektera över dessa, men när det gäller slutgiltiga handlingar överlämnar jag, framför allt i privatlivet, vanligen sista ordet till den intuitiva spontaniteten som både tycks ta tillvara den kognitiva "tankeskörden" och icke artikulerbara, ogripbara väsentligheter som är utom räckhåll för förnuftet. Det blir bäst så. Tillvaron är ändå alltför outgrundlig för att låta sig förstås. Och det hade jag knappast kommit fram till på ett så paradoxalt kognitivt väl underbyggt sätt utan hjälp av mitt yrkesval.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Schizofreni - riktlinjer för utredning och behandling



Detta är den tionde skriften i serien som ges ut av Svenska Psykiatriska Föreningen.

Skriften finns att köpa hos Gothia Förlag

www.gothiaforlag.se

Den kostar 190 kronor exkl moms

Riktlinjer går också att ladda ned som pdf-fil på www.svenskpsykiatri.se

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2010

SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskpsykiatri.se

NUMMER 2 2010

Tema: Kultur, psykiatri och psykisk hälsa

Deadline 20 maj 2010

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2010

Tema: Psykiatrins pionjärer

Deadline 1 september 2010

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2010

Tema: Ej bestämt

Deadline 20 november 2010

Utkommer vecka 49

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

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

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

Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

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

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

Skicka gärna med en bild!

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

Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

Riksstämman i Stockholm

25 – 27 november 2009

Under dessa tre dagar fanns stora delar av SPF:s styrelse i perioder i SPF:s monter som vi delade med SFBUP och Rättspsykiatriska Föreningen. Trots usel placering, längst bort i halvtom korridor (varför hamnar alltid psykiatrin där??) hade vi en hel del besök i montern.

Medlemmar, studerande på läkarutbildningen som just skulle gå psykiatrikursen, AT- och ST-läkare. Även kollegor från andra specialiteter, kanske mest från allmänmedicin, kom förbi och stannade till i intressanta diskussioner om hur vi inom specialiteterna är beroende av varandra.

SPF hade ett heldagsprogram på torsdagen med start 8.30 som löpte hela dagen, med dubbla pass under lunch, till kl 18. Dessutom hade vi bidragit med flera Riksstämmosymposier.

Dagen inleddes med ett symposium: "Specialitetsövergripande konsensus om handläggning av kardiovaskulär risk för personer med psykisk ohälsa" under ledning av Dan Gothefors, initiativtagare till detta arbete och facklig sekreterare i SPF:s styrelse. Detta var förstanyhet i Läkartidningens nyhetsbrev, se länk www.lakartidningen.se/07/engine.php?articleId=13310 och även Dagens Medicin hade en artikel kring detta. Roligt när det arbete som görs för att kvalitetssäkra vården uppmärksammas.

Dessa kliniska riktlinjer, ett samarbete mellan SPF och 6 andra specialitetsföreningar, kommer enbart att publiceras på webben och finns på SPF:s hemsida: www.svenskpsykiatri.se.

Under dagen hade SPF ordnat en rad fria föredrag om bl.a. Cotard's syndrom, behandling av gravida heroinister samt långtidssjukskrivningar inom psykiatrin för att nämna några. Dessutom presenterade några av Psykiatrifondens stipendiater sina forskningsstudier.

Dagens avslutades med ett symposium där SPF:s nyutgivna kliniska riktlinjer kring schizofreni presenterades. Nils Lindefors har lett en arbetsgrupp kring detta som alltså är den första av föreningens riktlinjer som revideras. Den första gavs ut för ca 13 år sedan. Den går att beställa via Gothia förlag www.gothia.se och finns också som pdf på SPF:s hemsida.

Mitt helhetsintryck är att vi hade fler åhörare än tidigare år. Nu är planeringen för nästa Riksstämma i full gång. Vi hoppas att kunna erbjuda en monter med bättre läge och, om möjligt, ett ännu bättre program!

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Ordförande SPF

Foto: Tove Gunnarsson



Den gemensamma montern på Riksstämman 2009 där sfbup, SRPF och SPF samsas för mycket gott med sig.



Här får Lise-Lotte Risö Bergerlind och Lena Eidevall, ordf i SPF respektive sfbup, ett gott skratt under sina försök att sätta upp sfbups vepa."

Asylsökande barn som simulerar apati?

En rimlig fråga utan svar

I sin nyligen utkomna bok - "De apatiska - om makt, myter och manipulation" - beskriver Gellert Tamas de politiska och psykiatriska turerna för några år sedan kring en grupp asylsökande barn, som uppvisade beteendestörningar som kallats "uppgivenhetssymtom" eller "apati". Han berättar mer eller mindre utförligt om 23 av de "apatiska" barnen och deras öden i den svenska asylprocessen. Han är kritisk mot läkare som hävdade möjligheten av simulerad "apati". Hans kritik är också skarp mot Migrationsverket och några av dess tjänstemän.

Tamas tror sig kunna utesluta förekomst av simulering bland de "apatiska" barnen, men det är tyvärr omöjligt. Hans felaktiga slutsats vilar väsentligen på två fundament. Det ena är det faktum att inget enda bevisat fall av simulering existerar. Det andra är att viss läkarexpertis på ett möte 2007 enhälligt förkastade simulering som en möjlig förklaring till "uppgivenhetssymtom".

Brist på bevisade fall är inte bevis för att inga fall existerar. Den som simulerar gör sitt bästa för att dölja sanningen. Det är därför mycket svårt för en läkare att bevisa att en patient spelar sjuk, även när spelet pågår inför läkarens ögon. Vidare utgör de av Tamas exemplifierade 23 barnen endast drygt 5 % av hela gruppen och urvalet är skevt. Det innebär, att även om det är säkert att inget av dessa barn spelade sjukt, så kan man inte veta om det gäller också de övriga 401 barnen.

Slutligen är det inte säkert att experter har rätt, bara för att de är många och eniga. På den konferens 2007, som Tamas stödjer sig på, rådde, enligt en artikel i Läkartidningen 1-2/2008, "total enighet om att alla misstankar om manipulation och förgiftning som förklaring till anhopningen av barn med uppgivenhetssymtom kan avfärdas". Tamas nämner denna slutsats och tror att den betyder att man hade fullständig kunskap om saken. Det hade man inte. Man konstaterade faktiskt att "... kunskapsläget är ännu ofullständigt ...", vilket Tamas förbiser. Ett ofullständigt kunskapsläge tillåter inte att förkasta någon tänkbar delförklaring. Det gäller särskilt när man betonar att de "apatiska" tillstånden har en komplicerad och sammansatt bakgrund, som dessutom inte är enhetlig inom gruppen. I själva verket är de flesta av de många faktorer som experterna menar skulle förklara "uppgivenhetssymtomen" också giltiga som förklaring för simulerade symtom. Förklaringar som gäller lika för sann och falsk sjukdom har inget egentligt förklaringsvärde.

Sakligt mer befogat hade varit att enas om att det enda man med säkerhet vet, är att epidemin av "apati" är oförklarad och förmodligen kommer att förbli det, eftersom den upphört. Det får vi stå ut med. Frågan om förekomst av simulering förblir obesvarad. Det får vi också stå ut med.

En förtjänst med Tamas bok är att den aktualiserar etiska spörsmål som måste beröra varje läkare som möter "apatiska" barn. Är det omoraliskt att i sina diagnostiska tankegångar väga in möjligheten att den till synes sjuka patienten är frisk?

Nej, tvärtom är mitt svar, förutsatt att omständigheterna gör misstanken rimlig. Det är då etiskt diskutabelt att *inte* göra det. Den som spelar sjuk för personlig vinnings skull parasiterar på sjukvården. Psykiatrins internationella etiska riktlinjer inbegriper kravet att vi utöver att se till den enskilde patientens bästa skall medverka till en rättvis fördelning av begränsade sjukvårdsresurser. Vi kan inte sägas göra det om vi stänger oss för simuleringstanken.

När är det rimligt att ha simulering i åtanke som en möjlig förklaring till ett psykiskt sjukdomstillstånd? I varje fall när den möjliga vinsten med simulering är stor. Beviljad asyl är en mycket stor vinst. Vilka utredningsmetoder är acceptabla när simulering misstänks? Svaret på den frågan är inte givet, men ett är säkert: Tamas har rätt i sin kritik av Migrationsverkets agerande, men så gick dess tjänstemän

också utanför sitt kompetensområde. Den enda reaktion man kan vänta sig, om man inför öppen ridå kastar en misstanke om simulering i ansiktet på folk, är ett kränkt och upprört förkastande av misstanken - vare sig den träffar rätt eller ej. Sedan är vägen stängd för vidare utredning av saken.

Men vad skall den läkare göra, som till äventyrs konstaterar att något av dessa barn simulerar? Den frågan är svårare att besvara och jag vet inte att den varit uppe till diskussion. Kanske är den alltför svår.

Hans Bendz
Legitimerad läkare
Specialist i allmänpsykiatri
Lund

Foto: Shutterstock



Ge patient och anhörig en chans – till ett nyktert liv

Antabus® ger färre återfall under behandling än både acamprosat¹ och naltrexon.² Erbjud därför din nästa patient som är beroende av alkohol behandling med Antabus®.

I mer än 50 år har Antabus® varit en hörnsten i behandlingen av alkoholmissbruk. Den kliniska erfarenheten är omfattande. Nu finns nya evidens som befäster Antabus® plats i terapin.

Därför rekommenderas nu Antabus® av Läkemedelsverket generellt för behandling

av alkoholberoende i kombination med medicinska råd och stöd.³

Även Socialstyrelsen rekommenderar i sina nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård Antabus® givet under någon form av övervakning som en behandling när målet är nykterhet och färre missbruksdagar.⁴

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

1 DE Sousa et al. An Open Randomized Study Comparing Disulfiram and Acamprostate in the Treatment of Alcohol Dependence. Alcohol Alcohol. 2005 Nov-Dec;40(6):545-8. 2 DE Sousa et al. A oneyear pragmatic trial of naltrexone vs disulfiram in the treatment of alcohol dependence. Alcohol Alcohol. 2004 Nov-Dec;39(6):528-31. 3 Läkemedelsverket 2007;18(1). 4 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, Socialstyrelsen 2007.

Vad händer med tiden?

Vi psykiatriker går inte sällan in i yrket i slutet av 20- eller början av 30 -årsåldern och kommer ut igen som pensionärer trettiofem-fyrtio år senare. Vad händer under tiden? Naturligtvis handlar det om en individuell resa, men kanske finns det också generella mönster. Så vitt jag vet finns ingen longitudinell studie av psykiatriker, men Skovholt och Rønnestad har gjort en studie av behandlare (The Evolving Professional Self), inte psykiater, men professionella som hela sitt liv samtalat med människor med psykiska problem. Studien är gjord för femton år sedan och dess resultat får ses i relation till den tidens förutsättningar och arbetssätt.

Det finns ett förstadium i vilket blivande professionella, redan innan de valt yrkesinriktning, ofta funderar som rådgivare och "öra" åt personer med psykiska problem, om än kanske inte med grava psykiatriska svårigheter. Man lyssnar utifrån rollen som förstående vän och utgår från egna erfarenheter av vad som varit hjälpsamt, råder utifrån dessa erfarenheter. Dessa utgångspunkter följer med in i den första fasen av professionell utbildning och utveckling.

Under utbildningen blir man vanligen mer återhållsam och strikt i sitt förhållningssätt till människor med problem. Ibland något generad när man ser tillbaka på sin "amatörverksamhet". Man är så angelägen att göra rätt att man kan förlora sin känslighet för sin patients särart. Självkänslan påverkas starkt av återkoppling från patienter, handledare och idealiserade jämnåriga. Det gäller att utveckla en professionell referensram och man söker lagom komplexa hanterbara modeller för arbetet.

Med åren trycks det professionella och det personliga förhållningssättet i relation till patienter smälta samman, man blir mer naturlig, avslappnad, får mer tillgång till humor. Djärvheten i samtalen kan öka med erfarenheten, förmåga att använda sin personliga erfarenhet lika så. Den som arbetat länge blir helt enkelt mer lik sig själv vad gäller spontanitet och sätt att visa inlevelse

och medkänsla, som han eller hon var före utbildningen.

Förmågan att vara tydligt vad gäller gränser och avgränsning av ansvar ökar. Man delar ansvaret mer med sin patient och man får perspektiv på sin metods sammanhang och begränsningar. Övervärdering av den egna förmågan övergår inte sällan i verklighetsanpassad optimism och självcentrerade förhoppningar om maktpositioner kan transformeras till sund självkänsla och tilltro till den faktiska egna kompetensen. Sättet att arbeta blir mer pragmatiskt och komplext. Skovholt och Rønnestad talar om att den erfarna klinikern utvecklar en intuitiv autopilot, en sorts integrerad vishet som har en styrande effekt på arbetet.

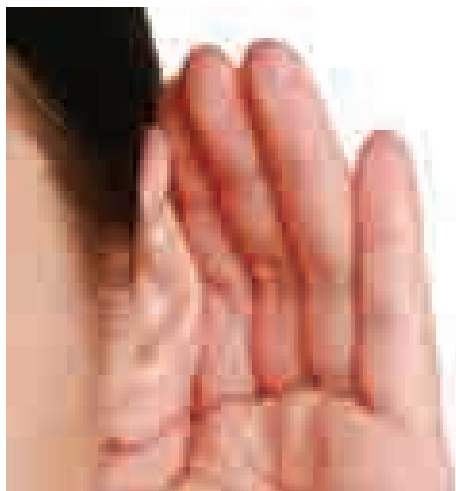
De fann också att många års arbete för klinikern fram till ett läge där förmågan till fortsatt utveckling och bibehållet intresse i yrket ställs mot risken för stagnation. Risken för stagnation och utbrändhet ökar om man inte har möjlighet att assimilera, bearbeta det material patientkontakten ger. Erfarenheten blir inte smält och genomarbetad, man har inte tänkt och känt färdigt. En annan riskfaktor är tvånget att underkasta sig "den rätta läran". Den grupp som är i riskzonen för stagnation känns igen på en defensiv, icke-explorativ hållning i diskussioner och fanatiskt återopande av en metod.

Den vidare utvecklingen leder till större ödmjukhet, mindre tendens till dömande och mer förståelse och tolerans för mänskliga tillkortakommanden. Perspektivet på det mänskliga och mänskligt liv ökar, man tar till sig erfarenheter från konst, musik, litteratur. Inte sällan uppstår en lust att fördjupa sina erfarenheter och att föra ut dem, genom undervisning, handledning eller att formulera sig i skrift.

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**

Foto: Shutterstock



Kliniska riktlinjer – att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk störning

Dessa riktlinjer som är ett samarbete mellan SPF, SFBUP, SFAM, Svensk Förening för Diabetologi, Svensk Internmedicinsk Förening, Svenska Cardioloföreningen och Svensk Förening för Obesitasforskning, återfinns i sin helhet på dessa föreningars hemsidor. Vi publicerar här en förkortad version, se nedan. Hela dokumentet med riktlinjerna finner Du på vår hemsida: http://www.svenskpsykiatri.se/kliniska_riktlinjer.html

Förutom att riktlinjerna presenterats som ett Riksstämmosymposium november 2009 och publicerats enligt ovan planeras följande implementeringsaktiviteter:

- Dokumentet är sänt till alla verksamhetschefer inom psykiatrin
- Möten har ägt rum eller kommer att äga rum med företrädare för patient-närståendeföreningar för diskussion om deras eventuella roll i implementeringen
- Kontakt är tagen med ansvariga för relevanta kvalitetsregister för att se om man kan införa frågor i kvalitetsregister om dessa riktlinjer används
- Vi hoppas på publicering i Nordic Journal of Psychiatry

Det finns nu ett stort behov av lokala aktiviteter ute på kliniker och arbetsplatser inom de berörda specialiteterna. Ny kunskap kräver nya rutiner och samarbetsformer. Till det kan Du bidra!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Sammanfattning

Bakgrund

- Metabol störning - såsom viktuppgång, försämrade blodfetter och utveckling av diabetes - är vanligt bland personer med bipolär sjukdom, schizofreni och annan psykossjukdom. Metabol störning ökar risken för framtida hjärt-kärlsjukdom.
- Antipsykotisk medicinering kan bidra till metabol störning.
- Viktuppgång är ett tidigt tecken på metabol störning. Etablerad övervikt är svårbehandlad och bör därför förebyggas. Om viktuppgång ändå sker, t ex efter nyinsättning av antipsykotisk medicinering, ska detta upptäckas tidigt och åtgärder sättas in för att förhindra ytterligare viktuppgång.
- Förskrivande läkare ansvarar för att eventuell metabol störning efter nyinsättning eller byte av antipsykotisk medicinering upptäcks och motverkas. Verksamhetschefen vid den psykiatriska kliniken ansvarar för att fungerande samarbetsformer upprättas med företrädare för andra medicinska specialiteter som kan behöva bidra med kunskap om behandling av metabol störning.

Förebyggande åtgärder mot viktuppgång

- Medvetandegör för patienten betydelsen av levnadsvanor såsom kosthållning, rökning och fysisk aktivitet för framtida hälsa, förslagsvis genom att psykiatrisjuksköterska genomför strukturerad hälsointervju med kartläggning av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom samt uppföljande rådgivning om levnadsvanor. Informera gärna även närstående och eventuella boendestödjare.
- Återupprepa denna intervju och rådgivning åtminstone årligen.
- Vid nyinsättning eller byte av antipsykotisk medicinering bör risk för metabol påverkan vägas in vid val av antipsykotisk medicinering vid sidan av andra kriterier för preparatval (se tabell 2). Speciellt gäller detta för patienter med ärftlighet för eller redan etablerad metabol störning eller hjärt-kärlsjukdom samt för patienter som kan förväntas vara extra känsliga för metabol påverkan, såsom ungdomar.

Åtgärder vid viktuppgång eller försämrade blodfetter

- Tätare provtagning;
-fP-glukos 1g/mån,
-vikt-midjemått 1g/mån,
-blodfetter 1g/3 mån
- Intensifiera råd om livsstilsförändring och viktreduktion (kost, fysisk aktivitet, rökning)
- Överväg byte av antipsykotisk medicinering, se tabell 2.
- Samråd med primärvårdsläkare/internmedicinare/barnläkare; överväg insättande av medicinering mot viktuppgång eller försämrade blodfetter. Överväg remittering.

Åtgärder vid försämrade blodsockervärden

- Om gränsvärde (fP-glukos 6,1-6,9 mmol/L, ickefastande P-glukos 7,8-11);
-Upprepa provtagningen, om fortsatt gränsvärde genomför OGTT. Samråd med primärvårdsläkare/internmedicinare/barnläkare. Etablera kontakt med diabetessköterska.
-Intensifiera råd om livsstilsförändring och viktreduktion (kost, fysisk aktivitet, rökning)
-Överväg byte av antipsykotisk medicinering, se tabell 2.
- Om diabetes; samråd med primärvårdsläkare/internmedicinare/barnläkare angående remittering för insättande av farmakologisk behandling. Se till att kontakt och uppföljning verkligen blir av!

Tabell 2: Viktökande effekt av antipsykotisk medicinering [59-63]

Viktökande effekt av antipsykotisk medicinering:		Kliniskt betydelsefull viktökning:
Klozapin	+++	Vuxna ; $\geq 7\%$
Olanzapin	+++	Barn ; $\geq 5\%$ de 3 första månaderna och därefter
Risperidon	++	0,5 sd i åldersnormerat BMI
Quetiapin	++	
Perphenazin	+ / ++	Viktökningen kommer vanligen tidigt i behandlingen.
Haloperidol	+ / ++	Snabb initial viktökning predicerar för hög slutlig vikeffekt.
Aripiprazol	+	
Fluphenazin	+	
Ziprasidon	+ / 0	

Tabell 3; Systematisk kontroll av somatisk hälsa, huvudsakligt fokus på metabol risk

	Kvartal, alla patienter	Årligen, alla patienter	Tillfälligt tätare kontroll vid nyinsättning/byte av antipsykotika			
			Utgångsvärde	4v	8v	12v
Anamnes och somatiskt status; Hereditet för eller känd hjärt-kärlsjukdom, diabetes. Efterfråga symptom på diabetes, hjärt-kärlsjd, ev även symptom på tyreoidearubbning, kron obstruktiv lungsjd, prolaktinrubbnings Kartläggning; rökning, kosthållning, fysisk aktivitet, upplevd hälsa. Status inkl tandstatus.		X	X			
Vikt (och längd för unga)	X		X	X	X	X
Midjemått (a)		X	X			X
Blodtryck (b)		X	X			X
fP-glukos (c), ev HbA1c		X (var 6e mån för unga)	X			X
Lipidstatus (total kolesterol, HDL, LDL, triglycerider) (d)		X (var 6e mån för unga)	X			X
Överväg rutinmässig screening även av t ex tyreoidaestatus, lever- och njurprover, elektrolyter, prolaktin, blodstatus och EKG		X				

En barnpsykiatrisk klinik i Sydafrika

Rapport från en stipendieresa.

Under en av mina första dagar i Kapstaden såg jag på avstånd en afrikansk kvinna komma gående nerför gatan bärandes ett större föremål på huvudet. Skojigt att se något som är så typiskt afrikanskt tänkte jag. När vi kom närmare varandra såg jag att det var en ryggsäck som hon skickligt balanserade på huvudet. Jag kom att uppleva fler exempel på denna mix av kulturer, seder, vanor och människors sätt att förhålla sig till detta, både i vardagslivet och i det psykiatriska arbetet. Min önskan att se hur det barnpsykiatriska arbetet bedrivs i en, jämfört med Sverige, annorlunda kulturell och social miljö var också en anledning till min ansökan om Johan Cullbergs resestipendium. Önskan gick i uppfyllelse under tre veckor i november 2009 som jag tillbringade vid DCAP - Division of Child and Adolescent Psychiatry i Kapstaden, Sydafrika.

Barn- och ungdomspsykiatri i Sydafrika

I Sydafrika finns barnpsykiatrisk verksamhet främst i Johannesburg och Kapstaden. Det finns ca 25 specialister i barn och ungdomspsykiatri i hela landet som har en befolkning på 48 miljoner. Endast 6-7 av dessa arbetar inom den offentligt finansierade sjukvården som ska

sörja för de ca 75-80% av befolkningen som inte har råd med privat sjukförsäkring, företrädesvis socioekonomiskt svagare grupper med fler riskfaktorer för psykisk sjukdom. Våra sydafrikanska kollegor hade svårt att förstå att vi i Sverige anser oss lida brist på barn- och ungdomspsykiater.

DCAP leds av Professor Alan Flisher och består av en öppenvårdsmottagning, en forskningsenhet samt en slutenvårdsenhet med sex platser för barn upp till 12 års ålder. Forskningsenheten driver, ofta tillsammans med internationella forskargrupper, flera olika forskningsprojekt inom bland annat mentalhälsa och fattigdom, psykoedukativa insatser i skolan och psykiatrisk mödra- och barnhälsovård. Trots små resurser lyckas denna enhet som är kopplad till universitetet bedriva högkvalitativ forskning, vilket också genomsyrar det kliniska arbetet på mottagningen med återkommande "academic meetings" och "journal clubs". Öppenvårdsmottagningen har som upptagningsområde en tredjedel av Kapstaden med omnejd, detta motsvarar ca en miljon människor men det exakta befolkningsantalet är det ingen som riktigt vet. Det drivs också satellitmottagningar en eftermiddag i veckan vid fyra olika vårdcentraler i fattiga områden och kåkstäder i försök

att öka tillgängligheten för alla dem som inte har råd att ta sig till den centralt belägna mottagningen. Mottagningen har också viss specialiserad verksamhet inom neuropsykiatri, konsultationspsykiatri, spädbarnspsykiatri och psykoedukativa föräldragrupper. Slutenvårdsenheten är den enda av sitt slag i hela Sydafrika och tar emot patienter från hela landet. Den har också dagvårdsverksamhet och en skola.

Mottagningen i Kapstaden har flera likheter med en vanlig svensk BUP-mottagning vad gäller personal, struktur, arbetsmetoder, patientbemötande och behandlingar. Man har traditionellt arbetat utifrån en starkt psykodynamisk grund men kognitiva metoder och synsätt blir alltmer vanliga. Den mest påtagliga skillnaden i jämförelse med Sverige är bristen på resurser, såväl inom den psykiatriska vården som inom skola och socialtjänst. Det är minst ett års väntetid för att genomgå basala psykologiska och begåvningsmässiga tester. I skolklasser om 40-50 elever går många helt obemärkt förbi trots svåra inlärningsproblem och psykisk ohälsa. Socialtjänsten arbetar ständigt med, i svenska mått mätt, gigantiska sociala problem bland annat i form av missbruk, våld, kriminalitet, AIDS-relaterad sjukdom och död.



Entrén till öppenvårdsmottagningen



Våldet gör dig ständigt påmint – en skylt som förbjuder medtagande av vapen in på vårdcentralen



Klassrummet i en vanlig offentligt finansierad skola

Dessa psykosociala stressfaktorer påverkar det barnpsykiatriska arbetet i hög grad. Den absolut största patientgruppen inom barnpsykiatri har utagerande problematik i form av trotssyndrom, uppförandestörning och impuls kontroll/överaktivitetsproblematik. Bristen på resurser ses tydligt i omhändertagandet av denna grupp. En ADHD-diagnos sätts ofta snabbt utan medicinsk eller psykologisk utredning och behandling med centralstimulantia, där Ritalin är det enda tillgängliga preparatet, inleds oftast mycket snabbt, inte sällan i kombination med lågdos Risperdal. Trauma-relaterad problematik är också mycket vanligt förekommande. I övrigt ses i mångt och mycket samma panorama av barnpsykiatriska diagnoser som i Sverige.

Våldet i det sydafrikanska samhället

I stort sett varje patient jag träffade under dessa tre veckor hade minst en grav psykosocial stressfaktor och många hade flera. Att fysiskt och sexuellt våld, både inom familjen och i andra situationer, är så vanligt förekommande gjorde mig sorgsen och beklämd. Jag frågade mig själv många gånger vad som driver människor i detta samhälle att begå dessa övergrepp. Det finns förstås många aspekter och förklaringar till det.

Nedan beskriver jag några reflektioner från ett historiskt perspektiv utifrån en artikelserie i the Lancet¹. Sydafrikas historia med krig och våld, som omfattar alla kulturella och etniska grupper, har format en bild av manlighet som värdesätter egenskaper som är positiva i dessa sammanhang – fysisk styrka, mod, accepterande av hierarkiska strukturer. När apartheidregimen gjorde det omöjligt för många svarta att leva i en traditionell manlig roll som familjeförsörjare på grund av arbetslöshet och utanförskap, fick manligheten andra uttryck, ofta i kriminalitet och gängbildning. Även det sexuella våldet förstås till viss del ur ett historiskt perspektiv. Kontrollerande av kvinnor har setts som ett uttryck för maskulinitet och än idag förekommer en uppfattning att sexuellt och fysiskt våld är legitimt om syftet är att upprätthålla kontrollen över kvinnan. I Sydafrika finns grovt sett två skilda synsätt på sexualitet. Ett står det kristna synsättet för där sexuella handlingar sker inom ramen för äktenskapet. I det andra, som främst återfinns i traditionella afrikanska kulturer, ses sexualitet som en normal, sund och essentiell del av livet och diskuteras öppet. Sexuella lekar hos barn och ungdomar är vanligt. Traditionellt fanns dock tydliga regler för ungas sexuella handlingar, till exempel aldrig penetrerande sex.

Ungdomsgruppens ledare ansvarade för att de efterlevdes.

När dessa kulturer splittrades och försvagades på grund av förändringar i samhället gick dessa regler och ramar delvis förlorade och den öppna sexuella attityden har fått destruktiva konsekvenser i tonårsgraviditeter, spridning av sexuellt överförbara sjukdomar och som ett medel för kontroll och våld.

Mina erfarenheter – att fokusera på det möjliga

Jag har fått med mig värdefulla erfarenheter och upplevelser från denna studieresa, erfarenheter som kommer att få betydelse för min utveckling, såväl professionellt som privat. Trots alla beskrivna svårigheter för barnpsykiatri i Sydafrika, med brist på resurser och stora psykosociala påfrestningar, genomsyras arbetet på klinken av en positiv känsla och hoppfullhet. Jag upplever att man fokuserar på det man *kan* göra, ser de positiva effekterna och känner en stolthet över det arbete man gör, i stället för att fokusera på allt det som det saknas resurser till. För den skull blundar man inte för problemen. Man arbetar med ett förhållningssätt som innebär att det är en självklarhet att alla inblandade; patient, familj, skola, socialtjänst gör så gott de kan utifrån rådande omständigheter och jag upplevde ofta ett varmt och respektfullt samarbete. Kanske hardensydafrikanska befolkningen tvingats utveckla denna inställning efter alla prövningar dess styre utsatt den för. Det var också mycket intressant att erfara att det kliniska arbetet vid denna klinik inte skiljer sig radikalt från det jag känner från svensk barnpsykiatri, men förstås med en viss kulturell/samhällelig anpassning – ryggsäcken ser väsentligen likadan ut men bärs på ett annat sätt.

Peggy Törn
ST-läkare
BUP Stockholm

1 The Lancet. Health in South Africa. August 2009. Editor Richard Horton

Foto: Peggy Törn

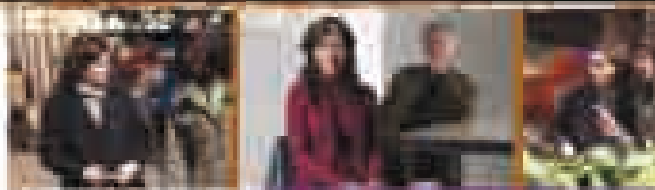


Bara här inne
var hon nästan trygg.
Nu vågar hon gå ut.

Zyprexa (olanzapin) N05AH03 Rx. **Indikationer:** Behandling av schizofreni, måttlig till svår manisk episod samt som profylaktisk behandling av återfall i bipolär sjukdom för patienter som svarat på olanzapin vid behandling av akut mani. **Beredningsformer:** Dragerad tablett 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg. Velotab, frystorkad tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg.

Dosering: Schizofreni, startdos 10 mg/dag. Manisk episod, startdos 15 mg/dag vid monoterapi eller 10 mg/dag vid kombinationsbehandling. Profylax av återfall i bipolär sjukdom, startdos 10 mg/dag. Patienter som fått olanzapin för behandling av manisk episod kan fortsätta med samma dos för den profylaktiska behandlingen. Dosen kan därefter, vid behandling av schizofreni, manisk episod och profylax av återfall i bipolär sjukdom, anpassas individuellt inom dosområdet 5–20 mg dagligen beroende på patientens kliniska respons.

Datum för översyn av produktresumén, 2009-07-03. För ytterligare information och pris se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se.





I samband med Riksstämman i november, då Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse hade sin årliga träff med professorerna inom svenska psykiatri, diskuterades att ha en stående "professorsruta" i denna tidning. Gruppen var rörande enig om värdet av detta och gav gemensamt professor Ulf Rydberg uppdraget att samordna inslagen samt givetvis också skriva själv. Vår förhoppning är att vi på det sättet skall kunna spegla vad som händer inom den psykiatriska forskningsvärlden nu och framåt men även få en del historiska tillbakablickar som hjälper oss att få perspektiv på nuet.

På SPF:s styrelses vägnar vill jag tacka Professorsgruppen och inte minst Ulf som aktivt vill bidra!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Det är jättespännande...

att efter mer än tre decenniers trägen tjänst inom olika grenar av det psykiatriska "trädet" få förmånen att få komma med förslag till bidrag till den alltmer tilltalande "Svensk psykiatri". Vad jag länge tyckt, är att vi måste bli bättre på marknadsföring – som vår ordförande skrivit om, att vi själva måste få vara stolta, men vi måste också själva kraftfullt bekämpa fördomar. Det är främst vi själva som måste lyfta fram allt det positiva som sker genom utveckling av forskning, undervisning och klinik inom vårt viktiga arbetsområde. Och se till att vi får mäktiga bundsförvanter som vågar stå för att praktisk psykiatri baserad på evidens, inkännande och föredömlig samtalsmetodik, kan vara både roligt och stimulerande och vara en stor intellektuell utmaning och ge stora vinster för personer och för samhället.

Vad andra skriver om psykiatri, är alltför ofta konstigt. S.k. kulturskribenter förefaller ibland för trettio år sedan ha läst någon pocketbok om Freud eller sett filmen "Gökboet", och tycks tro att utvecklingen stått stilla – att inget skulle ha hänt sedan dess fram till 2010-talets praktiska psykiatri. Jag är dödstrött på vinklad och okunnig skjutjärnsjournalistik, med mottot "Skilj agnarna från vetet, och publicera agnarna" (journalistlegenden Alf Martin d. 1985). Låt viktiga personer prya inom psykiatrin av i dag – givetvis under sekretesslöfte.

Det är sällan vi inom psykiatrin lyft fram allt det som blivit bättre, som enkla före-efter-beskrivningar av verkligheten, eller som översiktliga diagram av GAF-utveckling. "Tag bort allting så jag ser". En som föredömligt sett starka ljusglimtar, och som vågat gå mot strömmen, är förre mentalskötaren och senare journalisten Vanna Beckman. Hennes skildring i "Sinnessjukhuset" 1984 av det verkliga livet på mentalsjukhuset i Säters, och all mänsklig omtanke som gavs patienterna, borde vara ett måste att läsa även i dag, och likaså hennes ömsinta bok "Medicin mot ångest och förtvivlan – om den nya psykiatrin", 1993.

Bevare oss för okunnig skandaljournalistik – som tyvärr även en del psykiaterkolleger kan hemfalla åt. En ilsken psykiater skrev häromåret i en stor dagstidning och spydde ut sin galla över sina egna besvikelser.

Vem vinner på sådant?

Narcissism har varit ett inte helt okänt begrepp bland vissa svenska psykiatrer, även kallade "psykiatrins balleriner". OK – visst behöver vi ibland lyfta fram oss själva, men låt det ha sansade uttryck, och när någon sticker ut hakan alltför exhibitionistiskt – låt oss andra ha modet att säga emot och ha en vänlig dialog med vederbörande, och inte bara tillbe självutnämnda gurus och idoler.

När man läser nya läroböcker i psykiatri blir man glad och imponerad över både bredden och djupet av all kunskap som finns samlad, alltmer evidensbaserat och kostnadseffektivt. Men handen på hjärtat. Oberoende av bakomliggande teorier, för att något i dag ska kunna accepteras, måste man kunna visa objektiva behandlingsresultat som är begripliga inte bara för invigda i "sekten".

Hur många av dagens verksamma psykiatrer är hjälpligt uppdaterade inom ALLA diagnoser under "psykiska sjukdomar och syndrom", F00, F10, F20, F30, F40, F50, F60, F70, F80, F90-99 och några Z-diagnoser? Det har funnits alltför mycket fragmenterad verksamhet också inom psykiatrin – sedan har man ibland satt upp skygglappar för det övriga. Det var inte bra när man som psyk.jour uppsöktes av patienter från "krispol" som berättade att de drack en back öl om dagen – "men det var det ingen som frågat dem om!" Ögna igenom Jan-Otto Ottossons resp. Jörgen Herlofsons m.fl. förnämliga psykiatriböcker och läs främst de kapitel som gäller annat än era egna faiblesser! Livslångt lärande krävs av oss alla, och där professorer med medarbetare ska visa en del av vägen. Ett delmål är att Sveriges akademiska psykiatriska miljöer ska visa upp sig. Det ska bli mycket givande.

Ulf Rydberg
Specialist i psykiatri sedan 1978,
varit professor i
klinisk alkohol- och narkotikaforskning,
men annars psykiatrisk diversearbetare

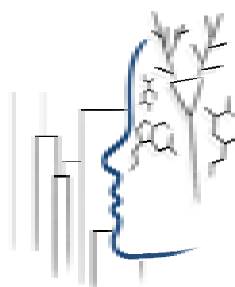


Nyheter om akademisk psykiatri i Göteborg och Lund:

Nationell forskarskola i psykiatri startar hösten 2010

Vetenskapsrådet gav hösten 2009 efterlängtade anslag för två psykiatriska forskarskolor: en för sydvästra Sverige i Göteborg/Lund och en i Stockholm/Uppsala. Den senare är en fortsättning på en framgångsrik forskarskola administrerad av KI och som startade 2005, där doktorander gått kurser utan klinisk tjänstledighet, d v s landstinget har stått för lön.

FORSKARSKOLA PSYKIATRI



Den akademiska psykiatrin vid Göteborgs och Lunds universitet har nu för första gången skapat ett forskarutbildningsprogram i psykiatri som riktar sig till personer som står i begrepp att påbörja forskarutbildning eller som redan startat, men som inte genomgått halvtidskontroll. Psykiatriområdet definieras brett. Att gå forskarkurser har hittills handlat om att gå ett s.k. basblock med grundläggande statistik, etik och anslags-skrivning, och därutöver på à-la-carte-vis välja kurser som motsvarar enskilda behov. I stället ges nu för alla deltagare en sammanhållen kursgång omfattande 6 block inom olika forskningsområden. Exempel på olika områden är mätmetoder och verktyg för klinisk forskning, avbildande tekniker för både djurförsök och kliniska studier och kunskap om epigenetik (där "miljöfaktorer möter arvsmassan"). Det s.k. basblocket ersätts inte av den nya forskarskolan.

Psykiatrisk forskning i Sverige står inför en vitalisering. Vi tror att idén att ge alla doktorander en liknande grund oavsett konkret eget forskningsområde leder till en akademisk kvalitetshöjning. En sociologiskt/epidemiologiskt intresserad doktorand behöver aktiva kunskaper om neurobiologi, och vice versa. Forskar-skolan är nationell, och alla kvalificerade personer kan söka, oavsett hemvist.

Kontaktperson och göteborgsk studierektor är docenten Bo Söderpalm bo.soderpalm@neuro.gu.se. Ansvarig för forskarskolan är i Göteborg professor Hans Ågren och i Lund professorerna Lil Träskman-Bendz och Anders Tingström. Sista ansökningsdag är 30 april.

Hans Ågren

Professor i psykiatri

Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



Psykiatriskt forskningscentrum i Örebro

Psykiatrin i Örebro län inrättade i mitten av 1990-talet, i likhet med många andra landsting, en FoU-enhet för att arbeta med utvecklings- och utvärderingsfrågor. Det var då mycket U och lite F. I takt med landstingets allmänna ambitioner om att utveckla en komplett medicinsk fakultet i Örebro ombildades FoU-enheten år 2001 till Psykiatriskt forskningscentrum (PFC). PFC:s uppdrag är ytterst att "bidra till en kunskapsbaserad och reflekterande psykiatrisk praktik". Detta ska ske genom att utveckla den vetenskapliga kompetensen i psykiatrin och genom att bedriva och stödja psykiatrisk forskning och utvärdering.

När verksamheten startade fanns en disputerad läkare (undertecknad) och en positiv politisk och tjänstemannaledning. Det fanns också en betydande mängd forskning i landstinget men detta hade då ännu inte nått psykiatrin. Valet stod då mellan att externrekrytera färdiga forskare eller att inleda ett långsiktigt arbete med att forskarutbilda egna medarbetare. Trots omfattande försök med externrekrytering med goda villkor visade detta sig vara mycket svårt. Den akademiska psykiatrin i Sverige är begränsad och den sociala mobiliteten likaså.

Ett arbete inleddes därför med att erbjuda medarbetare i psykiatrin möjligheter till forskarutbildning, där landstinget satsade upp till halvtid i fyra år, vilket motsvarar en halv forskarutbildning. Resterande resurser förväntades doktorand och handledare införskaffa genom externa anslag.

Att utveckla ett akademiskt intresse var initialt inte helt enkelt, i synnerhet inte som att det vid denna tidpunkt inte var möjligt att bedriva forskarutbildning lokalt i Örebro. Efter att det medicinska vetenskapsområdet utvecklats vid Örebro universitet (Hälsöakademin) finns det nu möjligheter att genomgå forskarutbildning i medicin lokalt, vilket betydligt underlättat utvecklingen.

Under 2009 disputerade 5 medarbetare vid PFC som idag består av 1 adjungerad professor, 1 docent, 5 disputerade och 8 doktorander. Följande yrkeskategorier är representerade: läkare, psykolog, beteendevetare, socionom och sjuksköterska. Dessvärre har gruppen läkare varit den mest svårrekryterade, dels på grund av vakansproblem och dels kanske på grund av brist på förebilder.

Verksamheten finansieras genom ett grundanslag från landstinget som motsvarar ca 1 % av den totala kostnaden för psykiatrin. Under senare år har därtill forskare vid PFC framgångsrikt erhållit betydande externa forskningsanslag, vilket möjliggjort den relativt omfattande verksamheten. Produktionen under den senaste femårsperioden har varit 52 peer-reviewed originalarbeten, 47 övriga vetenskapliga publikationer och 72 vetenskapliga presentationer.

Verksamhetens inriktning är klinisk patientnära forskning som samlats under beteckningen "psykiatrisk behandlingsforskning".



Projekt initieras utifrån kliniska frågeställningar, vilket innebär att grundforskning eller teoretisk forskning inte stöds.

Några forskningslinjer har under åren etablerats som mer omfattande. Dessa är främst forskning om psykiatrisk tvångsvård med särskild betoning på etiska aspekter samt forskning om ätstörningar. Samarbete har på dessa områden bedrivits inom ramen för nationella och internationella multicenterstudier.

Andra exempel på pågående forskningsprojekt är: missbruk av anabola androgena steroider, utvärdering av samspelsbehandling, kvalitet i psykiatrisk vård, underhållsbehandling med ECT och internetbehandling vid depression. Som framgår av dessa exempel är variationen av projekt betydande, såväl vad gäller innehåll och metod. Detta kan ses som en avspeglning av tanken om en pragmatisk forskningsverksamhet initierad av kliniska frågeställningar och bedriven med metoder av olika slag anpassade till respektive frågeställning. Det betyder att en metodologisk pluralism förespråkas där såväl kvantitativa som kvalitativa metoder används.

Variationen av forskningsprojekt innebär att lokal handledningskompetens inte alltid finns att tillgå. Detta brukar lösas genom att specifikt sakkunniga personer från andra universitet knyts till verksamheten som bihandledare. Denna modell har visat sig fungera väl.

Utöver de kliniska forskningsprojekten har PFC ett uppdrag när det gäller frågor om uppföljning och utvärdering i den kliniska psykiatrin. PFC kan bistå i projekt av dessa slag med konsultation, rådgivning och handledning. Vidare kan medarbetare i psykiatrin ansöka om medel för mer begränsade FoU-projekt som utdelas från PFC. Till sådana medel kopplas vanligen erbjudanden om handledning och enklare utbildning i forskningsmetodik. PFC ansvarar också för handledning av vetenskapliga arbeten i ST-utbildningen. Kanske kan den ökande ambitionen kring ST-arbeten utgöra en rekryteringsgrund för fler forskande läkare?

Inom ramen för PFC finns också KCP – Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro – Uppsala. KCP är ett uppdrag från socialdepartementet via SKL och avser att samordna befintliga och utveckla nya psykiatriska kvalitetsregister. Registren samordnas på en ny teknisk plattform som är under utveckling. Betydande resurser satsas också på utbildning och support. Vissa av kvalitetsregistren har nu nått en sådan omfattning att kliniskt och vetenskapligt meningsfulla data kan bearbetas och analyseras. Fokus kan därmed förskjutas från att samla data till att använda data.

Det tar tid att bygga upp en akademisk miljö inom en verksamhet utan sådan tradition. Ambitionen att bygga forskningen på kliniskt initierade frågeställningar med egna medarbetare som forskarutbildas bidrar också till detta. Det kan dock långsiktigt vara en fördel att på detta sätt forma en akademisk miljö för klinisk patientnära forskning med lokal förankring.

Framtiden för den psykiatriska forskningen i Örebro ser gynnsam ut. Örebro läns landsting är mycket positivt inställt till forskning, såväl från politiker som från tjänstemannaledning. Samarbetet med Örebro universitet fungerar mycket väl. Nu väntar vi bara på ett positivt besked när det gäller en läkarutbildning i Örebro.

Ingemar Engström,
Adj. professor i barn- och ungdomspsykiatri
Örebro
Mer information finns på www.orebroll.se/pfc



Professormöten i psykiatri

Svensk akademisk psykiatri har en kort historia. I början av förra seklet fanns tre professurer i psykiatri vid asylerna i Lund, Stockholm och Uppsala. På 1950- och 60-talet skedde en stark utbyggnad av den akademiska psykiatrin i Sverige med psykiatriska kliniker på fullt utrustade sjukhus och nya professurer inrättades vid universiteten i Göteborg, Umeå och Linköping (Faktaruta 1). Även vid de övriga universiteten ökade antalet lärartjänster i psykiatri. Det var därför naturligt att samla psykiatrimedlemmarna till ett första möte, som hölls på Svenska Läkaresällskapet den 8 oktober 1976 och därefter årligen. Samtliga professorer deltog för att diskutera aktuella gemensamma problem och föreslå långsiktiga satsningar.

Första svenska professormötet hölls på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm den 8 oktober 1976 på initiativ av Lennart Wetterberg. Stående från vänster Eberhard Nyman, Lund, Göran Sedvall, Karolinska, KS, Jan-Otto Ottosson, Göteborg, Bengt Jansson, Karolinska institutet, HS, Lennart Kaij, Lund. Sittande från



vänster Lars Gunne, Uppsala, US, Gerdt Wretmark, Linköping, Björn-Erik Roos, Uppsala, UAS, Lennart Wetterberg, Karolinska institutet, S:t Göran, Börje Cronholm, Karolinska institutet, KS, Carl-Gerhard Gottfries, Göteborg, Carlo Perris, Umeå, Lennart Nilsson, Lund

Det oetiska att inte forska

Universitetsklinikerna hade speciellt ansvar för att bygga upp verksamheter där sjukvård, undervisning och forskning samverkade ändamålsenligt. Efter studentrevolten i slutet på 60-talet utsattes den psykiatriska forskningen för attacker. En del menade till och med att forskning om psykiska sjukdomar i sig var oetisk. I detta klimat av kunskapsförakt och negativism mot psykiatrin drev Clarence Blomqvist tesen om "Det oetiska i att inte forska" (1). Han hävdade att inom psykiatrin finns de människor som har störst behov av hjälp därför att de är de mest utsatta och plågade och hjälplösa i samhället. Forskning skall inte vara en

kran som man vrider av och på efter varje valperiod utan kräver kontinuitet inte minst för att följa upp långvariga behandlingar. På professormötet var enigheten stor att intensiv forskning är nödvändig för att psykiatrin skulle kunna arbeta sig upp ur sitt historiska lågstatusperspektiv.

Vid det första mötet framfördes därför önskemål och förslag om långsiktiga insatser för att bygga upp ny kunskap inom psykiatrin genom utökade grundkurser i läkarutbildningen och obligatoriska forskningsmoment i specialistutbildningen, i första hand på universitetsklinikerna. Med förkortad arbetstid genom övergång till 40 timmars arbetsvecka för läkare och jourkompensation genom lediga dagar ökade svårigheterna att få tid med forskning inom alla specialiteter. Det var uppenbart att läkarna själva måste ta ansvar för att öka resurserna till psykiatrisk forskning.

Konkreta förslag i den riktningen resulterade 1980 i en sammanställning av all psykiatrisk forskning i Sverige (2) och bildandet av en nationell Psykiatrifond för insamling av forskningsmedel (3). Även information till allmänheten om behovet av psykiatrisk forskning resulterade så småningom i den årligen återkommande "Psykiatrins dag".

Som framgår av bilderna från Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) möte i Uppsala 1907 och Stockholm 1930 deltog även professorer vid föreningens möten. Uppsala universitet representerades 1907 av Frey Svensson, Karolinska institutet av Bror Gadelius och Lunds universitet av Teodor Nerander.



Psykiatriska föreningens möte i Uppsala 1907. Stående från vänster 2 Bror Gadelius, 4 Frey Svensson, 5 Thure Björk, 7 Daniel Sellberg, 11 Alfred Petrén, 12 Teodor Nerander. Sittande från vänster 3 Axel Envall, 4 Georg Schulheis, 5 Klas Linroth och Richard Stenbeck. Om någon läsare kan identifiera övriga deltagare är författarna tacksamma för kontakt.



Idén till samarbete med SPF utvecklades på 1970-talet genom att ett professorsmöte hölls dagen före SPF:s möten. Närmandet skedde i en tid då teorier och verksamhet inom psykiatri ifrågasattes på många håll, samtidigt som öppenvården



Psykiatriska föreningens 25-årsjubileum i Stockholm 1930 på restaurang Paradiset, Stockholmsutställningen. Bror Gadelius igenkännes som nr 3 f v vid vänstra stolpen

förbättrades, psykoterapeutiska metoder och mer selektiva psykofarmaka introducerades efter hand. Ett stimulerande professorsmöte anordnades i historisk miljö i Visby av den lokale värden Wolfgang Rutz och ordföranden i SPF tillika Sveriges första kvinnliga professor i psykiatri Marie Åsberg.

.Efter hand har emeritiprofessorerna i psykiatri, professorerna i barnpsykiatri och klinisk alkohol- och narkotikaforskning inbjudits till professorsmötet. Detta har gett ett bredare perspektiv på forskningen om de psykiska sjukdomarnas orsaker och behandling.



Numer är man enig om att biologiska faktorer samverkar med psykologiska, familjära och sociokulturella faktorer till ökad sårbarhet. Öppenhet och mångfald har också kännetecknat psykiatriutbildningen på alla nivåer.

360 forskningsprojekt

Temanumret "Psykiatrisk forskning i Sverige" 1980 presenterade en samlad bild av den svenska psykiatriska forskningen genom 360 projektbeskrivningar där samtliga psykiatriska universitetskliniker i Sverige fanns representerade. Genom dessa rapporter speglades den psykiatriska forskningsfronten i Sverige. Forskningens uppgift är enkelt uttryckt att ta reda på det man inte vet - att samordna och systematisera kunskap och beprövad erfarenhet. Den psykiatriska forskningen i Sverige var och är ur ekonomisk synpunkt huvudsakligen en statlig angelägenhet under det att sjukvården och omsorgen om de psykiskt sjuka vilar på landstingen och kommunerna. Vi hoppades att den samlade bilden skulle skapa förståelse för psykiatrisk forskning eftersom resultaten är en förutsättning för en bättre sjukvård.

Det var också viktigt att allmänheten fick inblick i de problem som då var aktuella. En del av den forskning som bedrivs i Sverige är originell och ledande även vid internationell jämförelse. Kontakten med forskare i andra länder underlättas genom att vi själva har metoder och forskningsresultat att erbjuda.

Genom den snabba utvecklingen är vi självfallet i stor utsträckning beroende av forskningsrön utifrån, Sverige skiljer sig emellertid från andra länder i flera avseenden, varför vi behöver egen forskning för att kunna bedöma och tillägna oss andras erfarenheter.

Psykiatrins historia är en del av det allmänna kulturarvet och få discipliner är så sammanvävda med vårt andliga liv, religion, filosofi, litteratur, konst, rättsväsen och sociala förhållanden som psykiatrin. De organisatoriska modeller för psykiatrisk verksamhet som testas har alla funnits i någon form även i Sverige under olika perioder.

Utvecklingen har böljat mellan vård i små och stora enheter, omväxlande med perioder av vanvård som lett till att antalet vagabonder och utsatta ökat. Kanske kan man i framtiden undvika felsatsningar och att komma alltför långt in i återvändsgränder och i stället finna fruktbara lösningar om man tar hänsyn till vad vi kan lära av psykiatrins historia (4).

Psykiatrin idag

Sveriges psykiatriprofessorer och SPF tog initiativ till en bred informationskampanj till allmänheten, patienter och deras anhöriga genom att bjuda in till Psykiatrins Dag som hölls första gången över hela Sverige onsdagen den 15 november 1995 genom följande upprop. "Alla känner till att psykiska sjukdomar finns men alltför få vill tala om dem.

Särskilt svårt är det för patienter, anhöriga och bekanta när tidigare friska personer plötsligt drabbas av psykisk sjukdom. Men även långtidssjuka och deras anhöriga har många frågor att ställa. Hjälpbehoven varierar beroende på sjukdomens art, lokala problem och lösningar på olika platser i landet". Inbjudan ställdes till allmänheten, patienter, anhöriga, personal och alla andra som var intresserade av psykiatrin. Programmet innefattade presentation av den psykiatriska verksamheten med frågor från allmänheten till psykiatrer, psykologer och andra personalgrupper.

Intensifierad klinisk forskning

Psykiatrin är en specialitet under snabb förändring. Ett problem som psykiatrin ständigt måste arbeta med är att förkorta steget från grundforskning till klinisk tillämpning, så att grundforskningens resultat snabbare kommer de psykiskt sjuka till godo. Detta kan endast ske – som vi ser det - genom att fler kliniska forskare engageras i forskningsarbetet.

Lennart Wetterberg och Ulf Rydberg,
båda professor emeritus vid Karolinska institutet.

Litteratur

- 1) Clarence Blomquist. Det oetiska i att inte forska. *Nordic Journal of Psychiatry* 1975, 29; 47-59.
- 2) Lennart Wetterberg (Ed.). *Psykiatrisk forskning i Sverige. Nordic Journal of Psychiatry*. 1980, 34, h 3-4, 189-412.
- 3) http://www.psykiatrifonden.se/Dokument/Tidskriften_psykiatrifonden/Psykiatrifond_nr1-07.pdf Psykiatrifonden informerar, Nr 1, 2007, Årgång 13, sid. 2.
- 4) Gösta Harding, Lennart Wetterberg. Utvecklingen av svensk psykiatri. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1978, 32; 334-344.

Faktaruta 1

De första professorerna vid Sveriges sex universitet med psykiatriundervisning

Universitet	År	Förste innehavare av psykiatriprofessuren
Karolinska	1861-1882	Wilhelm Öhrström
Uppsala	1863-1893	Nils Gustaf Kjellberg
Lund	1893-1901	Svante Ödman
Göteborg	1953-1970	Bengt Jakob Lindberg
Umeå	1963-1970	Jan-Otto Ottosson
Linköping	1970-1983	Gerdt Wretmark



Vill du arbeta inom en psykiatrisk verksamhet som viktliggör ett brett behandlingsutbud, välutbildad personal, närhet, tillgänglighet, kontinuitet och samverkan samt ett psykoterapeutiskt förhållningssätt?

Dignus Medical söker till psykiatriska kliniker i sydöstra Sverige

Specialister i psykiatri

för tjänst vid respektive

- Slutenvårdsenhet
- Öppenvårdsmottagning

För mer information om tjänsterna kontakta seniorkonsult Erik Rakoczy, 0732 034784, erik@dignusmedical.se

www.dignusmedical.se

Din ansökan och kontakt med oss behandlas konfidentiellt!

SPECIALISTER PÅ REKRYTERING AV LÄKARE OCH CHEFER

Training Seminar on Forensic Psychiatry in Europe

Kurs för europeiska ST-läkare i rättspsykiatri 9-13 augusti 2010, München och Kloster Irsee, Tyskland

Ur kursbeskrivningen:

"The purpose of the seminar is to make trainees of European countries aware of common aspects and differences in forensic psychiatry in the different countries and to learn from each other and from renowned trainers how to improve own skills and at the same time advance the services of forensic psychiatry in their own environment".

Mer information hittar du på www.srp.se!



Notater från den nordliga akademien

Vid det senaste professorsmötet i november föreslogs att de akademiska företrädarna skulle kunna återkommande berätta om vad som händer inom akademien. Från Umeå ska jag ge en bild av hur det ser ut både inom institutionen och på kliniken.

Vuxenpsykiatrien ingår numera i Institutionen för Klinisk vetenskap, där bl.a. öron, ögon, pediatrik, obstetrik & gynekologi ingår. För närvarande finns en professor, Gunnar Kullgren, men två professurer är under tillsättning och under våren borde det vara klart att Rolf Adolfsson kommer tillbaka som professor efter en sejour i Norrbotten och Jayanti Chotai, som länge haft en lektorstjänst hos oss, utnämns. (Jayanti började sin akademiska karriär som statistiker och var docent i matematisk statistik innan han sadlade om till medicin och psykiatri). Själv har jag gått i pension, men har hittills inte märkt så mycket av det när det gäller arbetsinsatsen. Utöver professorerna finns tre lektorer som täcker beroende/missbruk, äldrepsykiatri och konsultationspsykiatri (Peter Valverius, Per Allard och Owe Bodlund). Elisabet Sundbom är professor i medicinsk psykologi, som ingår i psykiatrienheten. Docent Mikael Sandlund är lektor i medicinsk etik och även han knuten till institutionen.

Om jag ser till forskningen som bedrivs på institutionen finns några huvudstråk. Det är transkulturell psykiatri (vi har doktorander från Etiopien, Nicaragua, Kambodja och Iran just nu), suicidologi (Ellinor Salander Renberg), psykosernas genetik (Rolf Adolfsson) och äldrepsykiatri. Själv har jag på senare år intresserat mig för de svenska samernas psykiska hälsa och särskilt då de renskötande samerna.

När det gäller forskarutbildning är vi väl relativt hyggligt på banan. I år kommer vi sannolikt att ha fem disputationer varav en har handlat om japanska ungdomar, en om depression i ett allmänläkarmaterial, två kommer att handla om affektiva sjukdomar i Etiopien och en om psykoanalysens kunskapsområde. Under de senare åren har vi haft 1-3 disputationer per år, vilket väl får ses som godkänt för en akademisk institution av vår storlek.

När det gäller undervisningen är huvudansvaret psykiatri, medicinsk psykologi, professionell utveckling och medicinsk etik på läkarutbildningen. Läkarutbildningen i Umeå genomgår stora förändringar, både vad gäller själva innehållet och pedagogiken, men också vad gäller lokalisering. Det finns beslut om att sjukhusen i Östersund, Sundsvall och Sunderbyn i Norrbotten ska ta emot kandidater under den kliniska delen av utbildningen (10 kandidater per studieort). Detta ska vara på plats 2010. Det betyder att det bl.a. ska finnas lektorer i psykiatri på respektive sjukhus och det är en utmaning att åstadkomma detta. När det gäller psykiatrikursen har vi i många år fått mycket goda vitsord i utvärderingarna – inte sällan har det funnits kommentarer av typen ”den bästa kusen hittills”.

Det betyder dock naturligtvis inte att det inte finns saker som kan göras bättre.

Inför decentraliseringen kommer pedagogiken att behöva förändras med inriktning mot mer av webb-baserad undervisning.

Vår akademiska miljö är juganskaliten och det innebär att vi försöker samla resurser som arbetar med ”mjukvarorna” inom vårdområdet. Bruno Hägglöf, professor i barn- och ungdomspsykiatri, sitter t ex i samma lokaler som vuxenpsykiatrien. I många år har också universitetets psykoterapiutbildning varit lokaliserad i samma hus, men på grund av lokalbrist har nu psykoterapienheten flyttat till universitetsområdet. Psykoterapiutbildningen ”ägs” av enheten för vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och medicinsk psykologi och så har det varit i många år. Bruno Hägglöf är enhetschef. Psykoterapienheten ger sedan flera år tillbaka fyra legitimationsgrundande utbildningar i vuxenpsykiatri med dynamisk och kognitiv inriktning, barn- och ungdom-, och familjeinriktning.

När det gäller psykiatriska kliniken pågår som på många andra håll en ständig förändring av verksamheten. Intressant i sammanhanget är att kliniken relativt nyligt öppnade en ny avdelning eftersom vi upplevt flera år av ständiga överbeläggningar. Vi har nu fyra avdelningar igång, en omfattande öppenvårdsverksamhet med flera behandlingscentra/behandlingshem ute på stan (tidig intervention vid psykos - TIPS, borderline, åstörningar och en eftervårdsenhet). På kliniken finns också en rättspsykiatrisk utredningsenhet och en vårdavdelning. Rekryteringsläget är f.n. gott efter en period runt sekelskiftet då vi haft svårt att rekrytera nya ST-läkare. För närvarande har kliniken 12 ST-läkare varav några också är inskrivna som doktorander. Vad gäller specialister fattas en generation nu när 40-talisterna håller på att gå i pension och innan dagens ST-läkare är färdigutbildade. På samma sätt gäller det beträffande rekryteringen av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal efter fyrtio-talisterna, som ofta hade en livslång erfarenhet av psykiatrisk vård. Det finns alltså ett stort behov av utbildning och fortbildning av ny personal.

Sammantaget är situationen inte så där alldeles hopplös här uppe – vi har en väldigt diversifierad verksamhet med många olika subspecialiseringsmöjligheter och en ovanligt sammanhållen allmänpsykiatrisk verksamhet. Lokalmässigt är vi i stort sett samlade i en byggnad bortsett från de utlokaliserade behandlingsenheterna. Det råder i allt väsentligt ett samarbetsklimat inom och mellan klinik och akademi. Det betyder naturligtvis inte att det inte finns problem – men de är inte omöjliga att lösa.

Lars Jacobsson
Professor emeritus
Umeå

METIS-projektet: vad händer?

METIS-projektet får utökat anslag fram till 2012

Socialdepartementet har beslutat anslå ytterligare 6 miljoner kronor per år fram till 2012 till METIS-projektet, i syfte att utveckla och förstärka specialistkompetenskurser för blivande psykiatrer och barnpsykiatrer.

IPULS och METIS-projektet kommer att använda de nya medlen för att bygga en stabil organisation som gör att kurserna som utvecklats inom METIS ram ska kunna permanentas. Medlen kommer att användas för att finansiera kurserna och för att förstärka samarbetet med landstingen i syfte att säkra permanentning av kursutbudet.

De "vanliga" SK kurserna löper fortfarande parallellt, fram till projektets slut.

Verksamhet + utbildning = sant (och bra för alla)

METIS-kurserna är utformade så att de ska optimera lärandet hos ST-läkarna. Kurserna är designade för att kunna uppfylla kurskraven i den nya målbeskrivningen och för att utnyttja fördelarna med distansutbildning.

Många psykiatriska verksamheter i vårt land är idag hårt ansträngda och METIS kursutbud kan upplevas som alldeles för ambitiöst. De ansträngda verksamheterna kan också uppleva att det är svårt att bidra med egna kliniker som lärare till METIS-kurserna. En vision kan vara att det ska bli harmoni mellan kurserna och tjänstgöringarna, så att ingen del tar för stort utrymme. Om ST-läkarna blir mer kompetenta har alla, inklusive patienterna, vunnit på det!

Harmonin kan man hitta genom en dialog mellan de olika intressenter som har det gemensamma syftet att producera kompetenta och yrkesstolta specialister.

Hur långt har projektet kommit?

Under 2009 har fem traditionella SK-kurser dubblerats med METIS-pengar.

Dessutom har följande METIS-kurser givits: Psykiatrisk juridik, Neuropsykiatri och Psykofarmakologi vid två tillfällen, Psykossjukdomar och Psykiatrisk diagnostik vid ett tillfälle. I skrivande stund går Suicidologi i Umeå och Personlighetsstörningar i Borås.

Affektiva sjukdomar, Akutpsykiatri, Beroendelära, Konsultationspsykiatri och Transkulturell psykiatri är under utveckling och kommer att gå under 2010.

Rättspsykiatri är färdigutvecklad. Kursen är helt webbaserad och ST-läkarna kommer att kunna gå den när det bäst passar dem.

Under 2010 kommer följande kurser att utvecklas: Barnpsykiatri för blivande vuxenpsykiater, Ångestsjukdomar, Psykiatri och samhälle, Äldrepsykiatri, Ätstörningar, Neurovetenskap.



Några reflektioner från de METIS-kurser som har gått

Reflektioner från deltagarna

Kurserna är kliniskt relevanta. Konceptet med fas 1 på distans, fas 2 med kursmötet och fas 3 med examination är meningsfullt. Flervalsfrågor är en bra motivationsfaktor för att sätta sig och läsa kurslitteraturen. Litteraturmängden bör inte vara för omfattande, med tanke på den begränsade tiden (1½ arbetsdag) som ST-läkaren har för att läsa och svara på flervalsfrågorna. När ST-läkarna kommer till kursmötet (fas 2 av kursen) har de läst litteraturen, det är viktigt att lärarna tar hänsyn till detta och håller nivån på diskussioner och föreläsningar tillräckligt högt. Viktigt att lärarna balanserar aktiverande moment som falldiskussioner med interaktiva föreläsningar (båda delar ska vara med och ingen del ska ta över). Den arbetsplatsnära examinationen uppfattas som relevant.

Reflektioner från kursansvariga

Mycket roligt och givande att utveckla kursen tillsammans med kollegor från hela landet. Ett nytt sätt att hålla kurser på, intressant och roligt. Bra med patient och anhörigdeltagande. Viktigt att inte flera METIS-kurser går samtidigt, risk för att arbetsgivarna inte ger ledigt till ST-läkarna. Volymen på litteraturen bör i vissa kurser reduceras. Lärarna/kursansvariga bör lära sig ordentligt hur man använder lärplattformen på webben och dess potential. Det är viktigt att kommunicera med deltagarna under distansdelarna av kursen. Deltagarna bör ha med sig sina laptop till kursmötet (fas 2 av kursen). En informationsfilm för kursdeltagare och en film för lärare om hur man navigerar i Ping Pong bör tas fram samt en utbildningsdag för kursgivare arrangeras.

Projektgruppens reflektioner

Kurskonceptet förefaller fungera, i sin helhet. Videoinspelade föreläsningar ska hellre användas under fas 1 (distans) än vid fas 2 (kursmötet). Det är viktigt att det finns förståelse i verksamheterna för att ST-läkaren behöver använda en del av sin arbetstid åt att förkovra sig. I och med att varje kurs examineras får arbetsgivarna ett kvitto på att ST-läkarna använder tiden till meningsfullt lärande. Viktigt dock att läsmängden är rimlig. Viktigt att IPULS/METIS ger stöd till lärarna/kursgivarna så att de är fortsatt motiverade att hålla kursen. Kurserna bör tas i rätt tid, eftersom vissa kurser kräver förkunskaper som man får i en annan kurs. Det är viktigt att kursen har en administratör på plats som håller kontakt via webben med deltagarna, uppmanar dem att logga in om de inte gjort det, ger dem stöd osv. (begreppet "scaffolding" i den engelskspråkiga pedagogiska litteraturen).

Viktigt att ta vara på feedback

Bakom kurserna finns det kompetens och entusiasm från många kollegor, de som utvecklat kurserna. Ändå har kursformatet för många varit nytt och det finns en del att förbättra. Feedback från deltagarna till kursgivarna samt till projektet är jätteviktigt och avgörande just nu!

Slutligen: det engagemang som vi i projektet ser hos kollegorna som utvecklar kurserna går inte att beskriva, så enormt är det. Detta engagemang ger ett stort hopp för hela vår specialitet och ger oss i projektet mod att driva METIS framåt.

Raffaella Björck
METIS projektgrupp

De apatiska barnen - Kultursjukdomen som eroderade den medicinska etiken

Flera hundra flyktningbarn i vårt land utvecklade de första åren av 2000-talet ett tillstånd med kontaktstörning, uppgivenhet och generella funktionsbortfall som kunde vara livshotande. "De apatiska barnen" kom från familjer som flytt från svåra umbäranden i fr.a. centralasiatiska f.d. sovjetrepubliker och forna Jugoslavien och Bangladesh; människor som inte hade flyktigstatus i vårt land. I Stockholm 2004 utvecklade cirka 5 % av asylbarnen från dessa länder uppgivenhetssymtom. Barnen och mödrarna hade upplevt hot, död, våld och/eller sexuella övergrepp vid de dramatiska händelser som initierade familjernas flykt.

Etablissemang och de apatiska barnen

Den svenska regeringen initierade 2004 en utredning som bedömde endemin av "apatiska barn" som ett gruppfenomen relaterat till asyltagstiftningens möjlighet att ge uppehållstillstånd på humanitära skäl. Utredaren ansåg att det inte fanns "belägg för att trauma skulle vara förklaring till de asylsökande barnens uppgivenhetstillstånd". Den landsomfattande enkäten bakom utredningen innehöll dock inga frågor om möjliga traumatiska upplevelser! Utredaren framhöll också att den massmediala bevakningen förorsakat "psykisk smitta" av uppgivenhetstillståndet bland de asylsökande.

Hon hävdade att det förekom att apatiska barn hade vanvårdats (förgiftats) och manipulerats av sina föräldrar för att simulera sjukdom.

Någon undersökning av tillståndets medicinska art företogs aldrig och någon specifik diagnos ansågs ej befogad. Detta innebar ett avsteg från Socialstyrelsens uppdrag att "svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling i vård och omsorg och följa forsknings- och utvecklingsarbete av särskild betydelse...". "De apatiska barnen" fick aldrig någon formell medicinsk bekräftelse i det svenska samhället. Socialstyrelsen uppmanade i ett meddelandeblad 2005 att man skulle "beakta möjligheten att tillståndet var av manipulerande karaktär".

Ledningen för den Barn- och ungdomspsykiatriska föreningen intog initialt ställningen att "de apatiska barnen" var ett psykologiskt gruppfenomen som uppstår hos människor som lever under hot och där sjukdomsvinst är möjlig. Problemet skulle inte medikaliseras och en specifik diagnos skulle främja sjuklighet och psykisk smitta. Sedvanlig vård skulle inte ges då detta odlar regression.

Etablissemang anbefallde ett tydligt avsteg från basal medicinsk etik! Asylbarn skulle inte behandlas enligt medicinska bedömningar utan utgående från sin grupptillhörighet.

Det föreslogs i diskussionen vid Socialstyrelsens experthearing 2005 att man skulle förbjuda sjukdomen. (Telegrafsjukan i England hade upphört när den politiska ledningen proklamerade att sjukdomen inte fanns).

Trauma

Svenska rapporter vilka baseras på direktkontakt med de apatiska barnen och inte - som i regeringens utredning - på enkäter stöder att "de apatiska barnen" på goda grunder kan ses som en variant av Pervasive Refusal Syndrome (PRS). Det är en kronifierad stressreaktion hos barn som lever under liknande förhållanden av hopplöshet som rådde för de asylsökande barn som utvecklade uppgivenhetssymtom. PRS är en familjepsykiatrisk störning, där barnet blir bärare och delegat för familjens lidande som gestaltas nog så symboliskt i barnets potentiellt livshotande stupor. Sådana faktorer som försämrar PRS-tillståndet - frånvaro av bekräftelse och ökning av stressbelastningen - var också desamma som fördjupade uppgivenhetssymtomen hos asylbarnen.

Uppgifterna om vad familjerna utstått i hemlandet hade varit tillgängliga redan vid familjernas ankomst till Sverige, om man i mottagandet fokuserat på sådana möjligheter även för människor som saknade formellt flyktningstatus.

Multifaktoriell förklaring

Antalet inrapporterade fall med uppgivenhetssymtom upphörde helt 2007 när regeringens utredningsuppdrag avslutats. Färre insjuknade och fler tillfrisknade.

Slutrapporten från december 2006 fastslog att någon *enskild* orsaksfaktor till sjukdomstillståndet och den endemiska spridningen inte gick att identifiera. Utredaren redovisade nu i skarp kontrast till tidigare uttalanden att *manipulation, simulering, vanvård och förgiftning inte kunnat beläggas i något enda fall.*

Det har inte varit möjligt att erhålla några uppgifter om förekomsten av "apatiska barn" i Sverige efter december 2006. Då tillståndet aldrig givits någon specifik diagnos, så är apatiska barn i asylprocessen inte synliga i sjukvårdsstatistiken.

Den överhettade debatten om de här barnen planade ut 2007 i takt med att antalet inrapporterade fall minskade. Man hävdade att konsensus råder att bakgrunden är multifaktoriell; psykisk sårbarhet, traumatisering, familjedynamisk ohälsa, traumatisering under asyltiden mm är sådant som framhållits som möjliga orsaker.

Några analyser av de olika faktorernas betydelse har inte vidtagits. Den multifaktoriella förklaringen blir intetsägande, men skapar en utspädning av ansvaret.

De apatiska barnen – en "Kultursjukdom"?

"Kultursjukdom" är "gestaltning av ett lidande i samspelet mellan individen

och samhällets förhållningssätt till den "sjukdom" som utvecklas".

Fenomenet uppstår genom t ex medial exponering av en sjukdom som därmed bjuder en konkret förebild att imitera för människor som har anledning och behov att gestalta en vända i form av kroppslig ohälsa.

Föreställningen att den mediala smittan var det centrala för uppkomsten av endemin av apatiska barn hade och har ett starkt grepp i samhället. Det rörde sig emellertid inte om något psykiatriskt okänt tillstånd utan en ovanligt väl beskriven stressreaktion av uppgivenhet och vanmakt som lett till allvarliga funktionsbortfall. Det var inte sjukdomen utan den endemiska situationen som var det dittills okända. Massmedial "smitta" var dessutom inte möjlig hos de som var utan språkkunskaper och all kontakt med media, och merparten av barnen synes ha insjuknat innan den massmediala bevakningen blev intensiv!

Smittans omvägar

Etablissemangets bild, liksom i hög grad medias, av dessa familjer var baserad på uppfattningen att det inte fanns belägg för bakomliggande trauma. Sjukdomsutvecklingen skulle därför förklaras utifrån asyltagstiftningens möjligheter till uppehållstillstånd på humanitära skäl. "Samhällets förhållningssätt" var i hög grad påverkat av innehållet i just denna mediala smitta. Kanske var det så att merparten av dem som insjuknade helt enkelt reagerade direkt på "samhällets förhållningssätt" och inte alls omvägen via iatrogen påverkan

och medial smitta?

Var endemin alltså till stora delar en direkt följd av den avvisande, misstänkliggörande och stressökande kravfullheten, som gjorde att de redan traumatiserade och mest nedtyngda och kraftdränerade inte orkade längre utan kollapsade i uppgivenhet?

Var det den tydliga frånvaron av bekräftelse av dessa människors traumatiska upplevelser och lidande som var det mest patogena i mötet med den svenska kulturen? De här människorna blev i så fall helt enkelt offer för ett bemötande som baserades i en propaganda utgående från etablissemangen.

Den enklare förklaringen om det retraumatiserande mötet med Sverige var mycket tydlig för oss som arbetade med de svårast sjuka barnen och deras familjer och detta skapade en evidensupplevelse som konkurrerade ut intellektualiserade resonemang utan belägg.

Samhällets förhållningssätt – en kulturell attityd

Färre barn insjuknade och fler barn tillfrisknade 2006-2007. Den gängse uppfattningen var att de tillfälligt förbättrade



möjligheterna att erhålla uppehållstillstånd för familjer med apatiska barn förklarade detta. Sjukdomsvinst skulle alltså uppnåts och symtomproduktionen behövdes därmed inte mer.

Men borde inte i så fall antalet nya fall snarare ha ökat i takt med att asylsökande blev medvetna om att det lönade sig att bli sjuk i Sverige? Eller hade antalet nedsmittbara familjer då minskat, så att det inte längre fanns några som behövde utveckla denna form av kultursjukdom?

Förhöll det sig kanske i stället så att vändningen kom som en följd av att "samhällets förhållningssätt" förändrades och värden återtog sin normala bekräftande attityd baserad i medkänsla, den medicinska etiken och FN:s barnkonvention?

Vid en kultursjukdom, liksom vid alla ohälsotillstånd, är "det viktiga att ett lidande alltid bekräftas, aldrig bestraffas."

"De symtom som "kultursjukdomen" ger patienterna är förvisso i högsta grad verkliga och kräver insatser från sjukvården (oavsett hur de har uppstått). Ingenting i själva begreppet

"kultursjukdom" motiverar att de sjukas faktiska behov av adekvat vård inte möts.

Att en kultursjukdom försvinner beror bl.a. på att den samhälleliga situationen som skapat den upphör och att dess specifika val av uttryck inte längre behövs för att det bakomliggande lidandet kommit till synes och erkänts" (Johannisson 2008).

Vad blev det hittills av...

Om alltså "den samhälleliga situationen" som skapade de apatiska barnen främst bestod i retraumatisering i mötet med den svenska vårdkulturen, så är det alltså rimligt att tänka, att när samhället i stället började vårda de apatiska barnen, så bekräftades det bakomliggande lidandet.

Föreställningen om manipulation, vanvård och förgiftning som orsak till endemin av apatiska barn hade (och har!) högt och bestående förklaringsvärde i det svenska samhället. Den uppfattningen skyddar mot den skam och skuld som är förknippad med möjligheten att flyktningfamiljer som söker skydd hos oss blir sjuka i mötet med vår kultur.

Man kan inte belasta den politiskt tillsatta utredaren för den obefintliga medicinska utredningen och de mycket destruktiva följderna av denna brist – det är Socialstyrelsens ansvar. Utredaren kan inte heller ansvarsgöras för brotten mot medicinsk etik och FN:s barnkonvention. Socialstyrelsen och den ansvariga specialiteten får dela detta.

Det är dock ytterst den enskilde läkarens personliga ansvar att ta ställning till om beteckningen "asylbarn" skall få underkänna läkarens egen medicinska bedömning av ett barns vårdbehov.

Kommer "de apatiska barnen" initiera en fördjupad diskussion om läkares etiska ansvar och autonomi gentemot politiska mål? Är det för mycket skam i det hela och är närheten för stor till andra medicinshistoriska politiska erosioner av den medicinska etiken? Och är förhållandena alltför komplicerade i den heterogena väven mellan den sjuka individen, familjens situation, gruppen av asylsökande och det svenska samhället och medias spretande inflytande för att utgöra ett alternativ till den enklare och skuldavvärjande uppfattningen om att de apatiska barnen handlade om barnmisshandel och asylturism?

Hur hade det hela utvecklats om den traumatiska bördan hos dessa familjer, utan formellt flyktningstatus, omedelbart identifierats, respekterats och bekräftats vid ankomsten till Sverige?

Göran Bodegård

Leg. läk., med dr, specialist i barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomsmedicin

**Leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm**

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

Att hjälpa människor att ta kommandot över sin hälsa och sina liv i samhället var min ledstjärna som gymnasist i mitt ursprungsland Colombia och den lyste upp min stig på vägen till läkarutbildning.

Kvinnan, vaggan till livet, början till mänsklighetens existens, hennes ansvar för samhällets utveckling utifrån sin avgörande roll inom familjen, inspirerade mig till att överväga obstetrik och gynekologi som första specialitet, och den vägen tog jag i Ryssland. Ett av målen var att hjälpa kvinnor ta makten över sin egen och sitt barns och sin familjs hälsa. Kvinnans och barnens svaga rättigheter till skydd, självbestämmande, sjukvård och utbildning i Colombia, förstärkte mitt val då.

Valet av specialitet påverkas av såväl tillfälliga livsfaktorer som ett genomtänkt övervägande, där möjligheter till både personligt och yrkesmässigt förverkligande, måste rymmas. Psykiatrin blev den självklara fortsättningen i mitt personliga sökande efter läkarrollen i samhället. Jag kände mig utmanad att "förstå" svenskan – både språkligt och kulturellt – och att i ett land som Sverige kunna hjälpa psykiskt sjuka människor att se andra perspektiv. Mitt personliga behov av att utvidga mitt perspektiv om den sjuka människan i ett helt annat samhälle, som det svenska, och att i psykiatris tjänst utnyttja min bakgrund och livserfarenhet i Colombia och Ryssland, ledde till att jag sökte efter en plats i psykiatrin.

Barn och ungdomar är mänsklighetens, och allas vår framtid. I Sverige följer man lagar och rekommendationer och lever ganska väl upp till det förhållningssätt till barn och ungas rättigheter som världssamfundet formulerat. Jag har genom barn- och ungdomspsykiatrin fått en stor möjlighet att erövra medicinsk kunskap och klinisk erfarenhet som berikat mitt läkaryrke och min egen livserfarenhet.

Historiskt har psykiatrikerns kompetens efterfrågats på olika sätt över tiden, i ett strikt samspel mellan samhällets utvecklingsläge, myndigheternas lagar och föreskrifter, med landets kultur och traditioner som utgångspunkt. Ett exempel blir förhållningssättet till begreppet sjukdom/funktionshinder. Fokus på behandling/profylax. Inriktning mot diagnos/åtgärder. Inte minst individens kontra samhällets intressen.

Efter denna relativt korta etapp som barn- och ungdomspsykiatriker har jag insett att varje läkares gärningar – oavsett specialitet, land, epok – påverkas av samhällets politiska och ekonomiska krav och förutsättningar, och kräver ens medvetna ställningstagande i avgörande samhälleliga frågor, med ständigt risk att agera på ett sätt som i framtiden kan fördömas eller ångras...

Så blev det hittills av mitt liv som barn- och ungdomspsykiatriker... i Sverige!!

Gloria Osorio,

Överläkare

MLL, BUP-Gävleborg

Lev ett bra liv med en kronisk sjukdom:

Hälsan finns mellan våra öron

Författare: Svend Andersen

Översättning: Barbro Martinsson

BOKRECENSION

**Suzanne
Guregård**

Svend Andersen är psykolog med egen erfarenhet av att leva med Parkinsons sjukdom. I sju kapitel får vi ta del av svårigheter inom olika områden som ett kroniskt handikapp och en progredierande sjukdom innebär. Översättningen från danska är välgjord av Barbro Martinsson, socionom och psykoterapeut, också hon har Parkinsons sjukdom. Hon skriver i sin introduktion att boken blivit ett redskap som hjälpt henne att hantera frågor hon brottats med, en bok att återkomma till många gånger.

Svend Andersen skriver på ett lättillgängligt språk. Han väver in sin teoretiska och professionella kunskap med sina egna erfarenheter av sjukdomen. Framför allt förs ett samtal med oss läsare om livets konst. Här finner vi resonemang från den existentiella psykologin (se t.ex. Yalom). Boken bygger på det positiva som kan komma ur en livskris. Främst kan boken rekommenderas till patienter och anhöriga som drabbas av kronisk sjukdom, men boken är också intressant att läsa ur ett allmänmänskligt perspektiv och inte minst för oss som arbetar i sjukvården. När jag läser blir jag än mer varse hur avgörande de ärliga samtalen i vården är. Samtalen som i en rehabiliteringsprocess kan innebära att patienten når en ny förståelse av vem hon är och hur den nya vardagen kan komma att bli.

Det är den mentala omställningen vid kronisk sjukdom som är bokens huvudtema. Vi har ett eget val i varje svår situation. Vi kan välja att bli offer, likväl som vi kan välja att kreativt möta motgångar och sjukdom. En kronisk sjukdom innebär att man inte längre kan leva efter vanliga normer i samhället. Detta kan bli ett tillfälle till utveckling. Att inte längre följa de yttre kraven utan istället lyssna inåt och acceptera och ta ansvar för sin nya livsstil med ett handikapp. Svend Andersen skriver om många olika svårigheter som en person med kronisk sjukdom stöter på när vardagslivet blir alltmer kringskuret. Sorgen, ensamheten, beroendet, rädslan och depressionen är några av områdena.

Boken ger angelägna råd om vikten av att tidigt berätta öppet för sin arbetsgivare, barnen, familjen och vännerna. Så undviks fantasier från omgivningen och möjligheter öppnas i de olika relationerna. Sjukdomen tar både tid och kraft i anspråk och Andersen resonerar om hur obalanser kan uppstå, till exempel om arbetet får för stort utrymme. Trots all kunskap som finns om vikten av att bjuda in familjen till vårdmötena, förbises det alltför ofta. För den som vill fördjupa sig ytterligare om de komplexa samband som uppstår mellan familj, sjukdom och individ kan jag rekommendera ett kapitel i boken *The Changing Family Life Cycle* (Chronic Illness and the Family Life Cycle; John S. Rolland). Där diskuteras hur sjukdom hos en familjemedlem på djupgående sätt kan påverka utveckling och livsmål hos någon annan i familjen.



Som kliniker är det bra att samtala med familjemedlemmarna om vilken livsfas var och en befinner sig i liksom ur ett systemiskt perspektiv vilken fas familjen är i.

Ett intressant kapitel handlar om patientrollen. Här berättar Svend Andersen om sin egen process från passivitet och utanförskap till glädje och livslust. För honom tog det fem år från att diagnosen ställts till vändpunkten kom då han var öppen för omorientering mot en aktiv och glädjefylld livssyn.

Jag finner detta tänkvärt. Som kliniker vill vi inge hopp, men ibland tvivlar vi och dras med i de tunga tankar som våra patienter delar med oss. Eller vi tror att genom någon annan bättre behandlingsmetod skulle processen kunnat gå snabbare. Så kan det vara ibland. Men denna bok lär mig att bevara hoppet och ha tålamod i behandlingsarbetet. Det är framförallt den ärliga dialogen och insikten om att alla kriser ger möjlighet till utveckling som bär.

Suzanne Guregård

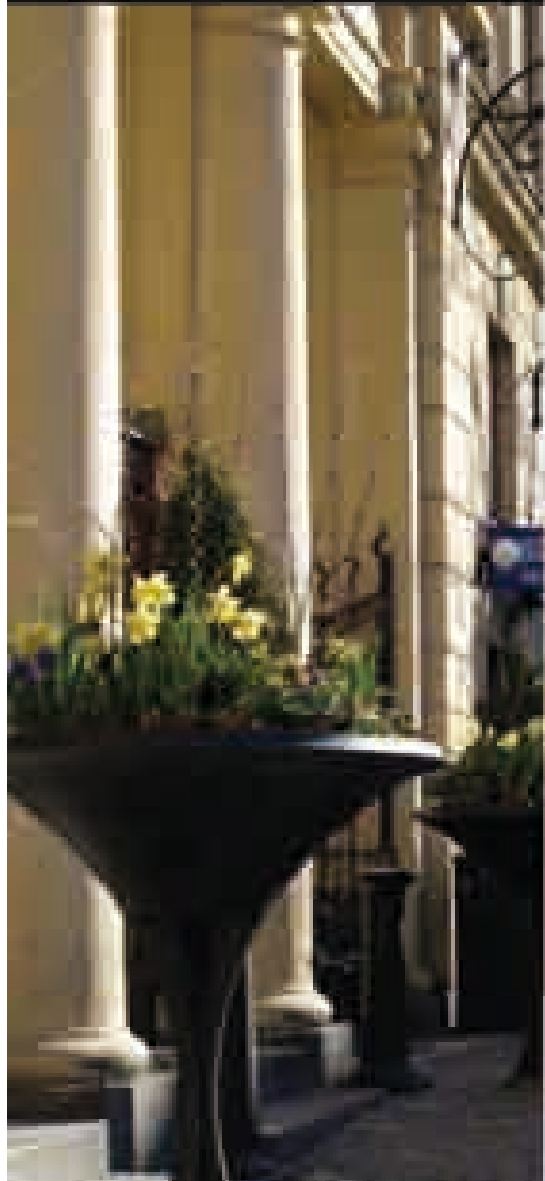
**Psykiater, legitimerad psykoterapeut, doktor i systemisk psykoterapi
Bitr. sjukhusdirektör
Södra Älvsborgs Sjukhus**

Referenser:

Carter, B., Mc Goldrick, M. (1989) *The Changing Family Life Cycle: A framework for Family therapy*, Allyn/Bacon: Boston

***Yalom, I.D. (1980) *Existential Psychotherapy*, Basic Books, subsidiary of Perseus Books: NY.**

Foto: Shutterstock



Varmt välkomna till Svenska Psykiatrikongressen i Stockholm 17 - 19/3 2010!

För tredje året arrangerar Svenska Psykiatriska Föreningen den Svenska Psykiatrikongressen (SPK), detta år på Södra Teatern i Stockholm.

De två tidigare kongresserna har varit mycket uppskattade och besökarna allt fler, förra året över 500.

När det nu är dags igen, har vi ett om möjligt ännu bredare program med flera parallella föredrag och workshops. Även i år låter vi kulturen få stor plats med bland annat flera intressanta författare. I år har vi också infört s.k. "meet the expert"-seminarier, i vilka deltagarna får möta experter inom utvalda områden för att diskutera egna fall i ett mindre format.

På Södra Teatern ryms maximalt 600 personer, så vi rekommenderar er att anmäla er tidigt för att vara säkra på att få plats.

Vi i styrelsen är mycket stolta och glada över att bidra till utbudet av kontinuerlig fortbildning för alla som är verksamma inom psykiatri eller inom områden som ligger nära psykiatrin.

Förutom det stora utbildningsvärdet i kongressen ser vi SPK som en självklar mötesplats för alla som är intresserade av psykiatri - läkare, annan vårdpersonal, brukare, tjänstemän och politiker.

Vi vill bidra till intressanta möten, givande diskussioner och trevligt mingel! För att utveckla psykiatrin behöver vi kunskap, hopp om möjlighet att påverka och förbättra vården, men också lust och glädje i arbetet! Även detta vill Psykiatriska Föreningen bidra till.

Jag ser fram emot att få träffa er igen!

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Ordförande i Svenska Psykiatriska föreningen



Stora Scen

10.00-10.45

Nationella riktlinjer ångest och depression

Socialstyrelsen

11.00-12.00

ECT

Socialstyrelsen

Läkemedelssymposium

Janssen Cilag AB

Moderator: Hans-Peter Mofors

13.00-14.45

Behov av förändring – av vem och hur?

Om insikt, risker och stigma

vid schizofreni och bipolär sjukdom

Lars Häggström, Anders

Berntsson, Cecilia Brain

Läkemedelssymposium

AstraZeneca Sverige AB

Moderator: Lars Farde

15.00-15.45

Outcome predictors for treatment success in bipolar disorder and schizophrenia

Christoph U. Correll

16.00-16.45

Combined utility of antipsychotic and antidepressant drugs: scientific rationals

Torgny H. Svensson

17.00

Välkomstanförande och utdelning av Svenska Psykiatriska Föreningens kulturpris

Lise-Lotte Risö Bergerllind

Ordförande

18.00

Mingel

19.00-20.30

Rickard III – skurk eller offer? Psykiatrin möter teatern

Västra Kägelbanan

10.00-12.00

Psykiatrisk tvångsvård Klinik och etik

Moderator: Lars Jacobsson

Ingemar Engström

Lars Jacobsson

Lars Kjellin

Anders Printz

Torbjörn Tännjö

Aktuell svensk psykiatri - forskning

13.00-14.45

Moderator: Lars Farde

Fyra yngre svenska forskare presenterar aktuella resultat och nya projekt inom psykiatrisk forskning. Tillfälle till diskussion ges efter varje presentation. Johan Lundberg Susanne Henningsson Lena Brundin. Anton Forsberg

15.00-16.45

Moderator: Jerker Hetta

Deltaljerat program kommer

Efter detta program finns en postervandring, plats meddelas senare.

Östra Kägelbanan

10.00-11.00

Andra generationens antipsykotika – bättre behandlingsalternativ eller kejsarens nya kläder?

Moderator: Tove Gunnarsson

Nils Lindefors, Leif Lindström

11.00-12.00

Presentation av nya kliniska riktlinjer; Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom

Rolf Adolfsson, Dan Gothefors

Sexualmedicin

Moderator: Cecilia Dhejne

13.00-13.45

Transsexualism, update om etiologi, utredning, behandling och behandlingsutfall.

Mikael Landén, Cecilia Dhejne

14.00-14.45

Manliga sexuella dysfunktioner och testosteronbrist. Stefan Arver

15.00-15.45

Psykofarmaka både stjälp och hjälper sexualiteten, nytt läkemedel på gång mot nedsatt sexualdrift hos kvinnor?

Mikael Landén

Cecilia Dhejne

16.00-16.45

Sexuella parafilier och tvångsmässig sexualitet/sexmissbruk, beskrivning av tillstånden och klinisk behandling.

Katarina Öberg, Cecilia Dhejne

Eva-Marie Lauren

Lunch

Panorama (max 25 personer)	Torget (max 20 personer)	Spelhålan (max 12 personer)
13.00-14.15 Från objekt till subjekt - äldre och kreativitet - från modern dans till Digi-tales. Pirjo Juhela, Anna Jussilainen	13.00-13.45 Psykologisk testning av barn och ungdomar - metoder, tolkning och utmaningar. Ann-Charlotte Smedler. Eva Tideman	09.00-11.00 Föreningen för konsultationspsykiatri, styrelsemöte
	14.00-14.45 Den äldre patienten - vad gör vi med den och vem gör det? Per Allard	11.00-12.00 Föreningen för konsultationspsykiatri, medlemsmöte
15.00-15.45 Novellen Svarta Stjärnor Om barn till sjuk förälder Oline Stig	15.00-15.45 Motiven i livet. Litterär dialog. Willy Josefsson	13.00-16.45 NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa)
16.00-16.45 Lena Einhorn - läkare, författare, filmare. Lena Einhorn	16.00-16.45 ICD-DSM & SPF-WPA grupperna presenterar revideringsarbeten Bo Ivarsson	Patientföreningarna, öppet hus för alla konferensdeltagare

Träffa studierektorn - få grepp om den nya ST

Flera studierektorer och Metis kommer att finnas tillgängliga under hela kongressen för att under informella former diskutera olika aspekter av den nya ST (upplägg, placeringar, SK-kurser, handledning mm)

Du träffar dem i "Logen på 5:an" - hänvisningar kommer att finnas i entrén och de finns där alla tre dagarna

Stora Scen

Neuropsykiatri

Moderator: Olle Hollertz

09.00-09.45

Ett neuropsykiatriskt arbetssätt i vuxen-psykiatri Maria Holmqvist

10.00-10.45

ADHD hos äldre

Taina Guldberg-Kjär

11.00-11.45

Kriminella med ADHD, behandling och uppföljning - vad förväntas av öppenvårdspsykiatri

Martin Folkesson Ylva Ginsberg,
Anna Lindner

Läkemedelssymposium

Moderator: Hans-Peter Mofors

Sanofi Aventis

13.00-13.45

Glad, ledsen och arg - om akut mani, rapid cykling och bland episoder. Akut mani, rapid cykling och bland-episoder. Lars Häggström, Mats Adler

14.00-14.45

Alkohol och bipolär sjukdom.

Ännu inte bestämt

Frågor och diskussion

15.00-16.00

Psykiatri och skapande

Johan Cullberg

16.00-16.45

Galen i Opera - om gestaltningen av psykiska sjukdomar på operascenen

Eddie Persson

17.00-18.00

Svenska Psykiatriska Föreningens Årsmöte

Västra Kägelbanan

Konsultationspsykiatri

Moderatorer: Marie Bendix och Pia Östryd

09.00-09.45

Smärta och somatoforma syndrom

Pia Östryd

10.00-10.45

Acceptance and commitment therapy (ACT) vid smärta, Joanne Dahl

11.00-11.45

Psykologisk behandling för IBS (irriterat bel colon)

Brjánn Ljótsson

Lunch

Äldrepsykiatri

Moderator: Patrik Mattsson

13.00-13.45

Tvångssyndrom (OCD) i ett livstids-perspektiv.

Resultat från 40-årsuppföljningar i Göteborg. Ingemar Skoog

14.00-14.45

Psykotiska symtom hos äldre.

Svante Östling

15.00-15.45

Bemötande av beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens (BPSD).

Yvonne Freund-Levi

16.00-16.45

Bakom en glasvägg – möjligheter att behandla äldre med psykoterapi?

Pirjo Juhela

Östra Kägelbanan

Psykosjukdom

Moderator: Lennart Lundin

09.00-09.45

Håller schizofreni på att försvinna? Resultat från aktuella incidensstudier och diskussioner. Urban Ösby

Lennart Lundin

10.00-10.45

Kan kognitiva funktionsnedsättningar för-bättras/behandlas? Daniel Abrams

11.00-11.45

Aktuella riktlinjer för schizofrenibehandling.

Lena Flyckt

Missbruk

Moderator: Lars Blomström

13.00-13.45

Farmakologisk behandling av alkoholism. Neurobiologiska korrelerat. Jörgen Engel

14.00-14.45

Opiatberoende - farmakologiska interventioner. Aktuell forskning.

Johan Kakko

15.00-15.45

Kvinnor, graviditet och alkohol, fosterskador och konsekvenser.

Åsa Magnusson

16.00-16.45

Mindfulness - återfallsprevention.

Ingemar Sköld

19.00

Kongressmiddag

Berns Salonger

Panorama (max 25 personer)	Torget (max 20 personer)	Spelhålan (max 12 personer)
09.00-09.45 Mindfulness State of the art Åsa Palmkron Ragnar	09.00-10.45 SFÄP Styrelsemöte	
10.00-10.45 Mindre tvång ger ökad kvalitet i Haldygnsvården Eva Westerling		10.00-11.45 NASP, Nationella suicidpreventiva styrgruppen , sammanträde
11.00-11.45 Meet The Expert Behandling av äldrepsykiatriska tillstånd Ingvar Karlsson	11.00-11.45 Meet The Expert Opiatberoende Johan Kakko	
Lunch		
13.00-14.15 En krimifil psykiatrikers bekännelser Ulf Durling	13.00-13.45 Meet The Expert Sexualmedicin Cecilia Dhejne	13.00-14.15 Internt möte
	14.00-14.45 Meet The Expert Neuropsykiatri Olle Hollertz	14.15-16.45 NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa)
15.00-15.45 "I huvudet på en kartläggare" - efter 2924 patientberättelser, personlig reflektion från SKLs arbete med kartläggning av heldygnsvården inom svensk psykiatri Herman Holm	15.00-15.45 PTSD-mottagningen i Borås – som samarbete mellan Bup och Vup Maria Kahlmeter Hanna Martinsson	Patientföreningarna, öppet hus för alla konferensdeltagare
16.00-16.45 "I huvudet på en kartläggare" Repris på program ovan	16.00-16.45 Nystart för nationella kvalitetsregister i psykiatri - Ett nationellt 3 årigt projekt i samverkan med Landstingen Anette Falkenroth	
		17.00-18.00 SRPF årsmöte

Stora Scen	Västra Kägelbanan	Östra Kägelbanan
Affektiv Sjukdom Moderator: Bengt-Olof Bengtsson 09.00-09.45 Återfallsförebyggande behandling vid affektiv sjukdom. Mats Adler 10.00-10.45 ECT. Nuläge och framtid. Presentation av aktuell minnesforskning. Pia Nordanskog 11.00-11.45 Medicinska mått som kvalitetsindikatorer vid behandling av affektiv sjukdom. Presentation utifrån de nationella riktlinjerna. Anna Åberg Wistedt	Barn och ungdom Moderator: Lena Eidevall 09.00-09.45 Barn till psykiskt sjuka - vad vet vi idag? Margareta Östman 10.00-10.45 Från BUP till vuxenpsykiatri - träffar vi samma patienter? Vad händer med de som varit patienter inom BUP? Ulf Engqvist 11.00-11.45 Asylsökande familjer och barn med uppgivenhetstillstånd - multidisciplinärt vårdprogram inom Stockholms läns landsting Charlotta Wiberg	Rättspsykiatri Moderator: Mats Persson 09.00-09.45 Riskbedömningar i psykiatri och rättspsykiatri. Martin Grann 10.00-10.45 Suicid i kriminalvården. Bo Runeson 11.00-11.45 De psykiatriska tvångslagarna och framtiden. Marianne Kristiansson

Seminarier

Panorama (max 25 personer)	Target (max 20 personer)	Spelhålan (max 12 personer)
09.00-10.15 En krimifil psykiatrikers bekännelser Ulf Durling 11.00-11.45 KBT inom barn och ungdomspsykiatri - kliniskt arbete och behandlings-effekter Ulrika Tulin Lars-Göran Öst	09.00-09.45 Meet The Expert Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar - samproblematik med beteendestörning och psykisk ohälsa Marie O'Neill 10.00-10.45 Mindfulness Åsa Palmkron Ragnar 11.00-11.45 Den nakna skammen - grund för depression eller väg till ömsesidighet Johan Beck-Friis	09.00-11.45 NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa) Patientföreningarna, öppet hus för alla konferensdeltagare

Svenska Psykiatrikongressen 2010 avslutas



Åter energi i steget.

Voxra[®], ett alternativ för behandling av egentlig depression.¹

Voxra är en selektiv noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmare (NDRI).¹⁻³

Voxra har antidepressiv effekt jämförbar med SSRI (paroxetin, sertralin).⁴⁻⁷

Voxra har en biverkningsprofil utan serotonerga inslag såsom:¹ sexuell dysfunktion, viktuppgång och trötthet.

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, voxra@gsk.com



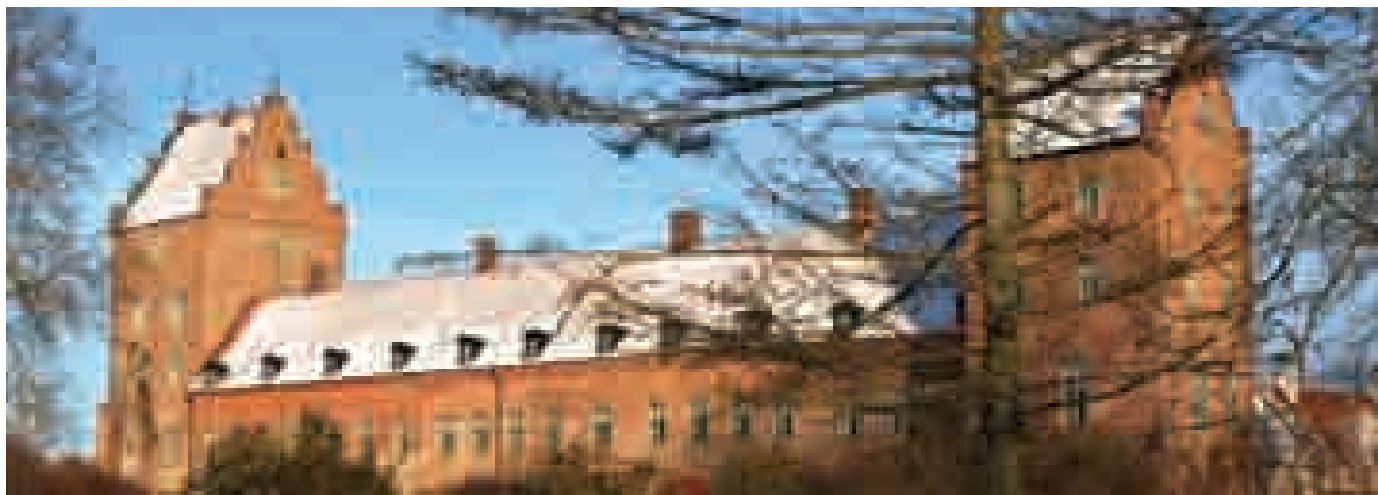
Den enda selektiva noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmaren.

Voxra[®] (bupropionhydroklorid) Rx, F*. ATC-kod N06AX12. **Indikation:** Behandling av egentlig depression hos vuxna. **Styrkor och förpackningar:** Tablett med modifierad frisättning 150 och 300 mg, förpackning om 30 respektive 90 st av båda styrkor. **Dosering:** 1 gång dagligen. Tabletterna ska sväljas hela. Rekommenderad startdos 150 mg, kan ökas till max 300 mg. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot bupropion. Samtidig användning av annat läkemedel innehållande bupropion (Zyban[®]). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2008-08-15.

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

Referenser: 1. Voxra Produktresumé. GlaxoSmithKline, www.fass.se. 2. Fava et al. J Clin Psychiatry 2005; 7: 106-13. 3. Stahl et al. J Clin Psychiatry 2004; 6: 159-66. 4. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005; 66: 974-8. 5. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000; 61: 196-202. 6. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997; 58: 532-7. 7. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006; 51: 234-42.

Olika perspektiv inspirerade på årets ST-konferens



Deltagarna på den femte nationella ST-läkarkonferensen hälsades av en äkta skånsk snöstorm, som under spännande föreläsningar och inspirerande samvaro bedarrade för att ge plats åt strålände solsken över anrika Bäckaskog slott. Konferensen har vuxit år från år och för första gången deltog nu mer än 100 ST-läkare från hela Sverige! Temat för årets konferens var "Psykiatri i perspektiv". Under tre dagar bjöds det på föreläsningar som täckte dussinet delvis vitt skilda aspekter av våra specialiteter.

Efter välkomsttal av Lena Eidevall, ordförande i SFBUP och FoUU-koordinator inom psykiatriförvaltningen i Skåne, och Marcus Persson, ST-representant i SPF:s styrelse, presenterade SPF-ST:s styrelse genom ordförande Per Agvald och sekreterare Erik Nilsson fantasifullt framtiden för SPF-ST i form av den planerade ombildningen till *Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri* (SLUP). En subsektion till SPF, SFBUP, SRPF och SfB, öppen för alla utbildningsläkare inom de psykiatriska specialiteterna.

Först ut bland föreläsarna var Åsa Nilsson som anlade ett evolutionärt perspektiv på psykiatri och ställde frågor om vad som är friskt och sjukt när man beaktar vad som är ändamålsenligt för artens fortlevnad.

Alla djur och människor har sjukdomar trots att vi bakom oss har en obruten rad av reproduktivt lyckade individer. Kan sjukdomar således vara odelat negativa tillstånd?



Därnäst var det dags för två av Cullbergstipendiaterna att redovisa sina erfarenheter. Medryckande berättade först Peggy Törn om sin tid inom barn- och ungdomspsykiatri i Sydafrika. Mycket var likt förhållandena i Sverige och mycket, kanske särskilt resurserna, skilde sig väsentligt. Annika Sturesdotter förde sedan publiken till en affektiv enhet i OS-staden Vancouver, Kanada. En mycket forskningsinriktad och välkomnande miljö.

Andra dagen återkom Johan Cullberg själv med reflektioner från sin långa bana inom psykiatri, flankerad av ytterligare en av stipendiaterna ifrån 2009: Ioannis Pantziaras som varit på en kris- och traumaenhet vid Harvard. Johan kunde mycket glädjande meddela att resestipendier kommer utlysas även i år för intresserade ST-läkare!

Första dagen avslutades med ett seminarium kring sexuella avvikelser. Normalitetsgränsen målades livligt upp av Cecilia Dhejne med hjälp av data från stora studier och hennes egna massiva erfarenhet.

När skymningen sänkte sig fick deltagarna möjlighet att lära känna varandra och dela med sig av ofta liknande erfarenheter från olika arbetsplatser i olika landsändar. Under tiden provades choklad och slottsfrun delade med sig av Bäckaskogs 800-åriga historia. Det blev en del (spök)historier från klostret, vackert beläget på näset mellan Ivösjön och Oppmannasjön, som blev kungligt sommarslott för Oscar I och Karl XV.

Morgonen därpå följde ett pärlband av fascinerande föreläsningar som täckte historiska, afrikanska, organisatoriska, framtida, cinematiska och diagnostiska perspektiv på vårt verksamhetsfält. Cecilia Riving och Åke Pålsson belyste hur psykiatrien såg ut förr i tiden, vilka diagnoser och behandlingar som fanns och hur historien kan och bör påverka vår moderna psykiatri.

Margda Waern från Göteborg föreläste om sina erfarenheter ifrån psykiatri i Dar es Salaam, Tanzania, medan Richard Bernce från INM i Malmö berättade om hur man kan bygga upp en verksamhet som inte lägger kraft på interna konflikter och samtidigt ökar tillgängligheten för patienterna. Remissfördelningskonferenser och oändliga teammöten stjälar tid från det vi är utbildade för och har betalt för att göra menade han bland annat.

Mats Humble stod för kanske den mest medryckande föreläsningen under konferensen. Han var så entusiastisk att han nästan inte kunde sluta när han väl börjat beskriva nya effektiva behandlingsmetoder med snabbt tillslag och få biverkningar. Efteråt flockades stora skaror kring katedern med frågor som väckts under föredraget.

Jörgen Herlofson beskrev bara sex dagar innan DSM-V-utkastet presenterades på www.dsm5.org vilka diskussioner som förts under arbetet med de nya diagnoskriterierna och hur tidigare manualer byggts upp och varför de tillkommit. En föreläsningverkligen i tiden!

Maria Larsson avslutade dagen med en resa genom en samling filmer med psykiatrisk anknytning. Personliga reflektioner blandades med filmvisning. Maria som varit deltagare och/eller arrangör på samtliga ST-konferenser hittills, återkom glädjande nog i år som överläkare och föreläsare.



Efter en god middag med massor av nya vänskaper blev det dans till levande musik.

Konferensens sista dag inleddes med ett välbesökt årsmöte. Höjdpunkten utgjordes av det formella beslutet att bilda SLUP. När moderföreningarna på sina respektive årsmöten godkände bildandet kommer beslutet senare i år på ett extra utlyst årsmöte bekräftas och arbetet i den nya subsektionen kan komma igång. Vi avtackade



vår vice ordförande i SPF-ST, Oscar Norbeck efter lång och trogen tjänst. Nya i styrelsen blev Hanna Edberg, Isak Sundberg, Ulrika By och Lars Dencker som vi hälsar varmt välkomna.

Styrelseposterna fördelades enligt följande:

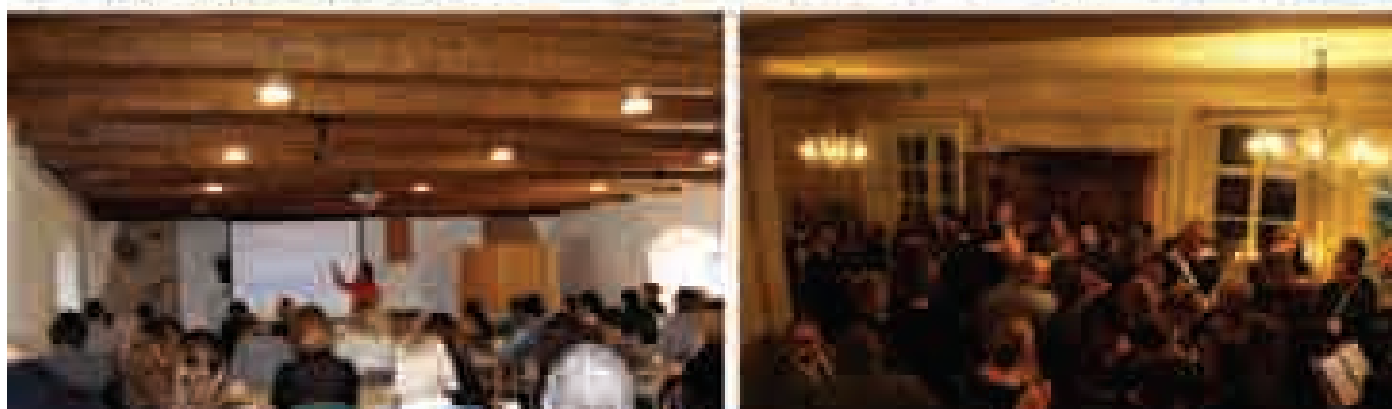
Ordförande Per Agvald
Vice ordförande Erik Nilsson
Sekreterare Hanna Edberg
Kassör Ulrika By
Representant SFBUP Peggy Törn
Representant SPF Marcus Persson

Två uppskattade föreläsare ifrån Lund avslutade konferensen. Ulf Wallin gav ett kulturellt perspektiv på ätstörningar som sjukdomar och samhällsfenomen. Anders Tingström lade ett neurobiologiskt perspektiv på ECT och beskrev mycket av kunskapsutvecklingen på området inklusive de senaste rönen.

Text och foto: Marcus Persson
ST-representant i SPF:s styrelse

FAKTARUTA

Femte nationella ST-läkarkonferensen anordnades i år den tredje till femte februari på Bäckaskogs slott strax utanför Kristianstad. 103 deltagare ifrån hela Sverige. SPF-ST:s styrelse har haft hjälp av en lokal organisationskommitté bestående av Ylva Magnesjö och Maria Wagner. Ylva är ST-läkare inom vuxenpsykiatri i Lund. Maria är specialist i barn- och ungdomspsykiatri och ST-läkare inom vuxenpsykiatri i Lund.



SFBUP:s verksamhetschefsmöte – ett kort referat

Mötet var i år mycket välbesökt och det tycks angelägnare än någonsin att träffas från hela riket för att ha möjlighet att utveckla sin verksamhet och träffa kollegor. Till mötet bjuds både verksamhets- och (i förekommande fall) divisionschefer, chölar och de överläkare som har ett uppdrag som medicinska rådgivare, när man inte har ett lagstadgat behov av en chöl i sin verksamhet. Mötet har sin givna plats i svensk barnpsykiatri och är oerhört väsentligt för att stärka en numerärt liten verksamhet som i sitt arbete har att samverka med så många olika aktörer!

Fyra stora teman upptog de två dagarna med intensiva diskussioner, grupparbeten och frågor:

- 1) Vilka konsekvenser får resultaten av Socialstyrelsens stora tillsyn under 2009 inom BUP?
- 2) Hur har man arbetat vidare inom BUP utifrån Läkaransvarsdokumentet?
- 3) Hur ska arbetet med den skärpta vårdgarantin föras vidare?
- 4) Hur ska man arbeta med den reella läkarbrist som råder inom specialiteten?

Ing-Marie Wieselgren och tre medarbetare från SKL informerade om vad som kommer framöver kring vårdgarantin, hur rapporteringen ser ut, vad SKL bidrar med i form av stöd och struktur; och en arbetsgrupp formerades för att arbeta vidare för att hitta ett enhetligt sätt att se på begreppen behandling och fördjupad utredning inom BUP i Sverige. Under deras besök diskuterades en hel del kring modellområden och hur arbetet framöver ska se ut runt första linjen för BUP, en fråga som det finns all anledning att arbeta vidare med överallt i Sverige!



Torgny Gustavsson och Mia Thörnqvist



Viktiga möten med kollegor runtom

SFBUP och chefsgruppen enades också om att sätta samman en mindre grupp som ska fungera som talespersoner, som en grupp som kan sammankallas snabbt och som kan representera en stor del av landet i frågor som rör barn och ungdomspsykiatri. Media är ofta på hugget och ringer runt och i perioder finns ett stort behov av att försöka komma in på debattforum av olika slag. Vi tror att en kombination av specialitetsförening och chefer/deras kommunikatörer kan bidra till att ge en gynnsammare situation för att få ut både den utveckling som sker inom fältet och vår syn på större frågor av betydelse för dem vi representerar, nämligen barn och unga med psykisk sjukdom och de som riskerar att utveckla svår psykisk ohälsa.

Lena Eidevall
Ordförande SFBUP

Foto: Lena Eidevall





Påminnelse!

Kallelse och dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Förening

Tid: Torsdag den 18 mars 2010 klockan 17:00-18:00
Plats: Stora Scen, Södra Teatern, Stockholm

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av två justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - a) styrelsens verksamhetsberättelse
 - b) skattmästarens redogörelse
 - c) revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrels eller väckts av föreningsmedlemmar
 - a) Ändring av stadgar för ST-subsektionen , (Stadgarna för Sveriges Läkare och Utbildning i Psykiatri (SLUP) finns att läsa på www.svenskpsykiatri.se)
10. Val av ledamöter till styrelsen enligt § 10
11. Val av revisorer och revisorssuppleanter
12. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
13. Val av ev. hedersledamot
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Hans-Peter Mofors
Sekreterare i SPF

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande i SPF

En orättvis, onyanserad och vinklad betraktelse

En betraktelse

Björn

Wrangsjö

Vi väljer inte yrke av en slump. Något i yrkesutövandet talar till oss. Om det är till våra bättre eller till våra sämre sidor kan vara bäst att låta vara osagt, kanske handlar det om båda delarna. Lite tillspetsat har man sagt att de som har problem med sin hederlighet blir advokater, de som har svårt att tro blir präster, de som har svårt att fatta blir lärare, de som är rädda för sjukdomar blir läkare. Vad ska man då tro om oss som väljer att bli psykiatriker? Låt oss se på några tänkbara prototyper genom åren.

Kufen

Psykiatern på 50-60 talet kunde ses som en doktor som inte klarade av att vara riktig doktor, inte tålde se blod, tänkte för långsamt och omständligt, var lite udda – eller i värsta fall var så kufisk att vederbörande helst borde vistas på mentalsjukhus, men dock hade sådana kunskaper att han, det var nästan alltid en han, kunde anförtros eget rum med namnskylt, skrivbord, nyckelknippa samt inte minst Vit Rock. Vederbörande hade inte sällan viss social fobi och bodde gärna i egen villa på sjukhusområdet. Doktorn var i bästa fall auktoritär fast snäll.

Rebellen

Under slutet på 1960-talet började det i yngre kretsar dyka upp konturerna av en ny psykiartyp, psykiatern som revolutionär, mer kaxig och självmedveten, präglad av den politiska tidsandan. Man engagerade sig i den politiska debatten, betonade jämlikhet – så även mellan läkare och patienter. Den Vita Rocken sågs som en förtryckarsymbol och försvann. Svårt att se vem som var vem, men det kanske inte var så viktigt.

Dessa yngre tog för sig. Man såg sig som en frigörande politisk kraft och ville inte vara Maktens Redskap. Man slog sig gärna ihop några stycken och tog över ett gammalt nedgången mentalsjukhus och uppgraderade övrig vårdpersonal, ibland så till den milda grad att dessa trodde sig bäst lämpade att ta över verksamheten, en föreställning som ryktesvis fortfarande kan finnas kvar i vissa personalgrupper än i våra dagar. Det fanns inga gränser för behandlingsoptimismen.

Sökaren

Senare kom det stora utforskandets tid. Man utbildade sig i olika psykoterapiformer. Landet översvämmades av utländska gurus, speciellt från USA. Man experimenterade och sökte sig fram. Det är lite oklart vad man fann i sitt sökande, ibland något som hjälpte patienten, ibland fann man åtminstone sig själv, ibland inte ens det. Den egna känslan tillmättes stort vägledande värde vad gällde val av behandling. Man satt i personalgrupper och encountergrupper där överläkarna fick hitta passande djurbeteckningar på sig själva och varandra. Det var samspel, miljö och samhälle som gällde. Frågan om arv och ärftlighet var en trist historia som dumpades hos genetiker och eventuella intresserade inom den akademiska psykologin. Diagnostik var ett fult ord, en potentiell övergreppsmärk.

Tänka själv var inte bara ett privilegium utan närmast ett tvång, man skulle finna sin egen väg och ha egna uppfattningar om allting utom möjligen om politiken.

Riktig Doktor

Men tiderna förändras och psykiartypen med dem. Under de senaste decennierna har en kår av vårdtjänstemän och arbetare i vårdfabriken vuxit fram. Man producerar numera vårdtjänster på beställning inom ramen för den Svenska modellen av planekonomi, under överinseenden av Socialstyrelsen. Man skriver på datorn, fyller i handlingar, produktionsjournaler, kvalitetsmått, skriver produktionsanvisningar i form av vårdprogram, skapar skattningsformulär och gör skattningar. I denna administrativa vardag flimrar också patienter, numera kunder, förbi. Parentetiskt kan man notera att det speciellt inom slutenvården är lite knepigt med kundperspektivet eftersom kunden ju alltid ska ha rätt, medan kunderna inom slutenvården nästan alltid tycks ha fel, åtminstone när det gäller medicinering – de som vill ha medicin ska inte ha, medan de som inte vill bör få.

Man frågar sig inte längre om man är ett Maktens redskap. Något klassperspektiv kan inte längre skönjas, särskilt inte för dem med tunnelseende och svaga ögon. Man deltar inte längre i ett högt spel inom politiken, man har nog med att lära sig beställarnas favoritspel "Plocke pinn". Den individuella ackordsarbetarens rörelsefrihet vid det löpande bandet blir långsamt mindre och mindre, speciellt på storstadssjukhusen. Även om den Vita Rocken inte är på plats igen överallt, finns andra modernare markörer för evidens och auktoritet.

Diagnostik har blivit ett fint ord, kanske till och med det allra finaste, näst efter "evidensbaserad" förstås. Nu är inte kreativitet och flexibilitet honnörssord längre, de är inte evidensbaserade. Den bästa vägen till framgång tycks numera vara hjärnvägen (även om den kan förefalla somliga smalspårig). Med hjälp av den ska man dessutom köra över de sista entusiasterna från 70-talet och få rättning i ledet! Psykiatern är ju numera framför allt specialist på hjärnan även om det ännu inte har blivit direkt förbjudet att försöka förstå sig på folk. Men det tar ju tid att prata med kunderna och tid är en bristvara. Eget tänkande? Glöm det! Nu är det programtrohet, kriställighet, budgetansvar, lojalitet och lydnad som gäller.

Vi väntar med spänning på nästa psykiartyp. Ska vi hoppas att vi inte får vänta så länge eller...? Kanske kommer våra kollegor somatikerna att i framtiden ta hand om det där specifikt mänskliga med människan när psykiatern håller på att bli en Riktig Doktor.

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

SPF-ST:s och Johan Cullbergs resestipendium 2010

Till alla ST-läkare och nyblivna specialister i psykiatri, barnpsykiatri eller rättspsykiatri!

Förra årets resestipendier resulterade i studieresor till St Petersburg, Harvard, Kapstaden och Vancouver. Erfarenheterna från dessa resor presenterades i februari på SPF-ST:s konferens i Skåne. I år utannonserar vi stipendier på tillsammans totalt 150 000 kr för studiebesök. Det gäller alltså att någonstans i världen kunna tillbringa en begränsad tid vid en psykiatrisk klinik – eller ett psykiatriskt projekt - med aktiv klinisk forskning, undervisning eller metodutveckling.

Som förra gången handlar det om att stimulera en gärna odiskuterad vuxenpsykiatrisk, rättspsykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk inriktad kollega till i första hand kliniskt tänkande. Medlen gäller alltså psykiatrisk fördjupning - inte egen forskning.

Det vill vi möjliggöra genom att utlysa tio "poster" om vardera högst 15 000 kronor där man kan söka en, två eller tre sådana poster. Stipendierna avses 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. Här kommer dock en konkurrens att råda där en kombination av klinisk relevans och genomtänkt ekonomi premieras. Billigare, men genomtänkta, resmål prioriteras men avlägsna mål är alltså inte något hinder.

Kom ihåg att det finns många spännande aktiviteter även inom de skandinaviska länderna som är väl värda en studieresa!

Krav för ansökan

- Kort 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 samt ett intyg att tjänstledighet med lön beviljas.
- En ekonomisk plan inkluderande rese- och rimliga uppehållskostnader ska bifogas. Det ska framgå med motivering om en, två eller tre 15.000:- poster söks.
- Om resan utökas med turistande utanför studierna måste detta bekostas privat.
- Resan ska genomföras under år 2010

Redovisning

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

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda senast **den 30 april 2010**. 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 mycket bra att maila till även framstående personer och fråga om man kan få komma! För de flesta ställen är det en föder i hatten att få studiebesök även om det kräver en viss ansträngning av dem!

Ansökan skickas till:

Svenska Psykiatriska Föreningen

Johan Cullberg-stipendiet

851 71 SUNDSVALL

Vid frågor kontakta cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

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



SPF vidgar sina vyer

Vid diskussion på SPF:s styrelsemöte i augusti kring vår tidskrift Svensk Psykiatri, SP, var vi rörande eniga om att den utvecklats på ett mycket positivt sätt. Förutom våra egna åsikter i detta (aningen partiska kanske?) hör vi i olika sammanhang medlemmar säga detta. Trots det siktar vi på att utveckla tidningen än mer. Tove berättade att sfbup har ett antal personer knutna till sig på distans som skriver artiklar själv eller ser till att få andra att skriva. Denna goda idé beslöt vi oss för att stjäla! Vi enades under mötet om att vi gärna såg att ett antal grupper hade stående inslag; professorsgruppen konsultationspsykiatrisektionen, beroendeföreningen, äldrepsykiatriska föreningen och föreningen för sömnmedicin och sömnforskning. Vi såg detta som ett sätt att bredda kunskapsmassan i SP och ge våra medlemmar möjligheter att få en bredare professionell bas. Hemkommen från mötet skrev jag till berörda ordförande och fick ett mycket positivt gensvar från alla. Så nu efterhand kommer dessa inslag att dyka upp. Vi välkomnar detta och hoppas att ni läsare uppskattar det. Ge oss gärna feedback!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Foto: Carol Schultheis



Jag är normal

Att vara normal är eftersträfvansvärt och vi har säkert lite till mans, när vi skådar in i vårt inre eller blir varse vad vi gjort eller sagt, undrat om vi är normala. Nummer fyra av Svensk Psykiatri gav mycket intressant att tänka på i dessa avseenden.

Jag är opererad för ljumskbräck både i barndomen och i vuxen ålder samt för en öppen fraktur på dig II sin. Det gör mig inte onormal. I tonåren fick jag en, som det skulle visa sig, felaktig allergidiagnos, som dock medförde att jag slapp militärtjänstgöring. Inte heller det gör mig onormal. Men jag är man men är vare sig intresserad av sport, jakt och fiske eller motorer. Däremot går jag på teater och läser ibland poesi. Därmed är jag nog, i alla fall statistiskt, utanför normalvariationen. I lågstadiet genomgick jag en barnpsykologisk och i tonåren en barnpsykiatrisk utredning. Jag fick diagnosen ordblindhet, som dyslexi då kallades. Detta kan jag och min omgivning fortfarande avläsa. På min kylskåpsdörr sitter en påminnelseapp: *tanläkaren 26/11 8.10*. Normalt? I samband med dessa utredningar gjordes begåvnings-test, och jag befanns ha en allmänbegåvning mer än +2 sd och jag har genomgått en kvalificerad högskoleutbildning. Det är klart utanför normalområdet. Fast jag själv betraktar mig som ganska normal.

Onormala är de andra

Normalitet är, vill jag hävda, vare sig ett medicinskt, psykiatriskt eller statistiskt begrepp utan ett filosofiskt och moraliskt. Normen är det eftersträfvansvärda, det goda, ibland det lite tråkiga men alltid det oklanderliga. Det onormala är det som är fel, ibland skrämmande, ibland beklagansvärt. Dit hör de som vi vill förskjuta, låsa in, visa ut. I gästskribenten Peter Olssons artikel blir detta mycket tydligt. I resonemang, som ligger snubblande nära cirkelbevis, diskuterar han vad som karaktäriserar normala och onormala grupper och ledare och kommer fram till att de normala är de goda och de onormala de onda. Normalitet och godhet blir synonymt. Perspektivet är entydigt västerländskt-amerikanskt. I denna terminologi blir Gandhi normal, trots att han var en religiös ledare med mycket extrema åsikter och stora krav på sin omgivning avseende personliga uppoffringar, trots att han personlighetsmässigt sannolikt avvek från de allra flesta. Men hur blir det med George W Bush, som hänvisar till Gud då han statar anfalls-krig och som är ansvarig för tusentals människors död? Är han god = normal för att världens mäktigaste stat bestämt att hans motiv är legitima?

Kan man ha en psykiatrisk sjukdom och vara normal?

Röntgenbilden av mitt ringfinger är inte normal, men det påverkar inte bedömningen av mig som person, men i psykiatri och psykologin är normalitet något som gäller hela människan. Kan man, efter korrekt och noggrann utredning ha fått diagnosen schizofreni eller OCD, vara en normal människa?

Varför skulle det vara konstigare än att ha fått en cancerdiagnos och ändå vara normal – fast sjuk? Eller konstigare än att vara en normal muslim i Tingsryd eller en normal böj i Östersund (om det nu är möjligt).

Flera av artiklarna, t.ex. Ingemar Engströms och Björn Wrangsjös liksom Tove Gunnarssons ledare, tar upp det kulturberoende i normalitetsbegreppet. Jag vill ge ytterligare ett exempel. Byron J Good berättar i sin bok *Medicine, rationality and experience* om en antropolog, som på Sumatra får frågan om hon tror på andar. Hon tycker det är en besvärande fråga, eftersom hon inte vill sära lokalbefolkningen, men förstår så småningom att vad de frågar är: "Litar du på andarna? Tror du de säger sanningen?" Varenda vettig människa vet ju att andarna finns! Är andetro normalt? På Sumatra: ja, men i Sverige, globalt? Och när personer från Sumatra kommer till Sverige? Är normalitet ett majoritetsbeslut?

Vi kommer ju inte ifrån att psykiatri är kulturberoende och det bör heller aldrig bli målet. DSM-systemets kulturformulering är kortfattad och ospecifik. På Transkulturellt Centrum i Stockholm arbetar man intensivt för att utveckla instrument och kunskap för att vidga vår förståelse av hur psykiatrins ansikten varierar, utifrån vilka bakgrunder vi människor har, vare sig vi är vårdgivare eller vårdmottagare. Detta är angeläget i en tid med ökande migration och när en allt större andel av våra patienter och medarbetare inte delar våra normalitetsbegrepp.

Normalitetsbegreppet hör inte hemma inom psykiatri

Det är alltför laddat med värderingar och med historiska och geografiska definitioner. I stället bör vi prata om funktionsbrister, lidande, beteendestörningar, relationsproblematik. Beskrivande termer av de svårigheter människan har eller åstadkommer. Jag träffar och känner människor, som är otrevliga, arroganta, självupptagna, dumdryga eller fega. Jag föredrar att inte benämna dem vare sig i normalitetstermer eller att psykiatriskt/psykologiskt analysera eller kategorisera dem. Jag har mina personliga värderingar av dem, men det är inte mitt professionella jag som gör de värderingarna. Ibland värderar jag också människor, som jag träffar å yrkets vägnar på sådana sätt, men då inte som en del av utredning och diagnostik och jag försöker hålla reda på vad som är mina personliga antipatier och vad som är psykiatri.

En normalitets-relaterad psykiatri löper en överhängande risk att, förutom att vara ovetenskaplig, också bidra till fördomar mot psykiatri och medföra stigmatisering och bli ett uttryck för förtryck.

Torgny Gustavsson
Överläkare
BUP Växjö



Foto: Shutterstock

2 ST-block

**kombinerade i allmän- och
rätt psykiatri till Psykiatri
Sydväst i samarbete med
Rättsmedicinalverket**

**I samarbete mellan Psykiatri Sydväst och
Rättsmedicinalverket erbjuds här en skräddarsydd
möjlighet att inom ramen för en sammanhållen
ST-utbildning förvärva specialistexamen i
allmän psykiatri likväl som rätt psykiatri.**

**För mer information och ansökan, gå in på
<http://www.jobbs.sll.se/slo>.**

**Kontaktpersoner:
Studierektor Psykiatri Sydväst, Elina Sarasalo
070-616 72 81.**

**Verksamhetschef Rättsmedicinalverket, Marianne
Kristiansson 08-607 15 46, 08-607 15 50,
070-858 32 91.**

Ta del av våra remissvar!

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

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

**Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri**

Nya perspektiv på psykiatrisk diagnostik - Rapport från konferensen

"Cultural and Biological Contexts of Psychiatric Disorder"

Konferensen anordnades den 22-24 januari 2010 vid University of California i Los Angeles (UCLA), USA. Detta var en interdisciplinär konferens med syfte att förbättra psykiatrisk diagnostik och behandling genom att uppmärksamma det biologiska och kulturella sammanhangets betydelse och hur de samverkar. Bakgrunden är att det finns en omfattande kritik avseende biologisk och kulturell validitet av de diagnostiska kategorierna i DSM-IV och att en revidering av DSM-IV pågår.

Konferensen var interdisciplinär. Ett antal framstående forskare i neurovetenskap, antropologi och psykiatri medverkade tillsammans med kliniskt verksamma psykiater och patienter. Konferensen innehöll en blandning av vetenskapliga presentationer, presentationer av kliniker och personer med egen erfarenhet av sjukdom. Presentationerna kombinerades

med rundabordsdiskussioner vid podiet där olika områden företrädades och till vilken publiken bjöds in. Allt med syfte att öka förståelsen om hur man kan diagnostisera psykisk sjukdom med bättre validitet från ett biologiskt och kulturellt perspektiv. De sjukdomsområden som belystes var: autism, bipolär sjukdom, schizofreni och ångest. Avslutningsvis fördes en diskussion om hur biologi och kultur kan integreras i DSM-V.

Professor Moshe Szyf från McGill University i Montreal i Kanada höll en inledande mycket intressant nyckelföreläsning om epigenetik och den sociala miljöns betydelse under den tidiga barndomen för den psykiska hälsan hos den vuxne. Föreläsningen handlade om hur olika gener slås av och på genom metylering och hur det i denna process finns en dynamisk interaktion med omgivningen, särskilt

under kritiska perioder som den tidiga barndomen men även senare. Utifrån cancer- och DNA-forskning tydliggjordes betydelsen av barnets tidiga sociala miljö för beteende och psykisk hälsa hos den vuxne.

Dr Robert Bilder från Semel-Institutet, UCLA, lyfte fram att ju mer kunskap vi får om psykisk sjukdom ju tydligare blir det att den inte faller in i distinkta kategorier. Hans resonemang byggde på aktuell neurovetenskaplig schizofreniforskning. Dr Bilder pekade på värdet av att använda dimensioner istället för kategorier för att diagnostisera psykiatriska sjukdomar. Han menade att psykisk sjukdom bäst förstås som ett kontinuum av svårigheter.

Antropologen Emily Martin från New York University har studerat allmänhetens





förståelse av DSM-kategorier om emotioner. Hon beskrev hur i dagens USA värderas mycket av det beteende som kopplas till mani som positivt. Hon exemplifierade med värdesättandet av att bryta mot normer, och att orka med så mycket som möjligt i högt tempo.

Robert Lemelson, antropolog och psykolog vid UCLA samt huvudorganisatör för konferensen, visade en film om en äldre man på Bali i Indonesien. Mannen berättade om hallucinationer med andar, trauma och förluster i samband med politiska förändringar och hur han varit utsatt för gifter vid risodling. Mannen och hans familj kämpade med att hantera situationen. En central fråga i filmen var hur dessa erfarenheter skall tolkas och vilken roll och mening en psykiatrisk diagnos har; här kunde även avsaknaden av en diagnos ses som skyddande eftersom mannen inte hade blivit stigmatiserad och därmed gått miste om det viktiga sociala stödet. I filmen möttes traditionell vård och västerländsk psykiatri.

Konferensen innehöll många fler intressanta presentationer, bland annat av *Eric Kandel, nobelpristagare i medicin 2000*, som forskat om biologiska mekanismer för minnet. Kandel kopplade samman sin molekylärbiologiska forskning om minne och inlärdd rädsla med ett intresse för psykoanalys och psykoterapi och hur dessa kan bidra till en skyddande miljö.

Kandel lyfte fram betydelsen av att möta en empatisk person och trodde att psykoanalys kan leda till anatomiskt identifierbara förändringar som i framtiden går att visa.

En kontinuerlig diskussion av värdet kontra problemet med en psykiatrisk diagnostik som bygger på avgränsade kategorier lyftes fram. Från de neurovetenskapliga forskarna fanns en enhetlig kritik och en önskan att lyfta fram det dimensionella. Bland psykiatrforskare, antropologer och kliniker var bilden splittrad. *David Kinzie, psykiater från Oregon* och med lång erfarenhet av vård för flyktingar, hade uppfattningen att DSM

behöver innehålla kategorier som ett stöd för kliniker. Han menade att kliniker vet att kategorierna inte är sanningar utan ett praktiskt stöd i det kliniska arbetet. I en senare diskussion fördes från publiken fram att ett problem är att administratörer och ekonomer tror att kategorierna står för sanningen. *Byron Good, professor vid Harvard* ansåg att kategorier har ett praktiskt kliniskt värde och poängterade att det viktiga är vad som hjälper människor.

Sista dagen höll *professor Roberto Lewis-Fernández, Colombia University* och chef för ett behandlingsprogram för spansktalande i New York, en presentation om kulturell variation och kontext i kommande DSM-V. Lewis-Fernández menade att psykiatriska diagnoser visar både kulturella likheter och olikheter. Han diskuterade frågan om hur ett universellt diagnostiskt system som DSM kan omfatta kulturell variation. Vidare pekade han på hur olika uttryck i symtompresentation ger möjligheter till kunskap om biologiska och sociala orsakers betydelse. Dr Lewis-Fernández är aktiv i revideringsprocessen av DSM-IV och medlem i arbetsgrupperna om ångestsjukdomar och kultur och genderfrågor. Vad gäller frågan om kategorier eller inte i kommande DSM-V trodde han inte att vi skall förvänta oss några större förändringar.

Han berättade också att snart kommer arbetet med revisionen av DSM komma upp på webben för att möjliggöra externa synpunkter.

I den avslutande rundabordsdiskussionen förde *professor Laurence Kirmayer från McGill University* fram att kliniker ofta arbetar med DSM-systemets V-koder och för det arbetet ges ingen ekonomisk ersättning. Från publiken ställdes frågan vad man kan, utifrån de kunskaper som finns, göra som kliniker för att hjälpa patienter bättre i dagens ekonomiskt hårt pressade situation. Lewis-Fernández lyfte fram vikten av att försöka få någon form av förståelse av patientens tankar och förväntningar. Laurence Kirmayer menade att vi inte får acceptera att den kliniska psykiatrin är alltför begränsad i tid, utrymme och möjligheter.

Det var en högtintressant konferens som inramades av ett extremt regnväder.

Sofie Bäärnhielm
Överläkare, med dr, enhetschef
Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting

Maria Niemi
MSc, PhD student
Unit for Studies of Integrative Health Care; Division of Nursing; NVS
Karolinska Institutet

Foto: Sofie Bäärnhielm

Hurdan är en psykiater?

När jag började läsa medicin var psykiatri det sista jag kunde tänka mig som framtida specialitet. Grunden för denna motvilja är oklar för mig, men under studierna förstärktes min uppfattning av den bild av psykiatern som förmedlades på de somatiska placeringarna. Psykiatrerna var de stackars läkare som var för dumma för att bli något annat. Eller som valt specialiteten för att finna en lösning på egna djupgående problem.

Psykiatriplaceringen på läkarutbildningen fick mig att så totalt ändra inställning till psykiatri och psykiatrerna att jag sedan dess haft svårt att tänka mig en annan specialitet. Detta trots att jag under åren som gått har fått höra många mer eller mindre förklenande omdömen om mitt yrke. Mest har jag skrattat åt det, men ibland har jag frågat mig vad denna syn på psykiatern gör med psykiaterns självförtroende? Och vad den kan tänkas säga om synen på våra patienter?

Efter 20 år i yrket har jag ändå uppfattningen att fördomarna har minskat. Eller har de det? Hur ser man på psykiatern idag? En helt oseriös undersökning i redaktionens bekantskapskrets företogs och gav skiftande svar.

- Lågt rättspatos
- Bra på att bedöma människor och deras personligheter
- Odlar myten om sin outhärdlighet
- Omsorgsfulla och vänliga
- Kan inte dansa.
- Mer social än en kirurg

Sammanfattningsvis en något spretig bild.

Kanske är det inte så konstigt egentligen. Det finns trevliga och otrevliga psykiatrer, liksom det finns kompetenta och inkompetenta psykiatrer.

På samma sätt som det finns trevliga och otrevliga ortopeder. Kompetenta och inkompetenta ortopeder.

Och lärare, rörmokare, bankkassörer...

Vi är väl som folk är mest.

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri

Här ett urval:

- Luddiga
- Knäppa
- Dåliga på att samarbeta
- Stor tolerans för människor som ter sig avvikande
- Goda lyssnare
- Vågar stå för sin åsikt
- Otrevliga
- Virriga
- Dåliga på att sätta diagnoser
- Förmåga att coacha och sätta gränser
- Dög väl inte till annat
- Rätt störda

Foto: Shutterstock





Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en svensk, ideell insamlingsstiftelse med målsättningen att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet. Medel delas ut årligen, senast 1 miljon kronor. För att fortsätta att aktivt kunna stödja svensk forskning inom området, behöver vi dig som medlem!

Du betalar in till Plusgirokonto 90 07 501 eller Bankgirokonto 900-7501.
Årsavgift: 100:- för enskild medlem
Ständig medlem: 2000:-
Stödjande medlem/företag: 10 000:-/år.
Gåvor från enskilda och organisationer är varmt välkomna.

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



PSYKIATRIFONDEN
WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE

Dags att söka forskningsmedel!

En gång per år delar Psykiatrifonden ut medel till psykiatrisk forskning och till projekt som syftar till att motverka fördomar kring psykiska sjukdomar. Summan varierar beroende på hur mycket som kommer in i medlemsavgifter och gåvor.

Senaste datum för att söka årets forskningsanslag är 15 augusti 2010.
För mer information och ansökningsblanketter se www.psykiatrifonden.se

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande Psykiatrifonden

Framtaget: En nationell standard för koppling mellan kriteriebaserade diagnoskategorier enligt DSM-IV-TR och kod enligt ICD-10

I Svensk Psykiatri nr 3 2008 informerade vi om det uppdrag som Socialstyrelsens enhet för klassifikationer fått att ta fram en officiell standard för hur kriterier från DSM-IV-TR kan användas för att bland annat understödja och förbättra en kodning med ICD-10-koder.

Arbetet har varit en del av ett större regeringsuppdrag till SoS, och delprojektets syfte är att underlätta klassificering, kodning, inrapportering till patientregistret PAR av psykiatriska tillstånd och att öka den diagnostiska tillförlitligheten.

Arbetet har på Socialstyrelsen letts av Roland Morgell och Lars Berg som till sin hjälp haft den undertecknade arbetsgruppen. Även om uppdraget haft sin bakgrund i statistik för ersättning, styrning etc., har Socialstyrelsens representanter lyhört svarat upp mot våra synpunkter att produkten först och främst bör tjäna syftet att underlätta för klinikern att nå fram till en kvalitetssäkrad diagnoskodning. Vi vill också tacka för det stöd som arbetet fick av de medlemmar som valde att delta i diskussionen under presentationen vid Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg mars 2009.

Nu är arbetet avklarat så långt som det låter sig göras i workshops och via mail. Samtliga diagnostiska kategorier som är möjliga att beskriva genom kombination av DSM-IV-TR:s diagnoskategorier och specificeringar har listats och kodats. Varje kategori har en ICD 10-kod, och för att skapa unika koder för alla de diagnostiska underkategorierna (t.ex. för svårighetsgrad, förlopp eller årstidsvariation), har till denna lagts en standardiserad kod för Klinisk specificering (KSp).

En omfattande Excelfil har tagits fram som kommer att fungera som "masterfil" och underlag för utveckling av journalsystemens diagnosregistreringsfunktioner så att dessa gör det möjligt att använda DSM:s diagnoskategorier och specifika koder samtidigt som en ICD-10 kod registreras.

I exemplet görs följande bedömning utifrån DSM:s kriterier: "Det rör sig om en patient med återkommande depressioner. I den aktuella situationen bedöms depressionen som svår med psykotiska symtom. Det föreligger även katatona symtom och melankoli. Patienten har årstidsrelaterade depressioner, men med fullständig remission mellan episoderna."

DSM:s indelning följs noggrant för att underlätta igenkännande. Först väljs diagnoskategori (A) genom att stegvis passera tre nivåer fram till diagnoskategorin "Egentlig depression, återkommande". Därefter specificerar man svårighetsgrad samt eventuella inslag av psykotiska symtom eller om episoden är i remission (B). Endast ett alternativ kan väljas.

Det är också möjligt att specificera ytterligare, och här tillhandahålls fem olika specifika koder (C). Ett eller flera alternativ kan anges och markeras med en bock i rutan framför.

För att slutligen specificera "remission mellan episoder" kan endast ett alternativ vara möjligt, och i vårt fall är det "med fullständig remission" som ska markeras.

Tanken är därutöver att man genom att lägga in en applikation i ett journalsystem ska kunna koda även specificeringarna och att en preciserad text – där specificeringarna ingår – ska genereras automatiskt. Denna text följer rekommendationerna i DSM-IV och skulle i vårt fall se ut på följande sätt:

Egentlig depression, återkommande, svår med psykotiska symtom, med katatona symtom, med melankoli, med fullständig remission mellan episoderna, årstidsrelaterat mönster.

Se tabell sidan 54

En demo-version med detta upplägg är på väg att tas fram och kommer att finnas på Socialstyrelsens hemsida (<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder/psykiatrikoder>). Detta inleder Socialstyrelsens arbete med kvalitetssäkring av modellen.

För att upptäcka eventuella felaktigheter och buggar ges alla intresserade nu möjlighet att pröva applikationen och via svarsänk (klassif@socialstyrelsen.se) meddela fel och förbättringsförslag.

SPF tar nästa steg i samarbetet med WPA kring ICD-11: Beslut att möjliggöra medlemmars konkreta medverkan i revideringsprocessen

Vi informerade också i Svensk Psykiatri nr 3 2008 om SPF:s engagemang i arbetet med att ta fram ICD-11. Då kunde vi berätta att vi hade gett synpunkter på en enkät som skulle gå till de arbetsgrupper som upprättats för ett stort antal områden.

A Ytlig diagnoskategorin utifrån inledningen i DSM-IV

- Nivå 1: Förstärkningsyndrom
- Nivå 2: Depressiva syndrom
- Nivå 3: Egentlig depression, återkommande

B Specificera svårighetsgrad, psykotiska symtom och remission

- ☐ Ingen
- ☐ Lätt
- ☐ Medelst svår
- ☐ Svår
- ☐ Ingen psykotisk symptom
- ☒ Med psykotiska symptom
- ☐ Ingen psykotisk symptom (avslappnad)
- ☐ Ingen psykotisk symptom (avslappnad)
- ☐ Ingen psykotisk symptom
- ☐ Ingen psykotisk symptom

C Specificera även

- ☐ Enkelt
- ☒ med katatoniska symptom
- ☒ med melankoli
- ☐ med atypiska symptom
- ☐ med postpartumdepression

Remission mellan episoder

- ☐ Ingen remission
- ☐ Ingen remission
- ☒ Återkommande

Tidskriften för Svensk Psykiatri #1 mars 2010

Dessa förslag kan inarbetas för införande vid nästa ordinarie uppdatering 1 januari 2011. Ändringar i KVÅ per 1 januari 2010 finns på Socialstyrelsens webbplats <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringsochkoder/laddaner/andringar>.

Klassifikationer av det ena eller andra slaget har oftast kopplingar till varandra, och på Socialstyrelsens klassifikationsenhet har man uttryckt behov av liknande representation gentemot de psykiatriska professionerna som i KVÅ- sammanhang.

Under hand har det diskuterats om SPF och SFBUP skulle kunna ställa sig bakom att vår nuvarande gruppering med eventuell förstärkning kan vara en kontaktgrupp.

Vi kommer till Svenska Psykiatrikongressen 17-19 mars och till SFBUP:s vårmöte 21-22 april 2010 i Göteborg

Vi hoppas då träffa medlemmar som kan vara intresserade av att hålla sig informerade, diskutera frågeställningar eller delta i dessa olika aktiviteter. En demoversion av DSM-ICD-beslutsstödet kommer också att finnas på plats.

SoS arbetsgrupp för DSM-ICD-harmonieringen:

Annika Stenman, Bo Ivarsson, Jörgen Herlofson, Mattias Agestam, Stephan Ehlers

Fr.o.m. genomförandet av workshops och framåt förstärkt med:

Eva Norén

I WPA-samarbetet förstärkt med:

Hans Ågren (medlem i NPAs joint committee)

Henrik Wahlberg (zonal representative för WPA)

Wolfgang Rutz (chef för WHO's program för psykisk hälsa i Europa 1998-2005)

Socialstyrelsens projektledare för DSM-ICD-harmonieringen:

Roland Morgell och Lars Berg

Psykiatrins Pionjärer

I nummer tre 2010 kommer vi att som tema ha "Psykiatrins Pionjärer". Vi vill porträttera de personer som haft särskilt stor betydelse för utvecklingen av psykiatri i Sverige.

Har du förslag på någon du tycker att vi borde uppmärksamma? Kanske rent av förslag på vem som skulle kunna skriva? Hör i så fall av dig till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Hur jag blev ytlig

När jag var ung brottades jag med Camus och Kafka. Jag studerade svensk och engelsk 1800-talslyrik och kunde citera långa stycken utantill. Som trogen gäst på teatrar och Operan såg jag alla nya uppsättningar, och ryggade varken för Lars Norén eller för Richard Wagner. På bio föredrog jag svärmodiga europeiska filmer, gärna i svartvitt, vars budskap jag sällan helt förstod.

Sedan blev jag psykiater och behovet av svärta och svärmod försvann. Jag fick allt detta serverat i alldeles tillräckliga doser på arbetet. Hur orka se Norén efter en arbetsdag fylld av livshistorier som är värre än din värsta mardröm? Hur orka läsa om våld och missbruk och övergrepp efter en natt på psyki.akuten?

Nu vill jag bli underhållen.

Road.

Möjligen en liten aning skrämmd.

Men inget värre än James Bond.

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri



Foto: Carol Schultheis

Scandinavian College of
NeuroPsychopharmacology

SCNP

51st Annual Meeting
Gothenburg - April 12th-14th 2010



Excellent Scientific Programme
Young Scientists Symposium
Educational Grants
Poster Awards

More information at
our website

[http:// scnp.dk](http://scnp.dk)

Bromsa manin med full kraft. Och tänk långsiktigt.



Valet av läkemedel i den akuta maniska fasen bör delvis styras av vad man tänker använda i den fortsatta långtidsbehandlingen.¹

Ergenyl® Retard (valproat) är snabbt och effektivt vid akut mani och du kan snabbt höja dosen för att uppnå önskad effekt.^{2,3} Ergenyl Retard är dessutom indicerat som förebyggande och underhållsbehandling av bipolär sjukdom när patienterna inte tolererar eller svarar på litium.³

Så nästa gång du behandlar en akut mani:
Agera kraftfullt. Och tänk långsiktigt.



**Ergenyl®
Retard**
natriumvalproat

BEHANDLA MANIN. STABILISERA SJUKDOMEN.

Referenser: 1. Läkemedelsboken 2009/2010. 2. Bowden et al. J Clin Psychiat 2006; 67:10:1501-1510. 3. Produktresumé Ergenyl Retard.

Ergenyl Retard (natriumvalproat), N03AG01.R, F. **Indikationer:** Epilepsi. Generaliserade epilepsianfall såsom tonisk-kloniska anfall (grand-mal), absenser (petit-mal), myoklonala anfall och atoniska anfall. Partiella (fokala) anfall. Behandling av maniska episoder, underhålls- eller profylaktisk behandling av bipolär sjukdom hos patienter som inte svarar på eller tolererar litium. **Förpackningar:** Ergenyl Retard depotgranulat: 100 mg 30 st, 250 mg 30 st, 500 mg 30 st, 750mg 30 st och 1000 mg 30st. Ergenyl Retard depottablett: 300 mg 2x50 st burk, (2x49x1 blister EF), depottablett 500 mg 2x50 st burk, (2x49x1 blister EF). Datum för översyn av produktresumén: 2009-10-29. För mer information och prisuppgift se www.fass.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi-aventis.com.

sanofi-aventis AB, Gustavslundsvägen 139, Box 14142, 167 14 Bromma. www.sanofi-aventis.se. Tfn. 08-634 50 00.

sanofi aventis
Because health matters

Psykiatri och människans själ

Ordet psykiatri kommer ur grekiskans *psyche* 'själ' och *iatri* 'läkekonst' alltså "själsläkekonsten" och så står det också på ett ställe i Medicinsk Terminologi. Men på ett annat ställe står det "vetenskapen om mentala sjukdomar". Det finns en dialektisk motsättning mellan rationell vetenskap och skapande konst. På Kungliga Tekniska Högskolan i Stockholm står devisen "Vetenskap och Konst" för att man inser att i all även rationell verksamhet finns ett element av konst. T.ex. hur vi väljer projekt och än mer hur nya idéer skapas.

En annan mycket viktig och nog mer konstnärlig del i vetenskapen är hur förhålla sig till frågan om vad vetenskapen kan svara på och även när det gäller hur vi blir överens om vad vetenskapen har svarat på. På denna punkt är enligt min mening många kollegors och hjärnforskarens syn på vetenskapen om hjärnan mycket förenklad. De bortser från att det finns hjärnforskare som på goda grunder hävdar att vi inte har svaren ens på de grundläggande frågorna.

Hjärnan och medvetandet olöst problem

Roger Sperry var i Sverige 1981 för att hämta sitt Nobelpris för forskningen om "split-brain". Han tillfrågades vad han önskade sig för ny vetenskaplig upptäckt i framtiden och svarade: Att få veta hur hjärnan skapar medvetandet.

Antonio Damasio skrev 1999 en bra artikel om de svåra olösta problemen när det gäller medvetandet och hjärnan men tror att de ska vara lösta efter 50 år. Francis Crick och hans kollega Christof Koch som nu ägnar sig åt forskning kring medvetandet och hjärnan:

"No one has produced any plausible explanation as to how the experience of the redness of red could arise from the action of the brain" det s.k. kvaliaproblemet.

Det är visserligen så att även dessa hjärnforskare tror eller är mer eller mindre övertygade om att det är hjärnan som skapar medvetandet men de vet att vi inte vet hur. Men vetenskapens uppgift är att förklara *hur*, annars är problemet inte löst! Då Christof Koch höll ett seminarium om hjärnan och medvetandet talade han mest om detaljer i hjärnan. Men han sa också: Antingen uppstår (emerge) medvetandet ur hjärnan eller så har medvetandet existerat hela tiden som en grundläggande entitet. Och efter 20 års hjärnforskning lutade han åt det senare, en slags panpsykism.

Vetenskapligt avgörbara frågor?

På 1930-talet kunde Kurt Gödel bevisa att redan i enkla logiska system finns välformulerade satser, som är sanna, men som inte går att härleda inom systemet, s.k. oavgörbara påståenden.

Det är tänkbart att det därför även inom fysiken och andra vetenskaper som bygger på logik och matematik finns oavgörbara påståenden men svårare att strängt bevisa detta.

När det gäller empiriska vetenskaper som fysik och biologi kan vi dock pröva våra teorier mot direkt erfarenhet och i experiment och på det sättet närma oss det sanna. T.ex. förutsade Einstein genom sin Allmänna Relativitetsteori att ljus som passerade en stjärna böjdes dvs. dess bana ändrades med en viss vinkel. Detta sa Newtons gravitationsteori inget om. Direkt observation visade att ljuset böjdes och precis med den vinkel som Einsteins teori förutsagt, varför denna teori är bättre och sannare.

I jämförelse med denna enkla kunskapsprocess i fysiken menar jag att det finns ett mycket stort problem när vi kommer till kunskapen om människan och frågan om sambandet mellan kropp och själ eller hjärnan och medvetandet. Vi har **inga teorier** vare sig materialistiska eller icke-materialistiska **som säger vad vi kan eller inte kan uppleva**, utan vi har bara olika ansatser. Den materialistiska hypotesen antar att medvetandet uppstår ur hjärnan och restlöst kan förklaras med hjärnan. Den icke-materialistiska hypotesen antar att medvetandet inte restlöst kan skapas och förklaras av hjärnan utan att medvetandet eller själen kan existera även utan hjärna. Den senare hypotesen kan aldrig motbevisas då det inte går att bevisa icke-existens.

Till Plattländarnas rike

Låt mig göra ett tankeexperiment utifrån vad som kan tänkas hända i Plattland där alla varelser är platta och inte kan föreställa sig höjd eller en tredje rumsdimension.

I Plattland hade Platt-Moody en nära-döden-upplevelse och tyckte att han lämnade kroppen och såg hur läkarna försökte rädda hans liv. Han såg också hela sitt liv, allt han varit med om, som en enda sammanhängande "väggbonad". När Platt-Moody försökte berätta att han sett hela sitt liv "allt på en gång" kunde han inte beskriva det mer i ord, utan lät förvirrad. Men han fortsatte att hävda att det var det verkligaste han varit med om. Han bedömdes psykotisk och skickades till Platt-Hospitalet. I Plattlandet var det så att Platt-Einstein också hamnade på Platt-Hospitalet då alla fysikprofessorer i Plattland ansåg att Platt-Einstein var tokig då han hävdade att tiden som var den tredje dimensionen existerade i en tredimensionell "rumtid". Rummets två dimensioner, längd och bredd, kunde man ju peka på, men ingen kunde peka på tiden då det inte fanns något upp eller ner i Plattland.

Men när Platt-Moody berättade om sin upplevelse för Platt-Einstein, utbrast Platt-Einstein: "Det är precis det jag menar! Du har upplevt tidsdimensionen som en tredje rumsdimension och då kunde du se alla händelser i ditt liv på en gång."

Det går inte i Plattland att bevisa att det inte kan finnas flera dimensioner utanför det tvådimensionella rummet och detta kan ses som en analogi till att det inte går att bevisa icke-existensen av något "bortom eller utanför" den vanliga verkligheten.

Nära-döden-upplevelser och rumtiden

Och redan 1937 rapporterades i Royal Medical Society i följande berättelse:

"Jag var mycket sjuk...men upptäckte att mitt medvetande separerades från ett annat medvetande som också var "jag", (och) tycktes helt vara utanför min kropp, vilken jag kunde se. . . jag såg inte bara ting hemma, utan i London och i Skottland, i själva verket varthän min uppmärksamhet riktades... Och förklaringen som jag erhöll...var att jag var fri i rumslig tidsdimension, där *nu* var lika med *här* i vardagslivets vanliga tredimensionella rum" (min översättning och förkortning).

I fysiken arbetar man med en fyrdimensionell rumtid med tre rumsdimensioner (längd, bredd och höjd) och tiden som den fjärde dimensionen som vi dock inte kan peka ut riktningen för lika lite som en plattlåndare kan peka på en höjd. Men denna berättelse beskriver mycket bra hur det skulle kunna vara om vi kunde uppleva rumtiden med tiden som en fjärde rumsdimension. Detta går att **tolka** som att när hjärnan fungerar normalt upplever vi inte tiden som en rumsdimension men när hjärnan fungerar annorlunda som t.ex. nära-döden, kan vi uppleva den fyrdimensionella rumtiden, som då inte bara är ett teoretiskt begrepp utan är tillgängligt för upplevelser i ett förändrat medvetandetillstånd. En spekulativ men möjlig ansats är att medvetandet är grundat i rumtiden och kan existera utan hjärnan. Hjärnan producerar då inte medvetandet utan anpassar det till ett tredimensionellt rum och en tid vilket är en nog så komplicerad uppgift värdig vår hjärna.

Jag kan inte se hur man någonsin kan motbevisa en *tolkning* av denna och andra nära-döden-upplevelser som att det finns en själ som kan existera även utan hjärna. Det går aldrig att bevisa själens icke-existens och självhypotesen är därför inte möjlig att falsifiera och i enlighet med Poppers kriterier därför inte en vetenskaplig hypotes utan ska med rätta betraktas som en tro.

Men precis detsamma gäller den materialistiska uppfattningen! Den är tillsynes inte heller falsifierbar och därför med samma kriterium en trosuppfattning! Den som inte håller med om detta måste jag be att presentera ett enda faktum som går att observera i detta liv, livet före döden, och som de skulle vara tvungna att acceptera som motbevis till att hjärnan är en nödvändig förutsättning för medvetna upplevelser!

Olika världsbilder

Frågan om materialistiska respektive icke-materialistiska uppfattningar om medvetandets natur ingår i olika världsbilder som avgör hur vi tolkar världen och vetenskapen men kan inte själva grundas i dagens empiriska vetenskap.

Vilka andra skäl har vi för att välja världsbild?

Ibland brukar i detta sammanhang anföras Occams princip eller s.k. "rakkniv" som säger att man ska välja den enklaste teorin om man har flera teorier som *verkligen förklarar* samma fakta.

T.ex. kan då en teori som innehåller färre begrepp anses enklare. Och kropp/hjärna utan odödlig själ skulle då kunna tyckas vara enklare. Men här finns två avgörande problem:

För det första har vi inga egentliga teorier alls om medvetandet, som förklarar kvalia "the experience of the redness of red". Vi kan därför inte med någon större tyngd hävda att vi ens har **någon** förklaring och då blir frågan om enkelhet inte lika enkel.

För det andra, vem har sagt att enkelhet är viktigare än mening? Detta är naturligtvis inte en empirisk sanning utan ett metafysiskt val. Naturligtvis ska vi använda en enkel teori om vi vill och klarar oss med det. Materialismen är ett enkelt och användbart synsätt som vi klarar oss med i många, speciellt tekniska, sammanhang. Men den förklarar inte kvalia och ger ingen djupare mening.

Spelar det då någon roll vad vi väljer för världsbild?

Hjärnforskaren Roger Sperry skriver i den frågan:

"Sociala värden beror direkt eller indirekt på om vi t.ex. tror på att medvetandet är dödligt, odödligt, reinkarnerat eller kosmiskt eller om vi uppfattar medvetandet som lokaliserat till hjärnan eller väsentligen universellt osv." (min översättning).

Detta bör rimligen också ha betydelse för psykiatrin både när det gäller forskning och klinik.

Själv har jag nytta av detta att frågan om förhållandet mellan medvetandet och hjärnan är vetenskapligt oavgörbar när jag talar med människor med självmordstankar. Jag använder då den kognitiva tekniken med att fråga om för- och nackdelar. Då jag frågar om vad personen *tror* att det finns för fördelar med självmord svarar de allra flesta "att slippa ifrån allt". Jag frågar då helt enkelt "Hur vet du det" och utifrån vad som här anförts kan jag ställa denna fråga på stark rationell grund. Detta brukar räcka för att skapa en "kognitiv dissonans" och personen inser att han inte ens kan veta detta vilket oftast gör att personen kan se att nackdelarna med självmord överväger.

Men vad är det som gör att många psykiatrer och forskare ändå tycks fastna i en platt hjärnövertro? Och att man i strid med den vetenskapliga metodens grundprincip hävdar att man vet något som man bara tror och kanske aldrig kan veta? Jag kan inte se annat att detta hämmar det vetenskapliga sökandet efter sanningen och därmed även hindrar en djupare förståelse av människans själ.

Jan Pilotti,

Fil kand med matematik och teoretisk fysik

Ungdomspsykiater

BUP Örebro

Detta är en förkortad version av en artikel som kan läsas i sin helhet inkl. referenser på www.svenskpsykiatri.se

Angående Kvalitetsregister för ECT

Svenska Psykiatriska Föreningen har uttryckt att man vill stödja utvecklingen av lämplig patientinformation och av kliniska riktlinjer för ECT. Föreningen anser också att det finns behov av en förbättrad registrering av ECT. På uppdrag av föreningen beskriver vi här det arbete som pågår inom området.

Ett regionalt kvalitetsregister för ECT har tillskapats vid Psykiatriskt forskningscentrum i Örebro. I januari 2008 började Örebro läns landsting, Landstinget i Uppsala län och Landstinget Dalarna samla in information om patienter som genomgår ECT. Samtliga enheter i de tre landstingen (Örebro, Karlskoga, Lindesberg, Uppsala, Säter och Falun) utom Mora deltar. I januari 2009 tillkom ECT-enheten vid Löwenströmska sjukhuset och i januari 2010 enheten vid Danderyds sjukhus.

Syftet med registret är att undersöka hur ECT används på olika kliniker. Informationen skall användas för att försöka identifiera områden som skulle kunna förbättras men också områden som fungerar bra och behöver värnas. Ett huvudsakligt syfte är alltså kvalitetsutveckling. Ett andra syfte är att studera i vilken grad patienter förbättras i sina symptom när ECT ges, vilka patienter som har störst nytta av behandlingen och hur prognosen ser ut i olika patientgrupper.

Detta sker genom samkörning med Socialstyrelsens slutenvårdsregister och Dödsorsaksregistret. Registret används också i samband med aktuella, pågående forskningsprojekt.

Patientinformation om registreringen delas ut skriftligt till alla patienter som får ECT. Registreringen är frivillig men hittills har ingen patient avstått från att delta. Projektet har godkänts av Etikprövningsnämnden.

Registret innehåller uppgift om personnummer, vårdform, diagnoser, behandlingsteknik, symtom före och efter ECT och oväntade händelser/biverkningar. Data till registret samlas huvudsakligen in genom sjuksköterskor på ECT-enheterna men också via särskilt avdelade forskningssköterskor. Fullständig täckning garanteras genom regelbunden monitorering av läkare och forskningssköterska.

Hittills (januari 2010) har knappt 1 000 behandlingsserier från 700 patienter registrerats. De första resultaten från registret kommer att rapporteras inom kort.

Exempel på uppgifter ur registret.

Tab. 1 ECT givet i öppen eller sluten vård 2008.

	Totalt antal pat.	Poliklinisk ECT	ECT i sluten vård
Örebro	60	8.3%	91.7%
Uppsala	87	20.9%	79.1%
Säter	96	26.1%	73.9%
Karlskoga	16	37.5%	62.5%
Lindesberg	10	10.0%	90.0%
Falun	11	36.4%	63.6%
		$\chi^2=14.23, p<0.05$	

Tab. 2 Skillnader i effekt vid ECT givet polikliniskt och i sluten vård.

	Förbättrade	
Poliklinisk ECT (n=54)	59.3%	$\chi^2=7.42, p<0.01$

Planen är att fortsätta arbetet på samma sätt som hittills men att utvidga registret med fler deltagande kliniker. Intresse finns bl. a. i Huddinge inom Stockholms län och i Umeå. Finansieringen för registret har hittills skett genom regionala och lokala forskningsanslag. Långsiktig finansiering för registret saknas emellertid.

En fungerande nationell registrering av ECT vore önskvärd. Det skulle underlätta studier av prognos, biverkningar, tillgången till behandling och uppföljning av Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

I Socialstyrelsens patientregister finns möjlighet att registrera åtgärden ECT. Landstingen rapporterar dock in denna åtgärd till Socialstyrelsen i ytterst begränsad omfattning. Ett exempel från år 2007 bifogas.

Andelen patienter med svår depression som behandlas med ECT

Källa: Patientregistret 2007, nationellt ECT-kvalitetsregister
 Registrering: 071-4-8 750 0-3, 030-8 8 704
 Räkna: 04026 (04026 04026) (en patient per)
 Registrering: registrerat till ECT, 8 registrerat ECT på 20 30 % av patient

Antal patienter med svår depression som behandlas med ECT	Antal patienter som behandlas med ECT	Andelen patienter som behandlas med ECT	Antal patienter som behandlas med ECT	Andelen patienter som behandlas med ECT
4056	254	6% (0-30)	372	1,6



Foto: Wikipedoa

Det är en betydande utmaning att ge sig i kast med att försöka få ett nationellt kvalitetsregister för ECT att bli heltäckande. Men vi är beredda att bidra till att ett nationellt kvalitetsregister skall kunna komma till stånd. Om det skall ha en chans att lyckas behöver alla intresserade av området förenas. Vi vill därför välkomna alla som är intresserade av att arbeta för ett nationellt kvalitetsregister att söka kontakt med oss.

Axel Nordenskjöld
 ST-läkare, Doktorand
 Psykiatriskt forskningscentrum
 Box 1613, 701 16 Örebro
 axel.nordenskjold@orebroll.se

Ingemar Engström
 Professor
 Psykiatriskt forskningscentrum
 Box 1613, 701 16 Örebro

Lars von Knorring
 Professor
 Inst. för Neurovetenskap. Psykiatri
 Akademiska sjukhuset
 751 85 Uppsala



frågor till.....

Lars Eriksson

Vi kommer i detta och i kommande nummer presentera styrelsemedlemmar från de tre föreningarna SFBUP, SPF och SRPF. Syftet är att belysa den mer personliga och privata sidan av personen.

Först ut i vår serie var SPF's ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind. I sista numret 2009 presenterade vi Lena Eidevall. Nu är det SRPF tur.

Möt Lars Eriksson:

1. Född

1949 (intressant årgång - Ulf Lundell, Bruce Springsteen och Göran Persson).

2. Bor

I Lindome utanför Göteborg och har i över 20 år åkt nära 6 mil dagligen för förmånen att få jobba på Lillhagens sjukhus.

3. Familj

Gift med Maria sedan 31 år. Två barn 27 och 19 år – utflugna.

4. Arbetar

Som sagt i Lillhagsparken på Hisingen i Göteborg. Nu finns bara rättspsykiatri kvar där. Rättspsykiatriska Vårdkedjan heter kliniken.

5. Vad gör Du när du INTE jobbar?

När jag inte jobbar, eller bara umgås med familjen eller slappar försöker jag träna en hel del: spinning, body-pump, ridning, golf (uselt handicap) och...

6. Favoritmat

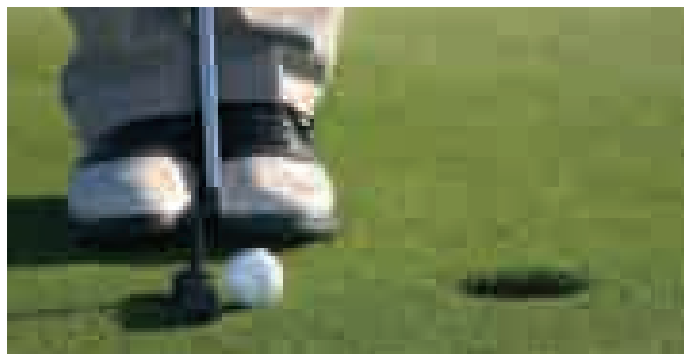
... tycker det är vansinnigt roligt att laga mat, gärna skaldjur, gärna Italieninspirerat - svårt att ange någon favorit.

7. Senast lästa bok

Ordets makt och vanmakt av Jan Guillou (Mycket intressant för en som var med "på barrikaderna" på 70-talet).

8. Vad gör Dig lycklig?

Har alldeles nyligen blivit morfar (första barnbarnet) – det är svårslaget.



9. Vilka förebilder har Du?

Det var svårt. Yrkesmässigt har jag jobbat med många duktiga kollegor som jag lärt mig massor av - men det är svårt att nämna någon särskild - kanske ändå pensionerade kollegan Carl-Johan Berglund. Honom gick jag till när jag hade svåra patienter och jag beundrar hans integritet, erfarenhet och framför allt respekt för patienterna.

10. Vilka är SRPFs största utmaningar under de närmsta åren?

Tvångspsykiatriutredningen kanske kommer att drastiskt ändra förutsättningarna för vårt arbete - vi måste ta aktivare del i debatten.

Utbildningsfrågorna: Utveckla utbildningen på samtliga nivåer. Ytterligare förbättra samordning och samarbete med SPF och SFBUP.



Att bli sig själv igen

– med effektiv behandling

En väg ut ur det svåra

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

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

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

Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram
Tillbaka till livet

cipralex.se | eLundbeck.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.

* SSRI/SNRI

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

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



Utan skugga, inget djup

KRÖNIKA

**Enligt
Tiger**

Under ronden på neurologavdelningen konstaterade överläkaren att många neurologer själva hade migrän. Jag spann vidare på temat och berättade att jag noterat att påfallande många av ögonläkarna jag mötte under min placering på St Paul's Eye Unit i Liverpool bar glasögon. Jag och min kollega, också randande ST-läkare i psykiatri, tittade sedan på varandra: vad säger det då om oss som jobbar med psykiatri?

Psykiatri är en märklig bransch. När man väl träffar någon patient som är glad får man överväga att han blivit manisk. Som regel har vi psykiatriker trumf i lidande, vad någon i vår omvärld än beskriver för elände har vi i regel träffat någon patient som har haft det värre.

Psykiaterns vanligaste tjänsteresa är att ta hissen ned till helvetet för att möta patienten, där han befinner sig i sitt lidande. Mot arbetsdagens slut är det sedan viktigt att själsläkaren tar hissen upp igen, för att inte förgiftas av de onda ångorna.

Under mina gästspel i somatiken har jag frapperats av hur intakt livsviljan oftast är hos patienterna där, även hos dem som drabbats svårt. De patienter som jag träffade på neurologen, vilka efter ryggmärgsskada var förlamade i både armar och ben, kunde ibland inte ens andas på egen hand, men de ville till varje pris leva. Det säger en hel del om hur våra psykiatriska patienter uppfattar läget, när de överväger att ta sitt liv.

Många psykiatriker får med tiden, likt barnonkologerna, ett särskilt allvar i blicken, med ögon som sett mer lidande än vad som normalt ryms i ett liv. Om vi inte passar oss kan vi trubbas av, och likt Hasse & Tages Lindeman fnysa åt banala åkommor, som "en spik i foten". Rätt förvaltade kan våra och patienternas erfarenheter göra oss klokare, med skuggor får bilden djup och vetskapen att livet inte lämnar några garantier hjälper oss att inte ta det för givet.

Ibland kommer visdomarna från oväntat håll, som i uttrycket: av barn och dårar får man höra sanningen. En av mina första psykiatriska patienter var en schizofren äldre herre som var med när det begav sig, på mentalsjukhusens tid, och nu under vårdtiden försökte engagera medpatienterna, då "vi dårar måste hålla ihop för att värna våra rättigheter". Tonen i våra samtal var genomgående trivsam, utom när jag försiktigt påtalade vikten av behandling med neuroleptika. På den punkten nådde vi aldrig riktigt någon samsyn. När mitt underläkarvikariat tog slut och vi skildes åt sa

han något som gjorde intryck på mig: "Var varsam med dem som är bräckliga".

Många människor har en sårbarhet och de som är ängsligast för att råka på en psykiater är de som anar sina brister, men gör allt för att dölja dem. Ett lysande exempel på denna sorts psykiaternoja är ett avsnitt i Pang i bygget, där den

stirrige och överspände hotellägaren Basil Fawly blir helt perplex när en psykiater anländer som gäst, varpå mr Fawly betar sig som om doktorn kan läsa hans tankar.

Det hela urartar förstås och psykiatern, som denna helg absolut inte tänkt sig vara i tjänst, checkar istället in på ett annat hotell.

Motsatsen förekommer också, att aldrig så avlägsna bekanta hör av sig för att berätta om sina psykiska besvär. Dessa privatkonsultationer påverkar våra relationer och påminner oss om att världen inte kan delas upp i ett vi, som tror oss vara någorlunda friska, och ett dem, som är psykiskt sjuka.

Varför väljer vi då detta märkliga yrke? I psykiatrins vardag finns det stora meningsfulla, man märker att man är behövd. I ett svagt ögonblick kan man undra om man vill gå till jobbet, men man behöver aldrig fråga sig varför man går till jobbet.

Marie Åsberg, legendarisk professor i psykiatri, berättade att hon innan hon började läsa medicin plöjde cirka 1000 sidor skönlitteratur i veckan. Sedan hon började sitt värv i psykiatin försvann det behovet, varje arbetsdag fylldes av dramatiska livsöden och berättelser. Verkligheten överträffade dikten.

Utanför den psykiatriska intensivvårdsavdelningen på dåvarande Karolinska sjukhuset hängde en bild på Muminmamman med texten: "Jag är helt lugn, för jag vet att vad som helst kan hända". Där ligger den stora charmen med arbetet som psykiater – det blir aldrig tråkigt.

Mikael Tiger

ST-läkare i psykiatri

Psykiatri Nordväst, Stockholm

Foto: Carol Schultheis

Kalendarium

17-19 mars 2010

3:e Svenska Psykiatrikongressen
Stockholm
www.svenskpsykiatri.se

25-26 mars 2010

NP-sektionens utbildningsdagar 2010 i Stockholm.
Tema: Utvecklingsstörning - orsaker, utredning och
psyisk hälsa, Lokal meddelas på hemsidan

10-14 april 2010

2nd Schizophrenia International Research Society
Conference
Florens, Italien
www.schizophreniaconference.org

12-14 april 2010

51th Annual Meeting of Scandinavian College of
Neuro-Psychopharmacology, Göteborg
www.scnpp.dk

21-22 april 2010

Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
Vårmöte i Göteborg
<http://www.svenskabupforeningen.se/>

22-26 maj 2010

163rd Annual Meeting of the American Psychiatric As-
sociation, New Orleans, USA
[www.psych.org/MainMenu/EducationCareerDevelop-
ment/Meetings/AnnualMeeting.aspx](http://www.psych.org/MainMenu/EducationCareerDevelopment/Meetings/AnnualMeeting.aspx)

3-5 juni 2010

The European Network for Mental Health Service Eva-
luation (Enmesh) Vilnius, Litauen
www.enmesh.eu/

6-10 juni 2010

27th Congress of Collegium Internationale Neuro-
Psychopharmacologicum (CINP), Hong Kong, Kina
www.cinp2010.com

28 augusti - 1 september 2010

23rd ECNP Congress (European College of Neuropsy-
chopharmacology)
Amsterdam, Nederländerna
www.ecnp.eu/emc.asp?pageld=1516

3-7 oktober 2010

XVIIIth World Congress on Psychiatric Genetics
Aten, Grekland
www.ispg2010.org

17-19 november 2010

10th International Forum on Mood and
Anxiety Disorders, Wien. Österrike
www.ifmad.org

29 maj - 3 juni 2011

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

17-21 september 2011

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

Fler kongresser hittar Du på

www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srp.se



~~INSTABIL~~

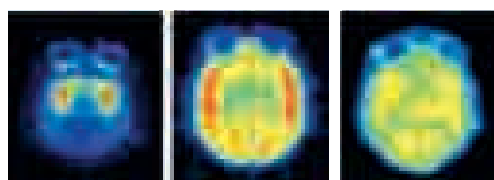


NU KAN DU BEHANDLA OCH FÖREBYGGA ALLA FASER AV BIPOLÄR SJUKDOM MED SEROQUEL® DEPOT¹

Utöver indikationen schizofreni är Seroquel® Depot (quetiapin) som enda atypiska antipsykotikum även indicerat för behandling av alla faser av bipolär sjukdom. Det innebär att du nu även kan använda Seroquel® Depot för att skydda mot återfall i maniska, depressiva eller blandade episoder¹.

En bra början när du vill ge din patient ett liv i bättre balans.

Quetiapin och dess metabolit norquetiapin har visat sig påverka tre centrala signalsystem i hjärnan; dopamin, serotonin och noradrenalin².



PET-bilder från samarbetsprojekt mellan AstraZeneca och PET-gruppen vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. Föreståndare: Christer Halldén.


quetiapin depottabletter

EFFEKTIV STÄMNINGSSTABILISERING^{3,4}

Bland de vanligaste biverkningarna återfinns yrsel, somnolens och huvudvärk. Vid bipolär depression är förekomsten av EPS 1–10 % och risken för somnolens är något förhöjd.

Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2009-10-30. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Behandling av måttliga till svåra maniska episoder och egentlig depressionsepisod vid bipolär sjukdom. Underhållsbehandling för att förhindra återfall i skov vid bipolär sjukdom hos patienter som tidigare svarat på behandling med quetiapin under maniska eller depressiva episoder. Schizofreni. Underhållsbehandling för patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dosering, en gång per dag, till natten: Vid bipolär depression 300 mg (insättning på fyra dagar; 50 mg dag 1, 100 mg dag 2, 200 mg dag 3, 300 mg dag 4). Vid bipolär mani och schizofreni 600 mg (insättning på två dagar; 300 mg dag 1, 600 mg dag 2). För fullständig information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.

1. www.fass.se. 2. Goldstein JM et al. *Biol Psychiatry* 2007;61(8 Suppl 1):S124-S125. 3. Suppes T et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008;11:185. 4. Cutler A et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008;11:184-5.

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

Efter vinter kommer vår.....





Inbjudan

Vårmöte i Göteborg

21-22 april, 2010

Tema: Att lära känna barnet väl!

Olika aspekter på diagnostik kommer att belysas

Huvudtalare

Boris Birmaher, Professor, Univ. of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, USA
Anders Broberg, Professor, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
Karin Johannisson, Professor, Inst. för idé- & lärdoms historia, Uppsala universitet
Niklas Långström, Docent, Centrum för Vårdsprevention, Karolinska Institutet, Stockholm

Parallella seminarier och Posterutställning

Föreningens medlemmar liksom alla yrkeskategorier verksamma inom Barn- och ungdomspsykiatri välkomnas!

Mer information finns på föreningens hemsida

www.svenskabupforeningen.se

Årsmöte för föreningens medlemmar hålls onsdagen den 21/4 kl. 17.00

Tid: onsdag 21/4 kl. 9.30 - torsdag 22/4 kl. 15.15

Plats: Scandic Crown Hotel, Polhemsplatsen 3, Göteborg
Välkomna!

Styrelsen i Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och
Barn- och ungdomspsykiatri i Göteborg