

Tidskriften för

# Svensk Psykiatri

# #3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri  
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2013



**Tema:**

VAREFÖR BLEV JAG  
PSYKIATER-  
EGENTLIGEN?



Ansvarig utgivare:  
Lena Flyckt



Huvudredaktör:  
Tove Gunnarsson

sfbup

# Innehållsförteckning:

## Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionsruta
- 3** Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4** SPF styrelseruta , Ledare. *Lena Flyckt*
- 6** SFBUP styrelseruta , Ledare. *Lars Joelsson*
- 7** SRPF styrelseruta , Ledare. *Hanna Edberg*
- 14** Kommande temanummer
- 15** Bokrecension: Livsförändringsterapi - LIFT. En väg till större personlig mognad, *Björn Wrangsjö*
- 25** Tigers krönika, *Mikael Tiger*
- 30** Bokrecension: Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma , *Daniel Frydman*
- 37** Bokrecension: Sju psykiatrer berättar: Om 40 år inom svensk psykiatri. *Björn Wrangsjö*
- 50** Levnadsvaneprojektet: Långvarigt stillasittande - en hälsofara i tiden även för psykisk ohälsa! *Jill Taube*
- 60** Kalendarium
- 61** Professorsrutan: Det bara blev så, *Ulf Rydberg*
- 72** 10 frågor till..... möt SPF's vice ordförande Hans-Peter Mofors, *Stina Djurberg*
- 76** Bokrecension: Homo Patologicus. Medicinska diagnoser i vår tid, *Joar Guterstam*
- 86** Bokrecension: Evaluationspsykologi - en kritisk introduktion, *Björn Wrangsjö*

## Aktuell information:

- 5** Ersättningssystemet inom psykiatri enligt "New Public Management, *Lena Flyckt*
- 13** Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri
- 16** Diskutera med en kollega? *Jerker Hanson*
- 28** Nya "Kliniska riktlinjer för tvångsvård", *Herman Holm*
- 31** Ny E-bok i psykiatri, *Lennart Wetterberg*
- 43** Föreslå hedersledamot i SPF
- 54** Fick du SPF's medlemsbrev?
- 57** Beställ våra riktlinjer; Äldrepsykiatri och Suicidnära patienter, *Dan Gothefors*
- 85** Seniora psykiatrer, *Björn-Erik Thalén*
- 95** Nytt om kultur och kontext i DSM-5, *Sofie Bäärnhielm, Maria Sundvall, Batja Håkansson, Karima Assel*

## Debatt, diskussion, annat:

- 52** Bipolär sjukdom - ur de berördas perspektiv, *Marie Rusner*
- 58** Illusioner och realism. Freud, Dostojevskij och fadersmordet, *Göran Dahl*
- 63** Hur kan en vuxenpsykiatrisk mottagning arbeta? *Lars Albinsson*

- 77** Även kvantmekaniken måste tolkas! *Jan Pilotti*
- 78** Här finns problem att lösa! *Jan Beskow, Anna Ehnvall, Ullakarin Nyberg*
- 82** Nya nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, *Sara Hed*
- 84** Psykiatriska diagnoser på gott och ont, *Jayanti Chotai*
- 88** Rådgivande anvisningar för handläggning av kalciumbalansen hos litiumbehandlade patienter, *Mats Humble*
- 94** Kritik mot psykiatri på 1960-talet - en tillbakablick, *Jayanti Chotai*

## Tema:

- 9** Vad är det som pågår - egentligen? *Björn Wrangsjö*
- 21** Därför blev jag psykiater - egentligen, *Fredrik Åberg*
- 25** Tigers krönika, Lika bra att bli det man är, *Mikael Tiger*
- 32** Nya mål, flera dimensioner, action. Återlämning av Bengt Berggrens psykiatriska korv, *Jerker Hanson*
- 37** Sju psykiatrer berättar: Om 40 år inom svensk psykiatri. *Björn Wrangsjö*
- 40** Därför? blev jag psykiater, *Ebba Holmberg*
- 42** Lite funderingar kring varför jag blev psykiater, *Cecilia Mattisson*
- 49** Ett svårt val, *Lena Flyckt*
- 55** Det självklara valet, *Ullakarin Nyberg*
- 61** Det bara blev så, *Ulf Rydberg*
- 68** Varför jag inte blev psykiater? Egentligen? *Anders Almingefeldt*
- 92** Varför jag ville bli psykiater, *Astrid Lindstrand*

## Rapporter från möten och resor

- 11** SLUP på EFPT i Zürich, *Victor Lindfors, Sigrid Storetvedt*
- 18** BUP:s utveckling i Bulgarien. *Rada Berg, Nadia Polnareva*
- 22** Antidepressiva vid bipolär sjukdom - eller inte? *Christina Spjut*
- 34** Rapport från ESCAP-kongressen i Dublin, *Lars Joelsson*
- 44** Vårmöte i kylslaget Helsingfors, *Maria Markhed*
- 46** Svenska läkarstudenter utomlands - ljusnande framtid i svensk psykiatri! *Martin Ahlström, Tove Janarv*
- 66** Ecuador - utan LPT! *Ileana Riofrio*
- 71** Glimtar från Almedalen, *Lena Flyckt*
- 90** Hearing om patienternas rättigheter i den psykiatriska tvångsvården, *Herman Holm*



## Svensk Psykiatri

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

### Ansvarig utgivare

Lena Flyckt

### Huvudredaktör

Tove Gunnarsson  
redaktoren@svenskpsykiatri.se

### Redaktörer

Hanna Edberg  
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman  
(ps-frydman@comhem.se)

Gloria Osorio  
(oskvika@hotmail.com)

Kristina Sygel  
(kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö  
(bjorn.wrangsjö@gmail.com)

### Teknisk redaktör

Stina Djurberg  
stina.djurberg@bornet.net

### Foto/grafisk design

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

### Omslagsbild

Shutterstock/© pseudolongino

### Internet

www.svenskpsykiatri.se

### Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

# Snälla Tove, bli inte psykiater.....

... du är alldeles för begåvad! Det fick jag höra av överläkaren på den avdelning där jag gjorde min kirurgiplacement under AT. Jag hade delgett honom mina framtidsplaner och fick detta svar. Han såg uppriktigt bekymrad ut. Skulle jag bli smickrad över att denne ärrade, erfarne kirurg – som jag verkligen såg upp till – tyckte att jag var begåvad? Eller upprörd över hans fördomsfullhet? Jag blev nog både och, om sanningen ska fram. Förmodligen är vi många som mött liknande reaktioner från vår omgivning. De bidrag vi har fått på temat "Varför blev jag psykiater – egentligen?" andas dock ett grundläggande intresse, och tillfredsställelse över yrkesvalet.

### Att skada sig själv

Det är temat för nästa nummer. Skada sig kan man göra på åtskilliga sätt och vi hoppas att temat ska locka till många tolkningar och dito bidrag. Man kan t.ex. skära sig, dricka för mycket, ta droger, missbruka tabletter, spela bort tid och pengar, svälta sig, utsätta sig för psykisk och fysisk fara med mångahanda metoder.

Vad beror det på och vad kan vi göra? Alla infallsvinklar välkomnas – psykologiska, biologiska, sociologiska, farmakologiska, historiska, existentiella...

Så tänk till och skriv till oss!

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri

# En specialitet som engagerar



Psykiatri är sannerligen ett ämnesområde som engagerar, väcker debatt och synliggörs i media. Det har lett till att många har vågat framträda både privat och i media och berättat om erfarenheter av psykisk sjukdom och av psykiatrin. Den avstigmatiserande effekten av att personer vågar framträda så att andra kan empatiskt förstå är viktigt, speciellt nu när psykiska problem ökar i befolkningen.

## Den psykiska ohälsan ökar bland yngre

Den psykiska ohälsan har ökat under det senaste decenniet, framför allt bland yngre kvinnor. Mellan 20 och 40 procent av befolkningen uppger att de har psykisk ohälsa och mellan 5 och 10 procent uppskattas behöva psykiatrisk behandling. Psykisk ohälsa är i dag den helt dominerande diagnoskategorin bakom sjukskrivningarna och behovet av behandlingsinsatser ökar både inom psykiatrin och inom primärvården.

## Ökat intresse bland blivande läkare men ett prognosticerat psykiaterunderskott

Glädjande har intresset för psykiatri ökat bland blivande läkare. Antalet utfärdade specialistbevis i de psykiatriska specialiteterna har ökat från 111 bevis år 2003 till 163 bevis år 2012 - en ökning med 46 procent. En bidragande orsak är det framgångsrika METIS-konceptet för ST-utbildning. "METIS" betyder Mer Teori i Specialiseringstjänstgöringen och har varit en satsning som har tilldelats totalt 35,7 miljoner kronor i statsbidrag. Den pågick mellan 2007 och 2012. Från och med den 1 januari 2013 har Socialstyrelsen ansvar för de statligt finansierade SK-kurserna och METIS ingår.

Trots det ökade intresset för psykiatri bland unga läkare har Socialstyrelsen prognosticerat att antalet specialistläkare inom psykiatri och allmänmedicin kommer att minska med 28 respektive 32 procent inom de närmaste tio åren. Detta kan jämföras med en genomsnittlig ökning inom alla specialiteter med 18 procent. Stora pensionsavgångar är den främsta orsaken.

## Slopad AT-tjänstgöring

AT-tjänstgöringen är en viktig rekryteringsbas till psykiatrin, men även hemvändande läkarstudenter som studerat i utlandet. Enligt de bestämmelser som gäller EU-anslutna länder får hemvändande läkarstudenter inte göra AT-tjänstgöring.

## SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lena Flyckt

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Hans-Peter Mofors

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Cecilia Mattisson

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Ullakarín Nyberg

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Karin Grönvall

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(riso@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Isak Sundberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen  
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

EU-harmoniseringen innebär att AT-tjänstgöringen sannolikt kommer att slopas även i Sverige och därmed en viktig rekryteringsbas vilket kan medföra tillströmning till specialiteten. Även patientsäkerheten kan försämrats när den psykiatriska tvångslagstiftningen utövas av läkare som inte genomgått en praktisk tjänstgöring.

## Arbetsförhållandena för psykiatriker

Införandet av "New public management" har inneburit en hög administrativ börda för psykiatriker i likhet med andra specialiteter.



Registreringar av behandlingsåtgärder, kvalitetsindikatorer och dåligt kommunicerande IT-lösningar sväljer stor del av arbetstiden som skulle kunnat ägnas åt patienter. Dessutom leder den rörliga delen av budgettilldelningen ibland till att vi måste göra budgetmotiverade insatser som inte behövs eller önskas av våra patienter. Psykiatrisk forskning och utveckling är en stimulerande del av arbetet men utrymmet krymper pga. administration och missriktade produktivitetskrav.

#### Upprop till befintliga och blivande medlemmar

Svenska Psykiatriska Föreningen engagerar sig i alla dessa frågor både gentemot politiker och i media och behöver därför en bred uppslutning av medlemmar. Vi kommer därför att skicka decembernumret av Tidskriften för Svensk Psykiatri, tillsammans med ett medlemsbrev till alla psykiatriker i landet i vår viktiga strävan att öka medlemsantalet. Svenska Psykiatrikongressen kommer även i år att vara ett forum för alla dessa viktiga framtidsfrågor.

Vi uppskattar och behöver våra medlemmar och deras kloka synpunkter. Om du är särskilt sakkunnig i något psykiatriskt område vill vi gärna veta det så att vi kan "bolla" synpunkter på remisser etc. Vi vill gärna jobba med de angelägna frågorna tillsammans med dig

Skicka gärna något om ditt intresseområde till kansliet.

**Lena Flyckt**  
**Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen**

## Ersättningsystemet inom psykiatrin enligt "New Public Management"

Med anledning av den aktuella debatten om ersättningsystemet inom hälso- och sjukvård som Maciej Zaremba har skrivit om i DN vill Svenska Psykiatriska Föreningen lyfta frågan om psykiatriska kollegors arbetssituation. Systemet styr insatserna utifrån budgettilldelning och inte alltid utifrån patientens besvär eller problem. Vi kommer att fortsätta att belysa effekter av systemet och tar gärna emot kollegors synpunkter. Ersättningsystemet ökar den administrativa arbetsbördan utan ett synbart samband med bättre vårdkvalitet.

Att man behöver mäta effekter av "skattebetalarnas" pengar, d.v.s. budgettilldelning till psykiatrin kan vara viktigt för att påvisa psykiatrins goda samhällsinsats och motverka en stundtals kritisk mediabild. Hur en sådan mätning skall gå till för att driva mot en ändamålsenlig vård återstår däremot att lösa. Ett stort problem är dessutom krångliga IT-system som inte kommunicerar men detta är delvis ett annat problem.

Ett nätverk mellan psykiatriker, psykologer, brukare och vårdpersonal har bildats i Stockholm, som har formulerat sig om ersättningsystemets negativa effekter.

Nätverket inleddes med ett mycket välbesökt seminarium på ABF-huset den 27 maj, arrangerat av Gemensam Valfärds vårdnätverk med Maria Sundvall som moderator. Svenska Psykiatriska Föreningen var företräd av Lena Flyckt, men även andra psykiaterkollegor deltog liksom psykologer, brukare och psykiatrisk vårdpersonal. Det vittnades om önskade effekter av ersättningsystemet och därefter vidtog en allmän diskussion med publiken. Ett problem var att ingen företrädde eventuella positiva effekter med ersättningsystemet varför diskussionen möjligen fick en slagsida mot systemets skadliga effekter.

Svenska Psykiatriska Föreningen tänker noga följa frågan och även ta upp den vid Svenska Psykiatrikongressen. Vi skulle därför värdesätta synpunkter från våra medlemmar på ersättningsystemets effekter men även hur man skulle kunna lösa frågan om ändamålsenliga mått. Skriv gärna något i Tidskriften för Svensk Psykiatri!

**Lena Flyckt**  
**Ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen**



## SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

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

## Hur många lärare hade du på mellanstadiet?

Sedan flera år brukar jag vara med på elevvårdskonferenserna i en av kommunerna som tillhör vårt upptagningsområde. Det är patienter som jag har kontakt med på BUP, men det kan också vara elever som man vill presentera inför eventuell remiss. Detta samarbete har varit både roligt och lärorikt för mig. Jag får en bättre bild hur mina patienter fungerar i skolan och det är värdefullt när jag skall utvärdera eventuell medicinering. Från början kände jag en viss oro att det skulle bli mycket fokus på mig och att det skulle förväntas att jag skulle komma med lösningar. Så har det dock inte blivit. Ofta är det lärarna och föräldrarna som pratar mest med varandra och som kommer med förslag på hur man skall kunna hjälpa eleven i fråga. I veckan blev jag väldigt imponerad av hur läraren, assistenten och föräldrarna beskrev hur de tillsammans hjälptes åt för att hitta bra förhållningsätt till en pojke med ADHD och som går i årskurs 2. Jag tänkte då att denna pojke lätt kunde ha blivit stämplad som omöjlig och ouppfostrad om han fått ett annat bemötande. Nu kunde man istället se att han är en kreativ och artig pojke som dessutom själv har förslag på hur man kan göra så att han inte varvar upp.

Senare pratade vi om en pojke i årskurs 4 som även han har ADHD. Lärarna beskrev att han denna termin varit mer ledsen än vanligt och gråtit några gånger. En förklaring som angavs var att klassen nu hade fått många fler lärare och att pojken blev orolig när han skulle träffa lärarna som han inte kände. Just denna klass hade nu 11 lärare och 1 assistent. Tidigare kunde en mellanstadielärare vara behörig i de flesta ämnen men med den nya utbildningen kommer lärarna nu att vanligtvis var behörig i två eller tre ämnen. Eftersom skollagen kräver att det skall finnas behöriga ämneslärare kommer eleverna i mellanstadiet att få fler lärare att förhålla sig till. Jag undrar om man hade tänkt på denna konsekvens när man stiftade lagen. Man kan diskutera vad är viktigast på mellanstadiet; att ha några få lärare som man har en bra relation till eller många lärare som har bättre kunskaper inom de specifika ämnena? För en del elever är det nog inget problem att ha många lärare men för andra kan det bli svårt. Jag tänker speciellt på de barn som jag möter på BUP som är ängsliga eller har svårt att koncentrera sig.

Det känns överhuvudtaget som om vi ställer allt högre krav på våra barn. För inte så länge sedan mötte jag en flicka som var orolig för att hon inte skulle klara av specialarbetet för årskurs 8. Jag tänkte då på min skoltid, specialarbetet

hade jag i gymnasiet och ändå kändes det betungande. På gymnasiet går man enskilda kurser på ett sätt som liknar universitetet och samtidigt liknar mellanstadiet högstadiet där man har flera olika ämneslärare. I boken "Den översvämmade hjärnan" skriver Torkel Klingberg att varje generation blir lite intelligentare än föregående, vilket man kan se i testresultat. Kanske är det naturligt att vi ställer högre krav på dagens generation. Mot detta talar dock att man måste sänka kraven på universitetet för att studenterna skall klara studierna.

För en elev i årskurs 9 går det inte så bra. Hon har en tendens att stanna hemma från skolan. Senaste terminen gick hon inte alls i skolan och denna termin har hon varit där i två dagar. Under sommaren har hon mått bra men nu när skolan börjar så låser hon sig. Det har varit svårt att få kontakt med henne trots att både vi på BUP och skolan försökt. Vi har gjort flera hembesök. I förra veckan åkte jag åter hem och träffade henne och hennes mamma. Det var svårt att få kontakt, hon dolde sitt ansikte, svarade bara kortfattat på tilltal och ville inte prata med mig. Fast jag är erfaren, utbildad specialist i barn- och ungdomspsykiatri så kände jag mig osäker och hjälplös när jag satt där vid köksbordet. Plötsligt tittade flickan upp på mamman och sa "skall du inte bjuda på kaffe?" Det kom så plötsligt och oväntat och jag kände direkt att modet och hoppet återvände till mig. Sedan fick jag en god kopp kaffe som i det läget smakade väldigt bra. Jag tror att det är viktigt att inte ge upp trots att allt ser mörkt ut. Hennes omtanke om mig gjorde det lättare att leva upp till den föresatsen. Jag hoppas nu att jag i alla fall kan vara ett vikarierande hopp för både min patient och hennes föräldrar.

Lars Joelsson  
Ordförande i SFBUP

**Kristina  
Sygel**

ORDFÖRANDE  
LEDARE SRPF



## Världen har blivit mindre klok

En av rättspsykiatrins mest tongivande röster har tystnat. Martin Grann avled i augusti i år, och hans alltför tidiga bortgång påverkar oss alla som är verksamma inom rättspsykiatri. Martin Grann var psykolog och professor i psykiatrisk epidemiologi vid Karolinska Institutet, där han bedrev forskning kring sambandet mellan psykisk sjukdom och våldsbrott. Hans kunskapsfält var imponerande och utöver sina akademiska meriter deltog han med stor entusiasm i den offentliga debatten kring psykisk sjukdom och kriminalitet. Saknaden är stor.

Arbetet med att utreda och vårda vårt samhälles psykiskt sjuka brottsförövare bjuder ständigt på nya insikter. Häromdagen kom jag ned på avdelningen för att samtala med en patient – något som hen efterfrågat och som jag utlovat tidigare på dagen.

Vid åsynen av mig utbrast patienten: "Du kom tillbaka? Du bryr dig om oss!"

Denna händelse fick mig att fundera. Att hitta ett fungerande förhållningssätt till personer som kan vara såväl oerhört farliga som oerhört manipulativa är en utmaning. En klok psykolog har en gång sagt att för att kunna arbeta med vissa patientgrupper behöver man ha ett varmt hjärta och en kall hjärna. Denna formulering dyker ofta upp i mitt huvud. Vi har att sörja för personer som i många fall är öönskade av samhället. Därför hoppas jag och tror att detta kan vara ledord för rättspsykiatri. Ett varmt hjärta och en kall hjärna.

**Hanna Edberg**  
Ledamot SRPF



### SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel ([ordforanden@srpf.se](mailto:ordforanden@srpf.se))

Vice ordförande: Per Axel Karlsson

Sekreterare: Margareta Lagerkvist  
([sekreteraren@srpf.se](mailto:sekreteraren@srpf.se))

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

Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner  
([vetenskapligsekreterare@srpf.se](mailto:vetenskapligsekreterare@srpf.se))

Facklig sekreterare: Erik Dahlman  
([facklige.sekreteraren@srpf.se](mailto:facklige.sekreteraren@srpf.se))

Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant:  
Lars-Håkan Nilsson

ST-representant: Hanna Edberg

Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson

Hemsida: [www.srpf.se](http://www.srpf.se)

Webmaster: Stina Djurberg ([webmaster@srpf.se](mailto:webmaster@srpf.se))

**Annons**





## Vad är det som pågår - egentligen?

Frågan antyder ett val. Att välja är inte alltid lätt. Ju större fråga desto viktigare att välja rätt. Enligt såväl lagar som enligt den existentiella filosofin är vi dessutom ansvariga för våra val. Inom vissa terapiformer är det dessutom viktigt att noggrant formulera mål och delmål vilket alltid kräver tankemöda och medvetna val. Vad är då viktiga frågor? Partnerskap, föräldraskap, utbildning och yrke bland annat. I vår tid lägger vår livsfilosofi stor vikt vid det medvetna rationella valet.

### Val och motiv

Mycket tyder på att det inte räcker att förstå de medvetna tankar och överväganden som ligger bakom våra handlingar och val för att klarlägga hela bilden av motiv och bevekelsegrunder. När man till exempel intervjuar par angående deras val av varandra blir svaren ofta generella: söt, varm, vänlig, stilig, framgångsrik osv.. Dessa egenskaper visar sig dock stämma in på ett stort antal av de personer som ingått i parternas umgängeskrets. Att mer fylligt precisera varför just "hon" eller "han" låter sig mer sällan göras. Valet ter sig mer intuitivt. Faktorer som inte så lätt låter sig ordsättas av parterna bidrar. Forskning visar till exempel att par tycks ha mer synkroniserade rörelsemönster och mer ömsesidigt lättaktiverade spegelneuron. Om orsak eller verkan i förhållande till valet är dock oklart.

När människor ser tillbaka på sina yrkesval menar många att det skett av en ren tillfällighet eller att slumpen styrde. Kanske är det så eller kanske var det bara så att valets kriterier inte gick att kognitivt formulera. Numera är det accepterat, inte bara i psykoanalytiska kretsar, att vi i stor utsträckning styrs av inre omedvetna scheman med så väl affektiva som kognitiva komponenter. Intuitiva, icke verbaliserbara inre processer ses dock ofta som mindre sofistikerade än de kognitivt verbalt formulerbara. Nog är det väl "finare" att styras av medvetna val än av omedvetna. Att det är så inom vårt fack är inte så konstigt – vi möter ju omedvetna processer framförallt inom ramen för människors problematik.

### Intuition och val

Min erfarenhet både professionellt och privat är dock att intuition som icke verbal företeelse också kan rymma en dimension som integrerar och överskrider den kognitiva dimensionen. I konventionell psykologi finns knappast något begrepp för denna mentala aspekt, som representerar en expanderad och fördjupad klokskap. Det bästa begreppet för denna kvalitet tycks mig den transpersonella psykologins "inre vägledare" vara. Enligt min mening är förståndet i kognitiv mening utmärkt för att samla information i svåra frågor, men alltför otillräckligt för att ha sista ordet i beslutsprocessen. Jag har vanligen i mitt liv snarare "följt mina fötter" än mitt huvud i avgörande val.

### Många bottnar i yrkesvalet

Än sen då. Har det någon betydelse i vilken utsträckning vi är medvetna om motiven till våra yrkesval? Jag erinrar mig svepande och tillspetsade formuleringar av yrkesval från min ungdom: man blir doktor för att man är rädd för att dö, lärare för att man har svårt att fatta, präst för att man har svårt att tro, jurist för att man har svårt att hålla sig till lagen. Angående den sista yrkeskategorin tillfogades "Jurist är inte ett yrke - det är en diagnos". Tål att skrattas åt, men kanske inte bara. Yrkesvalet kan ingå i våra strategier för att hantera inre affektladdade krafter och föreställningar och de senare kan påverka förhållningssätt i arbetet.

Såväl patient som doktor/behandlare har sina intentioner och mer eller mindre medvetna agendor när de möts. Ett inte ovanligt motiv hos behandlare är det "ställföreträdande botandet". Om vi som barn inte kunde hjälpa lidande föräldrar eller syskon och upplevde det som plågsamt, kan denna plåga delvis bemästras genom att vi hjälper andra människor som är i svårigheter. Dessa hjälper oss, åtminstone i stunden, genom att de låter sig hjälpas. Risken finns att vi kan bli provocerade av personer som inte alls låter sig hjälpas och därmed vägrar att samarbeta med oss i företaget för oss att bemästra vår barndoms hjälplöshet över att inte kunna avhjälpa andras hjälplöshet.

Perspektivet är inte helt utan grund. Behandlare har inte sällan en komplicerad uppväxthistoria. I vissa familjer blir ett syskon behandlare och ett annat syskon patient. Behandlartraditionen inte minst för dynamiskt orienterade psykoterapeuter och "psychological minded" psykiatriker anses ha vuxit ur healertraditionen i samhällen med enkel teknologi. Den bearbetade egenerfarenheten var här avgörande för "yrket".

### Ansvar för omedvetna motiv

Vad gör man då som psykiatriker med detta? Att undvika att låta sig styras av sina omedvetna motiv låter lika omöjligt som att springa ifrån sin egen skugga. En viss tröst är att även om man inte fullt ut är medveten om sina val när de träffas så klarnar inte sällan motiven med tiden. Det finns också små indikatorer som kan användas för självvransakan, till exempel när man blir irriterad på sina patienter eller får lust att moralisera över dem. Är patienten av egna skäl ute efter att irritera mig eller att få en moralkaka serverad eller är det min egen frustration som kommer i dagen eller bådadera – patienter söker ju ofta – omedvetet – att få oss att bemöta dem på samma sätt som de uppfattat att deras kritiska föräldrar gjorde, med hopp om att denna gång bli förstådd och inte kritiserad. Detta kräver dock att man som behandlare avstår från att "agera ut sin motöverföring" som det heter på psykoanalytiska.

### Hjälparbehov och förvirring

Hur såg mitt val då ut? Inga läkare eller psykologer i familj, släkt eller bekantskapskretsen. Inackordering hos min småskolefröken vars man var doktor när jag var i sjuårsåldern med en ångest- och depressionshemsökt mamma och lite väl frånvarande pappa. Mamma anförtrodde sig gärna åt mig och tycktes må bra av det. För mig kändes detta både bra och dåligt. Frågan om yrkesval låg i träda under hela gymnasietiden. Jag var en så pass medioker elev att de högst ställda förväntningarna handlade om att slippa smyga ut bakvägen från läroverket den dag kamraterna steg ut genom huvudingången iklädda "den vita mössan". Kanske kunde jag bli lärare! Men ett slags revanschlust efter den usla gymnasietiden drev på.

Jag drevs nog av ett kompensatoriskt hjälparbehov från barndomen, men kanske i än högre grad av en kamp mot en inre förvirring. Vad är det som pågår, vad händer mellan och inom människor och därmed också mellan mig och andra. Visserligen var det viktigt att mina patienter blev bättre men våra gemensamma försök att förstå vad som pågått och pågår stod för mig i förgrund. Jag tror att jag sökte i första hand en yrkesmässig plattform för detta kunskapssökande. Att jag kom att stanna inom barnpsykiatri hängde nog dock ihop med att mina första erfarenheter inom psykiatri förde mig i kontakt med alltför många patienter som var mycket illa ställda. Jag orkade inte med vanmakten i att mina blygsamma insatser skulle kunna göra så lite skillnad. Inom barnpsykiatri fanns ju inte bara den enskilda patienten utan familjen och ett helt nätverk att arbeta med i samarbete med det barnpsykiatriska teamet.

Jag tyckte mig också så småningom kunna konstatera att jag begrep avsevärt mycket mer om vad som hände mellan och inom andra än inom mig själv. Ibland blev jag nästan full i skratt över de faktiskt välgrundande och ofta användbara råd jag kunde ge andra utan att vara förmögen att själv följa dessa råd, fast jag kanske skulle kunna ha behövt det lika mycket som mina patienter.

Jag har alltid varit tämligen frikostig med synpunkter som kunde uppfattas som "goda råd" både som terapeut och handledare, men de har aldrig varit avsedda att nödvändigtvis följas. De har snarare haft funktionen av att konkretisera min förståelse av vad som pågår.

### Adaptiva försvar och livets obeveklighet

Detta erfarenhets- och kunskapssökande kom successivt att pålagras av ytterligare bearbetning. En vanlig sekvens blev att gå en utbildning t.ex. i en psykoterapi, praktiskt arbete i denna arbetsform under några år, fortsättning först som handledare, sedan som lärare och slutligen som fackboksförfattare, ibland också som forskare - för att så småningom eller parallellt påbörja en ny utbildning med en liknande sekvens. Möjligen skulle mönstret räcka till någon form av diagnos inom ett beroendespektrum och pekar mot att den inre förvirring jag med viss framgång på detta sätt lyckats hålla ifrån mig torde ha varit avsevärd!

Egentligen är jag själv är en dålig terapipatient. Jag har aldrig vågat låta mig bli tillräckligt beroende av en terapeut för att komma åt denna grundläggande förvirring. Min utveckling har snarare gått via situationsutlösta livskriser som tvingat mig in i de emotionella fält som jag inte kunnat nå i terapier. Buddhisterna skulle tänka i termer av Kharma. Något har dock hänt med mitt behov av att förstå. Det har i viss mån förskjutits mot fält som evolutionspsykologi, neurokognition, kvantmekanik och astrofysik. Såväl livet som döden är alltför svåra att förstå – jag menar givetvis inte på den biologiska nivån, och det känns allt mer meningsfullt att göra halt inför det övergripande utgrundliga och anta utmaningen att försöka vila i detta.

**Björn Wrangsjö**  
Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm





## SLUP på EFPT i Zürich

11-16 juni 2013 var det dags för den årliga europeiska konferensen för ST-läkare i psykiatri, som detta år hölls i Zürich, Schweiz. SLUP var självklart på plats för att representera svenska ST-läkare i psykiatri på detta uppskattade arrangemang. Det var i år 21:a gången som ST-läkare från mer än 30 europeiska länder samlades för att utväxla erfarenheter kring våra ST-utbildningar, lära av varandra för att kunna utveckla kvaliteten på utbildningen och förbättra arbetsförhållandena för unga psykiatrer i Europa. En omedelbar reflektion efter resan är hur bra vi har det som ST-läkare i psykiatri i Sverige. Vi får lön under vår ST-utbildning (dessutom relativt sett ett högt löneläge), jobbar 40-timmarsvecka, har fördelaktiga jouravtal och har möjlighet att öka vår kompetens genom kurser och utbildningar på vår ordinarie arbetstid, för att bara nämna några saker. Detta är inte alls fallet i många andra europeiska länder.

### Måndag 10 juni

Vi som åker som representanter från SLUP har inte tidigare setts, men det visar sig inte finnas någon anledning till nervositet inför det faktum att tid ska tillbringas med en främling i ett annat land. Redan från start kommuniceras det på ett närmast patologiskt sätt, redan på Arlanda då vi redogör för samtliga aspekter av varandras liv. Dialogen fortlöper hela flygresan för att sedan övergå till tystnad av mer pinsam karaktär.

Dock får vi förnyad kraft och distraherar oss genom att åka kollektivt till hotellet. Då ingen av oss på förhand kollat upp hur det ska gå till blir vi vilsna på gatorna i Zürich. Som tur är visar det sig att invånarna i denna välstädade och exklusiva stad är synnerligen vänliga och artiga och vi blir guidade hela vägen.

Somnar trötta och utmattade.

### Tisdag 11 juni

Syftet med forumets första dag är att vi ska få en inblick i hur psykiatrin i Schweiz är uppbyggd i praktiken. Vi får besöka några olika kliniker i Zürich för att uppleva på plats hur behandlingen är upplagd och hur deras visioner för vården ser ut.

Vi åker till en öppenvårdsklinik för metadonsubstitution, för att se hur detta handläggs i Schweiz. Intressant i sammanhanget är att Schweiz är ett av få länder (tillsammans med Holland) som har egna kliniker för heroinsubstitution, kliniken vi besöker är dock inte en av dessa.

För att komma in på mottagningen behöver vi första ta oss upp för en relativt lång och brant trappa. När man kommer upp i vänthallen möts man av ett väntrum där patienten får vänta fram till att man får gå fram till en lucka där personalen sitter och "interagerar med patienterna".

Vi tas in i ett mötesrum där en av läkarna på kliniken, en internmedicinare, ger oss information om verksamheten.



Vi får så småningom även träffa en av klinikens psykiatriker. Relativt tidigt blir det uppenbart att det hela skiljer sig markant från Sveriges mer rigida regler som baseras på en "hög tröskel"-policy. Upplägget är också i allra högsta grad klientcentrerat och anpassat den livsstil som beroendesjukdomen kan orsaka. Patienterna får hjälp med avancerad Hep/HIV-behandling, mindre kirurgiska åtgärder (t.ex. abscesser) och allmänmedicinska på en och samma mottagning. Man har hög beredskap drop-in för provtagning och medicinska interventioner i samband med besök för Metadondelning då patienterna generellt sett är svåra att få tag på annars. Enligt läkarna vi pratar med på plats har den rådande och med våra mått liberala modellen för substitutionsbehandling minskat antal överdosdödsfall markant sedan 80/90-talet, då detta var ett stort problem i landet.

Vi får höra att det räcker med att komma dit och lämna positivt urinprov på opiater för att redan dagen efter sättas in på metadon (flytande eller i tablettform), morfin i tablettform, subutex eller något snarlikt preparat. Patienten har stor valfrihet och efter en insättningsperiod på två veckor kan patienten hämta behandling för de närmaste veckorna på plats.

Det finns inga direkta problem med svartförsäljning eftersom priset är så lågt och det är så lätt att få från sjukvården får vi förklarat. Vidare finns inga krav att avhålla sig från sidomissbruk utan tvärtom förses patienten med bensodiazepiner vid önskemål även om det naturligtvis inte ses som optimalt. Sedan finns också möjligheten för regelbundna heroininjektioner ett par gånger om dagen om patienten ändå inte är nöjd, dock inte på just denna klinik.

Förutom informationen får vi bevittna väntrumsdramatik. Ett par hamnar i slagsmål av oklar anledning. Personalen griper snabbt in och visar sig vara skickliga på att hantera situationen, det poängteras att sådana incidenter händer extremt sällan på mottagningen. Kort tid senare observerar vi en kraftigt substanspåverkad man som efter han hämtat sina mediciner, kraschar med en lampa och ramlar handflöst nerför den branta trappan till allas stora förskräckelse. Kan dock meddela att det hela gick bra då vi senare samma dag hamnade bredvid densamma på bussen.

### **Onsdag 12 juni**

Dag 2 skall ägnas åt att deltagarna lär känna varandra och att få information om EFPT och deras arbete i Europa. Denna dag träffas samtliga deltagare på en båt för en dagsutflykt. Utsikten över staden och omkringliggande natur är vidunderlig. Utan paus får vi sedan information om EFPT och deras aktiviteter. Begreppen "bensträckare", 45-minuters pass och "fika" verkar vara okända i europeiskt sammanhang. En av oss får jobbiga "flashbacks" från studietiden i Tyskland där liknande förhållanden rådde. Uthålligheten lönar sig

ändå sett i efterhand. Vi får matnyttig information om EFPT:s historia och utveckling samt om vilka förbättringar medlemmar har åstadkommit i sina länder tack vara hjälp och inspiration från kolleger i EFPT-nätverket.

Vid lunch kommer vi fram till en liten by med vackra gamla byggnader där vi får ledigt för att äta lunch. Hamnar här i sällskap med en kollega från Litauen som uppger att lönen där är 450 euro som icke-specialist men att den kommer att höjas till 550 euro när de är specialister. Samma kollega ser till att söka kurser över hela världen för att på det sättet komma iväg på semester, men även för att förbättra sin engelska för att på så sätt på sikt kunna arbeta i länder med bättre arbetsvillkor.

Efter lunchen förväntas samtliga länder redogöra för hur ST-utbildningen inom psykiatri ser ut i respektive land. När det kommer till bokstaven S är det vår tur. Det framkommer att vi har många kollegor runtom i världen som vill arbeta hos oss. Vi får många frågor och 40-timmars arbetsvecka verkar vara ett av stickorden som lockar.

Nämner dessutom att jag och min kollega fått ledigt med lön för att åka på denna konferens. Båten tystnar med många hakar vilandes på bordet. Det hela avslutas av de ansvariga med slutsatsen att alla bör flytta till Sverige.

På kvällen anländer båten till en festlokal där det anordnas bad på en nudiststrand med mycket sparsam uppslutning. Efter det blir det en god buffé och under kvällen ska samtliga länder presentera dans och sång som i kombination med en nationaldryck med alkoholslag ska ge en insyn i landet. Vi bjuder på snaps och dansar runt en stång på golvet hoppandes som grodor. Alla ser förvånade ut och ingen dansar med, konstigt.

### **Torsdag 13 juni**

Denna dag ägnas åt arbete i olika arbetsgrupper med mål att utväxla erfarenheter och hitta förslag till förbättringar över landsgränserna inom utvalda områden. Det finns grupper för att förbättra ST-utbildningen som sådan, öka forskningsmöjligheterna, starta en nationell ST-organisation på hemmaplan osv. I sistnämnda grupp vill man gärna ta del av Sveriges och andra "föredöme-länders" erfarenheter kring detta, då vi redan har etablerat en framgångsrik och oberoende nationell organisation hos oss. Vi delar självklart gärna med oss några av SLUP:s hemligheter.

Intressant nog så vigs vidare en egen arbetsgrupp åt psykiaternas egna hälsa och hur vi ska kunna förbättra våra möjligheter att söka egen hjälp vid psykisk ohälsa. Det diskuteras kring att det ofta är tabubelagt med egna psykiska problem och att endast en mycket liten andel skulle själva söka hjälp på ett motsvarande sätt som vi alla skulle rekommendera till en kollega i samma situation. Det talas vidare om ökad självmordsrisk hos läkare i allmänhet där



psykiater hamnar högt på listan bland läkerspecialiteterna vad gäller detta. Det finns ett gäng engagerade ST-kolleger från bl.a. England som vill öka medvetenheten kring detta och öka utbudet av hjälpinstanser där läkarna själv kan söka hjälp och stöd.

Även denna kväll är det planerat för gemensam middag och därefter för festligheter större delar av natten. Vi skyller på vår långa ST-utbildning i Sverige för att ta en förhållandevis tidig kväll. Vi är ju redan 5-10 år äldre än många av våra partyglada internationella kolleger. I Ryssland t.ex. är ST-utbildningen i psykiatri endast 2 år. Framkommer dock vid närmare penetration av ämnet att de därefter jobbar ett antal år med ganska tät klinisk handledning efter att de fått specialistkompetens, så skillnaderna i praktiken är möjligtvis mindre än man kan tro från början. Det finns andra länder som har påtagligt korta utbildningar på max 2 år, och det finns också länder som har en ST på uppemot 8 år, då i och för sig inkluderat det vi i Sverige skulle räkna som AT-utbildning.

Sammanfattningsvis har de flesta föregångsländer i sammanhanget en längd på sin ST mellan 4-6 år.

#### **Fredag 14 juni**

På förmiddagen deltar de svenska representanterna i en workshop kring effektiv psykoterapi. Det hela var intressant och givande. I övrigt fortlöper dagen med trevliga konversationer och en bio på kvällen, The Great Gatsby.

#### **Lördag 15 juni**

Avslutningsdag med styrelsemöte och val av nya representanter till nästa år då EFPT ska hållas i London. Flera nya länder röstas in som aktiva medlemmar i EFPT under denna förmiddag, bl.a. Albanien och Norge. Vi talar om nästa EFPT i London 2014 och förväntningarna är stora.

Resten av lördagen ägnas åt hemresan och vi diskuterar våra intryck från resan. Vi är överens om att det varit en intensiv men lärorik och intressant vecka. Vidare diskuterar vi att det finns otroligt många trevliga och duktiga ST-läkare i Europa, att Zürich är vackrare än vi trodde, att sjukvården i Schweiz och även psykiatrin har mycket resurser för att bedriva vård och erbjuda vettiga arbetsförhållanden och sist men inte minst att vi gärna vill åka till EFPT igen nästa år.

**Victor Lindfors**  
ST-läkare  
Beroendecentrum Stockholm

**Sigrid Storetvedt**  
ST-läkare  
Psykiatri Nordväst, Stockholm

## **Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatrin**

**Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:**

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg mars 2014.

#### **Vill du nominera någon till priset?**

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri: [webmaster@svenskspsykiatri.se](mailto:webmaster@svenskspsykiatri.se) **före 15/1 2014.**

#### **Vill du skänka ett bidrag till prissumman?**

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

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

*Styrelsen*  
*Svenska Psykiatriska Föreningen*

# SVENSK PSYKIATRI

## TEMANUMMER UNDER 2013

### NUMMER 4 2013

Tema: Att skada sig själv  
Deadline 13 november  
Utkommer vecka 49

Temanummer och deadlines för 2014  
presenteras i nr 4

### Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till [redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se).  
Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan  
formateringar.

Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.  
Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

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

Skicka gärna med en bild!

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

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

Redaktionen

Postadress: Svensk Psykiatri

c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

*Skriv till oss*  
[redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **13/11**



## Livsförändringsterapi – LiFT

## En väg till större personlig mognad

Eugena Rozenberg, Anette Mårtensson

Lund: Studentlitteratur, 2013

**Att skapa sin egen metod**

Många som arbetat länge och framgångsrikt med människor som söker hjälp för psykisk ohälsa har säkert känt sig inspirerade att mejsla fram, vidareutveckla och beskriva sin egen metod. Men få genomför det mödosamma arbetet till en nivå som håller tillräckligt god kvalitet för att vara riktigt intressant för andra. Men det har Eugenia Rozenberg och Anette Mårtensson, psykolog respektive socionom, gjort i *Livsförändringsterapi - LiFT. En väg till större personlig mognad*.

Utgångspunkten för boken är deras erfarenheter av arbete med rehabilitering av patienter med godartad, långvarig smärta och utmattningsreaktioner. De hade iakttagit sina patienters vilshenhet och bristande livshanteringsförmåga, deras omedvetenhet om egna attityder och tolkningar, bristande ansvarstagande och förnekande av verkligheten. De utarbetade en eklektisk gruppmetod, baserad på komponenter hämtade från såväl klinisk psykologi som psykoterapeutisk teori och metodik. Boken har både kunskapsmässiga, undersökande, pedagogiska delar samt genomgång av konkreta tekniker. Deras metod baseras på tio sammanträffanden, fyra terapitimmars per gång över nio månader.

**Bokens tre delar**

Boken inleds med ett fylligt avsnitt - problembeskrivning och orsaksanalys – i vilket författarna utvecklar sin syn på det mänskliga livets olika problematiska omständigheter med vissa civilisationskritiska infallsvinklar. Olika perspektiv på stress intar en central position liksom mognadsbegreppet. Nästa avsnitt - behovsanalys - rymmer mer av deras psykologiska referensram med existentiella förtecken, välformulerat, klokt och inkännande. I den sista delen, metoddelen, presenteras en dialektisk modell för konkret förändringsarbete. Sessionernas struktur är hämtad från klassisk KBT. Avgörande vikt läggs vid genomförande av skilda övningar mellan träffarna.

De tio gruppträffarna beskrivs fylligt och konkret. Här återfinns avslappning, successiv revision av uppställda mål, urskiljande av egna livsstrategier, metoder för självomhändertagande med ökad känslighet för glädjekällor, stress och stresshantering, kroppskänedom och affektreglering, tankemönster och förändringsprocesser.

**Väl genomförd "teori- och metodmosaik"**

Programmet är väl genomtänkt och sammansatt, sympatiskt och engagerat beskrivet. Avsnittet om emotionspsykologi är föredömligt. Litteraturlistan är omfattande liksom antalet checklistor, målformulerings- och skattningsformulär.

Jag saknar dock patienterna – boken rymmer inga fallbeskrivningar eller kliniska vinjetter som skulle ge läsaren en möjlighet att på nära håll följa behandlings- och utvecklingsprocesser. Framställningen får av och till teoretisk slagsida och något av katalogkaraktär. Ibland finns generaliseringar som jag ställer mig tveksam till, exempelvis att "mänsklig mognad sker alltid genom medveten strävan och inre arbete med sig själv". Det verkar för mig mer som en stödjande "coachintervention" än ett generellt utvecklingspsykologiskt faktum.

**Överskattat vetenskapligt stöd**

Metoden är inte avsedd för behandling av psykiatrisk sjuklighet utan måttligare grader av psykisk ohälsa. Den har en rimlig grad av "face validity". Den verkar rimlig. Däremot är den vetenskapliga basen bräcklig. Visserligen har många komponenter, såväl teoretiska som metodologiska gott forskningsstöd, men utvärderingen av den helhet LiFT utgör vilar endast på en fristående psykologexamenssuppsats och ur beskrivningen av dess utvärderingsdesign kan man inte utläsa vare sig hur många grupper och patienter som ingår, vilka utvärderingsformulär som använts eller om det finns någon form av jämförelsegrupp. När författarna konstaterar att metoden har ett stort användningsområde och har ganska omfattande förslag beträffande de olika sammanhang i vilken den borde kunna användas kanske det ändå behöver framhållas att de knappast har något vetenskapligt stöd för detta påstående. Men det behöver naturligtvis inte utesluta de kan få rätt.

**Användbarhet**

Metoden är tänkt att kunna användas av socionomer, psykologer och psykoterapeuter. Författarna nämner ingenting om hur man lär sig att tillämpa denna metod. De flesta komplexa metoder, om än baserade på utförliga manualer brukar kräva någon form av träning och handledning. Kanske har författarna underskattat den egna ackumulerade implicita erfarenhet av sin patientkategori genom åren och betydelsen av denna erfarenhet för att tillämpa metoden framgångsrikt.

Har denna bok något att tillföra andra än den sannolikt relativt begränsade grupp av professionella som känner sig manade att gå in på hemsidan och ladda ner det arbetsmaterial som ska användas? Behandlare som själva eller ihop med kollegor önskar skapa en egen metod baserad på en långvarig erfarenhet av arbete med en viss patientgrupp kan i boken finna inspiration. Den innehåller dessutom så pass mycket klokskap, goda iakttagelser och förslag till konstruktiva förhållningssätt i tillvaron att den har något att erbjuda den grupp som söker självhjälpslitteratur.

**Björn Wrangsjö**  
Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm

## Diskutera med en kollega?

Allt kan man inte prata med arbetskamrater, terapeuter och anhöriga om. När man behöver diskutera problem med en utomstående kollega kan man vända sig till **"Kollegialt nätverk"** som nås genom Läkarförbundets växel 08-790 33 00 eller e-mail till [kollegialtnatverk@slf.se](mailto:kollegialtnatverk@slf.se).

På <http://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Arbetsliv/Kollegialt-natverk/> kan man läsa mer och även ta ner lista över tillgängliga kollegor inom olika specialiteter över hela landet."

**Jerker Hanson**  
Docent, psykiater  
Stockholm



Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **13/11**

## Varför blev DU psykiater?



### CHRISTINA WÅNGE

Överläkare i psykiatri

*"Jag hade tidigare läst en filkand i psykologi som lade grunden för min syn på människan. Jag upplevde psykiatrin som en utmaning, en utmaning att se hela människan bortom symtomen. En ytterligare utmaning såg jag i att få använda mig själv som instrument då det inte finns så mycket annat att tillgå för diagnostisering. Teamarbetet har lärt mig otroligt mycket liksom mötet med patienterna. Dessutom ville jag värna en utsatt patientgrupp och försöka minska stigmatiseringen av de psykiatriska patienterna. Att vara psykiater har varit personligen berikande!*

VUXENPSYKIATRISKA KLINIKEN  
SÖDRA ÄLVSBERG SJUKHUS



**Annons**



## BUP:s utveckling i Bulgarien

Sedan 1989 är Bulgarien officiellt en demokratisk stat med flerpartisystem. Landet är även medlem av NATO sedan 2004 och medlem i EU sedan 2007.

År 1989 uppgick befolkningen till c:a 9 miljoner. I den postkommunistiska eran emigrerade dock c:a 2 miljoner människor, framförallt de unga och välutbildade. F.n. utgörs befolkningen av omkring 7 miljoner människor varav 1,2 miljoner är barn och ungdomar under 18 år.

Barnpsykiatri i Bulgarien är en relativt ung specialitet. På 50-talet började verksamheten i en liten omfattning inom psykiatri av läkare intresserade av psykoterapi och psykoanalys. Den första BUP-avdelningen startade 1959 vid universitetssjukhuset "Alexandrovska" i Sofia inom den psykiatriska kliniken. Som självständig enhet etablerades barnpsykiatri 1980. Föreningen för barnpsykiatrer och närliggande yrkesgrupper (kliniska psykologer) bildades 1991. BUP-föreningen är medlem i ESCAP och IACAPAP. Från 1996 etablerades BUP som subspecialitet inom psykiatri och blev en egen specialitet 2005 med samma utbildningskrav som UEMS.

Den teoretiska utvecklingen kan beskrivas i två faser: före och efter demokratiseringen.

Från början hade psykiatri ett starkt inflytande från de tyska och franska skolorna och senare från den sovjetiska skolan. Man måste hålla i minnet att fram till slutet av 80-talet var psykoanalysen officiellt inte accepterad och ansedd som olämplig. Tack vare att BUP ingick i psykiatriblocket blev den dock mindre påverkad av kontrollen och begränsningarna av det totalitära systemet. Grundarna av den psykoanalytiska skolan i Bulgarien lyckades t.o.m. att utge böcker i kontroversiella ämnen som psykoanalys, atypiska psykoser och barnautism och under en kritisk täckmantel även beskriva de amerikanska psykoanalytiska skolorna och neofreudianismen. Under flera år på 70–80-talet var professor Assen Jablensky, då Sofia, numera Australien, knuten till WHO:s avdelning för psykiatri och kunde därigenom etablera samarbetskontakter och deltagande i kongresser och vetenskapliga konferenser för de bulgariska kollegorna.

Under 80-talet blev det vetenskapliga klimatet i Bulgarien mera öppet och gynnsamt.

Under 1985 reproducerades en stor epidemiologisk undersökning av emotionella och beteendemässiga dysfunktioner hos barn mellan 7-11 år efter samma design som den kända undersökningen utförd av professor

Michael Rutter på Isle of Wight, England. Den bulgariska undersökningen omfattade mer än 3000 individer från hela landet. Under 1981 och 1986 organiserades två fransk-bulgariska seminarier med deltagande av flera franska psykoanalytiskt orienterade barnpsykiatrer under ledning av professor Serge Lebovici. ESCAP:s VIII kongress organiserades 1987 i Varna med temat "Det sårbara barnet". Flera svenska barnpsykiatrer deltog och värdefulla kontakter knöts. 1988 medverkade jag (Rada Berg) till att organisera den första systematiska fyraåriga utbildningen i familjeterapi, knuten till Lunds universitet på distans. Kursen startade 1989 och avslutades 1993. Utbildningen leddes av professor Marianne Cederblad. Kursen kunde organiseras tack vare det stora engagemanget och stödet från dåvarande chef för BUP-kliniken i Sofia, professor Meglena Achkova, som lyckades undanröja de hinder som fanns i det dåvarande systemet.

Från 1989 ändrades det politiska klimatet som påverkade även BUP. Inflödet av litteratur blev lavinartad, stort intresse från läkemedelsfirmor, kurser och utbildningar i nya terapeutiska metoder blev verklighet. Två intressanta projekt startade 1992. Det ena var en treårig gemensam utbildning för barnpsykiatrer vid universiteten i Bulgarien, Frankrike, Belgien och Rumänien med syftet att underlätta introduktionen av psykodynamiska koncept och skapa en ny organisation för behandling och omhändertagande. Det andra projektet syftade till att etablera öppenvårdscentra för barn och ungdomar som inkluderade bedömning och behandling med team innehållande även paramedicinsk kompetens vid poliklinisk verksamhet, dagvård och slutenvård. Under 1995-1996 startade även projektet "Förebyggande av barns psykiska ohälsa" med deltagare från Sofia, Lyon, Marseille och Paris. Den inkluderade fortbildning i Frankrike och Belgien via fyra konferenser med följande tema: etik och prevention i barnpsykiatrisk praktik, ekonomi för hälsoprevention, prevention i tidiga barnåren och prevention i tidiga ungdomsåren.

I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet var familjepsykoterapi mest populär men även psykodrama, lekterapi, konstterapi, gruppterapi och beteendeterapi användes.

Intresset för att närma sig övriga länder var stort och visas inte minst i de många avhandlingar som nu producerades och som täcker nästan hela det barnpsykiatriska spektret.

Den organisatoriska utvecklingen har också genomgått flera förändringar.

Den slutna vården var från början gemensam för barn och vuxna. Vid den första självständiga barnpsykiatriska enheten i Sofia fanns initialt 65 platser. Samtidigt startades en slutenvårdsavdelning i Varna med 30 platser för befolkningen i Norra Bulgarien. Under perioden mellan 1996 och 2005 genomgick universitetskliniken i Sofia flera omstruktureringar och sammanslagningar.

I dag är BUP-kliniken "St Nicholas" i Sofia en modern komplett och välfungerande verksamhet med standard som övriga

länder i västvärlden, tack vare ekonomiskt stöd från flera europeiska projekt. Kliniken har konsultverksamhet, team för krisinterventioner, dagvård, utbildning och fortbildning och utformar expertutlåtanden till polis, domstol, sociala myndigheter, skola och övriga institutioner som arbetar med barn. I dag har dock slutenvårdsplatserna minskat till 12 st.

Den öppna vården före 1989 fanns vid de psykiatriska dispensärerna för vuxna. De var spridda över hela landet efter regionala principen. Vid dem fanns även profilerade mottagningar för barn med psykiska problem. Efter 1989 kritiserades dessa som föråldrade institutioner skapade av det totalitära systemet och avvecklades. Med detta försvann även BUP-mottagningarna på orterna. Att etablera nya verksamheter blev en stor utmaning. De nya enheterna är få och har etablerats framförallt i de stora städerna och de rikare regionerna. Den snabba etableringen av marknadsekonomi påverkade tyvärr delvis negativt utvecklingen av BUP. De djupa ekonomiska och ideologiska kriserna ledde till brist på välutbildade läkare som antingen emigrerade eller gick till privata sektorn. F.n. finns konsultativa centra i städerna Sofia, Varna, Plovdiv, Ruse, Targovichte, Kjustendyl och Pleven. De fungerar under dagtid, är ojämnt fördelade över landet och uppbyggda kring existerande specialister på orten. De finansieras av den nationella sjukförsäkringen. Från 2006 pågår avveckling av flera av hemmen för barn med funktionshandikapp och barn mellan 0-3 år som saknar välfungerande föräldrar. Under 1989 bodde 27400 sådana barn på institution. I slutet av 2012 har de minskat till 4100 och denna trend fortsätter.

För att kunna diskutera framtidsvisioner är det viktigt att nämna att under övergångsperioden mellan diktatur/planekonomi till demokrati/marknadsekonomi genomgick BUP alla tänkbara kriser. Dålig finansiering, stängning av gamla strukturer och emigration av specialister. Övergången ledde många gånger till sämre kontinuitet, sämre tillgång till kompetens och samarbetsvårigheter mellan de olika institutionerna pga olika finansieringssystem.

Antalet utbildade barnpsykiatrer är fortfarande mycket begränsat efter den stora emigrationsvågen på 90-talet. För närvarande är antalet specialister ca 25 i hela landet, ojämnt fördelade. Det saknas fortfarande nödvändiga investeringar för utveckling av förebyggande åtgärder och ett utbyggt hjälpsystem.

Det positiva är att det har utbildats ett stort antal högkvalificerade kliniska barnpsykologer/psykoterapeuter och socialarbetare.

Via finansiering av olika projekt har skapats "Avdelning för skydd av barnen" och stiftats den första "Lag för skydd av barnen" år 2000. Experter från WHO, Tyskland, Finland och andra länder medverkar som konsulter.

Vidare har barnpsykiatrin alltmer fått jämställd status som de övriga medicinska specialiteterna. Detta underlättar vid rekrytering av nya läkare som numera kan välja att specialisera sig på de 5 medicinska fakulteterna i landet. Det planeras varje år för att rekrytera 5-7 nya läkare för specialisering enligt program som innehåller förutom barnpsykiatri även allmänpsykiatri, barnneurologi och pediatrik. Parallellt kan man även utbilda sig inom psykoterapi, mestadels KBT, familjeterapi eller psykoanalytisk psykoterapi. Trots det begränsade antalet barnpsykiatrer försöker man säkerställa möjligheterna att följa en hög standard på behandlingarna. Hälsoministeriet har garanterat att administrationen ska tillhandahålla förutsättningarna för ett kompetent arbete genom att t.ex. organisera team med paramedicinsk kompetens, tillhandahålla ändamålsenliga lokaler och följa tidsramarna efter prioritering av behoven. Man försöker förbättra infrastrukturen och underlätta fortbildning i andra länder inom Europa och USA. Detta ger en viss optimism för framtiden. T.ex. deltog 2012 vid IACAPAP:s kongress i Paris 7 barnpsykiatrer som presenterade en studie om barn till fängslade mödrar i Bulgarien. De vann priset för den bästa vetenskapliga postern. Vid årets europeiska kongress i Dublin har de bulgariska barnpsykiatrerna presenterat forskning kring specifika identitetsdrag hos ungdomar med personlighetsstörning. Vid Strasbourgs Kommission för tortyrprevention representeras Bulgarien av barnpsykiater. Vartannat år organiseras nationella konferenser för barnpsykiater, barnneurologer och kliniska psykologer.

Under 2014 planeras i Sofia ett internationell forum för att förbättra utbildningen av barnpsykiatrer. Kliniken vid universitetet i Sofia har utvecklats som en mycket uppskattad och seriös bas för spridning av nya kunskaper, nya tankesätt, utbildning av experter men även personer som arbetar med barn såsom lärare och socialarbetare.

Sammanfattningsvis deltar de unga och välutbildade specialisterna som har valt att stanna i landet aktivt i det politiska livet och försöker att bidra till att avhjälpa de negativa effekterna från korruption, illa utförd privatisering, fattigdom och andra följder av den snabba övergången till marknadsekonomi.

De försöker verka för ett bättre samhälle där barn kan växa upp i trygghet och uppnå god psykisk hälsa.

**Rada Berg**  
Barnpsykiater, skolläkare

**Nadia Polnareva**  
Assoc. Prof. Dr  
Clinic of Child Psychiatry "St Nicholas"  
University Hospital "Alexandrovska", Sofia, Bulgarien

## Varför blev DU psykiater?



**ANA DINCA**  
ST-läkare i psykiatri

*"Under min studietid blev en nära kamrat psykiskt sjuk. Jag kände en stor maktlöshet men blev samtidigt nyfiken och bestämde mig för att bli psykiater"*

VUXENPSYKIATRISKA KLINIKEN  
SÖDRA ÄLVSBERG SJUKHUS





## Därför blev jag psykiater – egentligen

Jag hade gått nio terminer på läkarutbildningen och hade studieuppehåll för forskning. Mina gamla kursare hade kommit igång med AT på olika håll i landet. Under termin nio hade vi klarat av psykiatrikursen och jag var inte imponerad av specialiteten, de kollegor jag sett var oinspirerade och trötta och umgängesklimatet verkade inte trevligt där jag varit inom psykiatri. Synd, på ett intressant ämnesområde.

Så en tidig vårdag blev jag uppringd av en man som presenterade sig som schemaläggare för en psykiatrisk klinik. Han hade tipsats om mig av min gamle kurskamrat som gjorde AT på kliniken. Man behövde en underläkarvikarie för semesterperioden. Vad schemaläggaren visste om mig var att jag forskade och att jag rekommenderades av en av de duktiga AT-läkarna på kliniken. Jag avböjde försiktigt, men han var ihärdig och till slut for fandan i mig och jag menade att "det är ju klart att det är ju också en fråga om vad ni kan erbjuda?" (och då tänkte jag att jag skulle få ett skambud som jag lätt skulle kunna säga nej till). Efter liten tystnad hörde jag så i andra luren hur schemaläggaren förklarade att "AT-läkarna tjänar ju 19800 kr/mån, det kan vi kalla 20000, och så kan vi lägga på 5000 på det...". Detta var på den tid när läkarkandidater brukade kunna få 16–17000 kr/månad. Utbildningsbidraget för doktorander var ca 13000. Han hann säga "...på det", så svarade jag "du, jag kommer då" och tänkte att 5 veckor semester kan jag offra och tjäna en slant jag väl behöver, t.o.m. i en så gräslig specialitet som psykiatri. Vi avslutade samtalet då vi båda hade annat att ta tag i.

Dagen efter hörde schemaläggaren så av sig igen, det var lite formalia vi skulle klara av, han ville att jag skulle skicka in kopia på min legitimation, bl.a. "Legitimation? Har inte Anders sagt att jag är kandidat?" Lång tystnad i luren, och så "det var en jävla bra lön för en kandidat!". Så många gånger här i livet har jag tänkt efteråt att "då skulle jag ha sagt..." eller "varför sade jag inte bara...". Den här gången blev ett undantag: "Jag sade 'ja' jäkligt fort också!". Tystnad, sedan "jamen då säger vi så".



Enligt Anders ska han senare ha gått till AT-läkarna och sagt att "i sommar får ni vara lediga så mycket ni vill, vi har fått världens bäst betalde kandidat och han ska få jobba!"

Så kom jag till den psykiatriska klinik där jag ännu arbetar och där jag trivts, det var något HELT annat än den psykiatri jag sett som kandidat. En period under AT var jag på väg att välja kirurgi som specialitet, jag hade bud om ST på kirurgen, men fann att psykiatri ändå bäst passade mitt lynne. Det har jag inte ångrat.

**Fredrik Åberg**  
Ledamot i SPF:s styrelse

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **13/11**

# Antidepressiva vid bipolär sjukdom – eller inte?

Behandling med antidepressiva läkemedel vid bipolär depression har länge varit ett ganska självklart val. En del starkt kritiska röster har ändå hörts i flera år – bland dem särskilt Nassir Ghaemi, som har skrivit en hel del artiklar i ämnet. Samtidigt har då antidepressiva rekommenderats i SLL:s Kloka Listan ännu så sent som för några år sedan. Hur ser då evidensen egentligen ut för användning av antidepressiva vid bipolär depression?

The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) hade sin tionde konferens i Miami Beach 13-16 juni 2013. Rätt få svenska deltagare fanns på plats, tyvärr. Mötet var väl organiserat, informationstätt och inte så stort. Väl värt att delta! Nästa möte är i Sydkorea 18-21 mars 2014.

Söndagsmorgonen 16 juni kl. 07.00 ägnade vi åt att lyssna till en debatt mellan Nassir Ghaemi (Tufts University School of Medicine, Massachusetts, USA och Willem Nolen, University Medical Center Groningen, Nederländerna) på temat **What is the Proper Role of Antidepressants in the Longer Term Management of Bipolar Disorder? A Debate and Discussion**. Jag väljer här att endast citera Ghaemi eftersom Nolens inlägg blev betydligt mindre intressant efter att ISBD blivit klara med sina nya rekommendationer angående användningen av antidepressiva.

Ghaemi inledde med att berätta att han i ISBD Task Force drivit frågan om att antidepressiva inte har någon positiv evidens vid bipolär sjukdom, men att han fått mycket mothugg. En mycket hög andel av experterna stödjer fortfarande användningen av antidepressiva. Ghaemi själv har publicerat ett stort antal artiklar i ämnet. Han citerade Max Plack: "Genombrott av forskning sker inte via genombrott av idéer utan genom generationsskifte". Han påpekade också att om ett läkemedel är ineffektivt, så blir det inte bättre av att det är säkert. RCT visar efficacy, inte safety. Därför behövs långa kliniska studier för att påvisa safety. Och kliniska studier överskattar som regel efficacy. Om man accepterar detta, följer att antidepressiva inte bör användas vid bipolär sjukdom. Observationsstudier är confounded – vi behöver RCT-studier!

Ghaemi visade sedan flera RCT-studier av antidepressiva (AD) mot placebo, som talade mot en positiv effekt av AD. Däremot finns en hel del observationsstudier som stödjer användningen av AD. "This doesn't mean that antidepressants should never be used".

Men i dag får 85 % av patienterna AD. Vid Ghaemis egen klinik cirka 20 %. "We may discuss who these people may be" dvs. vilka patienter som kan ha nytta av AD.

Ghaemi gick vidare med att påpeka att 25 % av patienterna som får AD på sikt drabbas av Rapid Cycling. "Depression and Bipolar Depression are invalid diagnoses. There are too many subtypes." Och han citerade Hippokrates: "If you don't know what to do – do nothing". Och slutligen: "Truth is not a majority opinion!" Även om ISBD slutligen kom att acceptera Ghaemis linje i frågan.

Rätt snart efter denna kongress kom också de nya rekommendationerna från ISBD Task Force angående användningen av antidepressiva vid bipolär sjukdom. Rekommendationerna kommer att publiceras i The American Journal of Psychiatry:

## Recommendation Highlights

The recommendations for acute treatment of a depressive episode in bipolar disorder include the following:

- Adjunctive antidepressants may be used for an acute bipolar I or II depressive episode when there is a history of previous positive response to antidepressants.
- Adjunctive antidepressants should be avoided for an acute bipolar I or II depressive episode with 2 or more concomitant core manic symptoms, in the presence of psychomotor agitation or rapid cycling.

For maintenance treatment, the following is recommended:

- Maintenance treatment with adjunctive antidepressants may be considered if a patient relapses into a depressive episode after stopping antidepressant therapy.

The recommendations for antidepressant monotherapy includes the following:

- Antidepressant monotherapy should be avoided in bipolar I disorder.

- Antidepressant monotherapy should be avoided in bipolar I and II depression with 2 or more concomitant core manic symptoms.

The recommendations for antidepressant use in mixed states include the following:

- Antidepressants should be avoided during manic and depressive episodes with mixed features.
- Antidepressants should be avoided in bipolar patients with predominantly mixed states.
- Previously prescribed antidepressants should be discontinued in patients experiencing current mixed states.

The ISBD Task Force also recommended that adjunctive treatment with serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants be considered only after other antidepressants have been tried. If they are used, they should be closely monitored, owing to increased risk for switch or mood destabilization.

Viktigast av detta för en kliniker är kanske att mera aktivt efterforska maniska symtom vid bipolär depression (och vid unipolär depression också för den delen, eftersom sådana symtom kan tala för att en bipolär depression föreligger). Och att generellt vara betydligt mera noggrann vid användningen av antidepressiva läkemedel, särskilt SNRI och tricyklika.

**Christina Spjut**  
**Psykiater**  
**Stockholm**

## Varför blev DU psykiater?



### PER-ANDERS ABRAHAMSSON

Överläkare i psykiatri

*"Psykiatri var och är den största intellektuella utmaningen inom den medicinska specialiteten."*

VUXENPSYKIATRISKA KLINIKEN  
 SÖDRA ÄLVSBERG SJUKHUS

**Annons**



## Lika bra att bli det man är



Varför blev jag psykiater? frågar sig tidskriften i detta nummer. Det är en fråga man kan ställa sig, kanske särskilt när det bär emot och patienternas återfall i destruktiva mönster yr omkring en. Kollegan Howard Cutler intervjuade Dalai lama i en bok om lycka och anförtrödde den vise österlänningen att han frustrerades storligen över att han inte kunde hjälpa alla sina patienter. Varpå Dalai Lama stillsamt frågade honom om han kunde hjälpa minst 70 % av sina patienter, vilket dr Cutler menade att han definitivt kunde. Dalai lama hade då konstaterat att det var bra, hade dr Cutler bara kunnat hjälpa en tredjedel av sina patienter hade Dalai lama föreslagit att han skulle överväga ett annat yrke.

I psykiatrin ställs läkekonsten på sin spets och en kärna i yrket är att bygga upp och upprätthålla patientens förtroende. På vår klinik har rekommendationen varit att man inte ska ägna sig åt patientarbete efter att ha gått nattjour, för att inte låta post-jourirritabilitet rasera sköra allianser. Det är inte alltid arbetet är som att gå i ett minfält, men när jag tjänstgjorde på en allmänpsykiatrisk mottagning såg jag åtminstone till att inte boka in apterade patienter dagen efter ett nattpass.

Det tar sin tribut att slå följe med de psykiskt lidande på smärtans väg. En ung kollega berättade för mig att han fann psykiatrin vara den avgjort intressantaste specialiteten. Tyvärr drabbades han för första gången i sitt liv av tandgnissel, som började och slutade med psykiatriblocket av AT. Jag tror att han i slutändan blev narkosläkare. En kursare till mig var nyfiken på psykiatri och frågade en överläkare hur man skulle göra för att bli en så bra psykiater som möjligt. Den ärrade kollegans råd var att se till att man själv mår bra.

Med alla sina utmaningar är psykiatri en spännande specialitet. Utanför en psykiatrisk avdelning fanns en bild på Muminmamman med kommentaren: "jag är helt lugn, för jag vet att vad som helst kan hända". Just detta är en del av vår specialitets tjusning, det blir aldrig långtråkigt. Adieu tristesse. Professor Marie Åsberg brukar säga att hon i och med sitt inträde i psykiatrins värld inte längre behövde skönlitteratur, då hon var omgiven av patienternas berättelser, många dramatiska nog för en hel romansvit.

I Oxford Handbook of Clinical Specialties fastställs 13 förutsättningar för psykisk hälsa. Som sista och 14:e punkt nämns humor, om man saknar någon av de övriga mentala friskfaktorerna. Den goda psykiatrin genomsyras av humor som coping-strategi, och många gånger är det patienterna som kan sätta fingret på det absurda i tillvaron. En garvad psykospatient fångade sina två överläkares förskrivningsmönster, när hon inför rondens undrade om det var doktor Zyprexa eller doktor Cisordinol som var i tjänst just den dagen.

Det är inte lätt att veta vad man är ämnad för, men läkarutbildningen erbjuder den förmånen att man genom sina otaliga placeringar får prova var vingarna bäst bär. När jag gjorde min anestesiplacering fick jag återkopplingen: "du skulle kunna bli en bra narkosläkare, om du bara var mer bestämd". Under ortopedblocket av AT kände jag mig hela tiden som en gästspelare bland spikande gamängar. När jag slutligen kom till psykiatrin sa man kort och gott: "du passar här", vilket man ju kan tolka på olika sätt.

Egentligen tror jag att jag skulle ha trivts med valfri icke-opererande specialitet, jag går i vitt snarare än grönt. Under min medicinrandning blev en av klinikens mest erfarna överläkare min mentor. Under åtminstone någon månads tid yttrade han med jämna mellanrum: "för övrigt anser jag att du borde bli medicinare", med samma ihärdighet som romare Cato pläderade för att Karthago borde förgöras.

En överliggare vid Uppsala universitet, vilken försörjde sig som talare, gav sina åhörare rådet att söka ett arbete där de kunde vara sig själva. Detta är främsta anledningen till att jag blev psykiater. Lika bra att bli det man är.

**Mikael Tiger**  
Överläkare  
Psykiatri Nordväst, Stockholm



# Varför blev DU psykiater?



## ARPAD GREC

Överläkare i psykiatri  
Chefsöverläkare/läkarchef

*"Psykiatri ingår i den allmänna läkarutbildningen och eftersom jag ville bli duktig läkare så gjorde jag praktik inom psykiatri som studerande. Där upptäckte jag helt enkelt att jag gillade patienterna. Samtidigt fick jag mycket bra respons för mitt arbete. Det blev solklart att jag skulle specialisera mig i psykiatri. Plus att människorna här är lika udda som jag..."*

VUXENPSYKIATRISKA KLINIKEN  
SÖDRA ÄLVSBERG SJUKHUS

## En Pudel!

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

Foto: Shutterstock Roman Rybaleov



**Annons**

# Nya "Kliniska riktlinjer för tvångsvård"

Nu finns de nya "Kliniska riktlinjerna för tvångsvård" i tryck efter ett nära tvåårigt arbete. Från start var tanken att harmoniera detta arbete med en ny lagstiftning. Då det dragit ut på tiden bygger riktlinjerna på den nu gällande Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT).

## Kort historik

Den nuvarande lagen LPT infördes januari 1992 och ersatte då LSPV (Lagen om Sluten Psykiatrisk Tvångsvård). Det var ett ganska stort kliv med många förändringar för läkare och personal att förhålla sig till. Lite ytligt kan sägas att patientens rättssäkerhet stärktes i samband med att utskrivningsnämnd ersattes av förvaltningsdomstolar samt att det tvång och tvångsåtgärder patienten kan bli föremål för blev tydligare reglerat. Få av oss minns den 13:e lite gummiartade paragrafen i LSPV som hade följande lydelse:

*13 § Den som är intagen på sjukhus med stöd av denna lag får hindras att lämna sjukhuset och får i övrigt underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda honom själv eller omgivningen.*

Här fanns, tyckte dåtida lagstiftare, ett alltför stort och godtyckligt utrymme för att behandla patienten med det tvång man ansåg "nödvändigt". I den nyare lagen som de flesta av denna artikels läsare är väl förtroagna med, är det nu väsentligen annorlunda. LPT kom att ligga närmare ett modernare rättsmedvetande och också andra länders lagstiftning på detta område. En följd av LPT var att antalet vårdade med stöd av tvångsvårdslag i runda tal halverades. Idag tvångsvårdas cirka 12000 individer per år med stöd av LPT. Det är fler än vad som sätts i fängelse. Kunskap i dessa frågor där grundlagsskyddade rättigheter kan upphävas är självklart mycket viktiga.

## Varför nya kliniska riktlinjer?

När Svenska Psykiatriska Föreningen gav Tuula Wallsten samt en grupp ledd av henne uppdraget att ta fram kliniska riktlinjer för den psykiatriska tvångsvården, var siktet inställt på den kommande nya lagstiftningen som nu fortfarande är under beredning. När den nya lagen dragit ut på tiden så har gruppen fokuserat på den nu gällande lagen, LPT. Dessa riktlinjer får självklart arbetas om när en ny lagstiftning så småningom kommer. Skälen till att ändå komma ut med riktlinjer nu är flera:

- Mycket i psykiatrisk tvångsvård berör sådant som ofta inte är direkt reglerat i lagtext. Det rör sig om sådant som etik, dialog, delaktighet.

- Det förslag på ny lag som varit ute på remiss är till många delar väldigt likt den nuvarande lagen. De största förändringarna kommer gälla dem som idag vårdas enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Dessa kliniska riktlinjer berör inte specifikt den rättspsykiatriska vården.
- Det mycket stora arbetet inom projektet "Bättre Vård – Mindre Tvång" har pekat på att kunskap om vad som egentligen står i lagen, patientens rättigheter, vad som är tillåtet och inte tillåtet behöver förbättras. Det förekommer idag en del avvikelser från gällande lag på grund av bristande kunskap.

## Gruppens arbete

Arbetsgruppen domineras av personer som fortfarande arbetar ute i vården och då ofta konfronteras med tvångsvårdade patienter.

Vi samlades första gången 27 september 2010 och har sedan dess haft 19 stycken protokollförda möten med ett högt deltagande, många och livliga diskussioner. Vår utgångspunkt i arbetet var ett dokument som Lars Kjellin från Örebro varit med att ta fram. Han har tidigare suttit med i en arbetsgrupp som haft målet att arbeta fram gemensamma europeiska kliniska riktlinjer för tvångsvård. Den svenska gruppens arbete blev så pass bra att det fick stort genomslag. Detta var en bra startpunkt och utifrån detta dokument har vi sedan arbetat vidare. Vi har följt patientens väg genom vården från hemmet, via vårdintyg, ev. handräckning, kvarhållning, intagning, vård, rättsliga förhandlingar, ev. öppen psykiatrisk tvångsvård. Varje station motsvaras av ett kapitel. Sedan finns det också flera separata kapitel bland annat ett om barn och LPT samt ett om information och kommunikation.

Våren 2012 blev vi tillfrågade om synpunkter på det nya lagförslaget som då var ute på remiss och arbetade med detta under flera möten och bistod föreningen i deras remissvar.

Senaste halvåret har till stor del bestått av textredigering, korrekturläsning och enstaka kompletteringar, bland annat ett kapitel om vad allmänpsykiatrin bör veta om rättspsykiatrisk vård och LRV.

## Etik, delaktighet och patientinflytande

Dessa ord har vi genomgående försökt klä i text och via små patientvinjetter, diskussionsrutor, velat stimulera till fortsatt dialog ute i verksamheterna.

Något så komplext som psykiatrisk tvångsvård går aldrig att helt fånga i en lagtext. Alla vi som arbetar med att författa vårdintyg och fatta beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård är väl medvetna om detta. Det är också så att det som var förbjudet igår kan bli tillåtet imorgon och vice versa. Detta är ett svårt område som hela tiden rör på sig.

Det finns en aktuell tydlig utveckling som pekar på och kräver ökad delaktighet samt att patientens rättigheter tas till vara. All hälso- och sjukvård - även tvångsvården - är berörd av detta. Möjligheter hos patienter och anhöriga att informera sig själva, ha och framföra synpunkter, kan man ha olika uppfattningar om. Vår uppfattning är att detta är något att välkomna och möta - någon annan väg ser vi inte som möjlig. Hela syftet med tvångsvården är att den ska övergå till frivillig vård på sjukhus eller öppenvård så fort omständigheterna medger detta. Vi är övertygade om att detta nås snabbare med så hög medverkan och delaktighet från patient och närstående som är möjligt.

#### Till slut

Det vi hoppas på är att materialet nu kommer till skarp användning ute i verksamheterna. Målgruppen är i första hand personal inom psykiatri. Vi hoppas även chefer, politiker med ansvar för psykiatrisk tvångsvård kan ha nytta av dem. Vi är också övertygade om att en del patienter och anhöriga kommer att orientera sig i detta material.

Det lämpar sig väl för seminarier, studiecirkel och diskussionsunderlag. Men också såklart som en vägledning i hur den nu gällande tvångsvårdslagen LPT ska omsättas i praktiken för de patienter som kan vara i behov av psykiatrisk tvångsvård.

Den 7 oktober 2013, i Stockholm finns ett heldagsmöte i Gothias regi med anledning av de nya riktlinjerna. Här deltar flera av oss samt även extern medverkan som exempelvis filosofen Torbjörn Tännsjö. Väl mött!  
Se annons!

**För gruppen och foto:  
Herman Holm  
Överläkare psykiatri  
Malmö**

Synpunkter på de kliniska riktlinjerna vid psykiatrisk tvångsvård mottages tacksamt av Herman Holm på [herman.holm@skane.se](mailto:herman.holm@skane.se)

Presentation av arbetsgruppen hittar Du på vår hemsida [www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html](http://www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html)

Bilderna till höger tillhör artikel på sidan 90 men fick av utrymmesskäl hamna här.







## Frågan om självmord betraktad från många håll

### Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma

Jan Beskow, Astrid Palm Beskow, Anna Ehnvall  
Studentlitteratur, 2013

Boken *Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma* (Studentlitteratur 2013) av Jan Beskow, Astrid Palm Beskow och Anna Ehnvall är en av många böcker som diskuterar frågan om självmord. Eftersom många människor i landet tar sina liv och ännu fler försöker och åter ännu fler har tankar om självmord så berör ämnet det stora flertalet av alla människor som finns. Inte bara de som själva befinner sig i den suicidala tankefären berörs utan också personerna i deras nätverk omfattas av frågan.

För varje person som dött av självmord går det ungefär 10 personer som gjort ett självmordsförsök men överlevt. För varje person som dött av självmord är det ungefär 100 personer som har någon form av planer på hur ett självmord skulle gå till och upp till 1000 personer som har tankar om självmord i någon form. För de flesta av de personer som tänkt tankar om suicid är tankarna inte i sig vare sig allvarligt menade eller farliga utan får funktionen av att vara alarmklockor. Om äktenskapet är outhärdligt och tanken "en natt till i samma säng som min hemska partner är för mycket, hellre tar jag mitt liv" är ett exempel på en benign suicidaltanke, eftersom den oftast – om man inte är deprimerad eller berusad eller också annat är en katastrof – leder till insikten om andra lösningar, att hitta en annan partner eller försöka lösa konflikterna i relationen eller något annat.

Det finns många som skriver om suicidalitet och om suicidprevention. Ingångarna är många och olika. Man kan skriva med fokus på hur samhället på olika sätt kan ha beredskap för suicidal kommunikation och beredskap för att aktivt bemöta den lidande i olika lägen. Man kan skriva med fokus på hur skyddsåtgärder kan se ut – alltifrån broräcken till förstärkt elevvård. Man kan också skriva utifrån de riskfaktorer som finns relaterat till olika psykiatriska diagnoser, med fokus på hur behandlingen av de olika tillstånden också ska minska risken för suicid.

När det gäller den enskilde personens problematik kan olika psykologiska perspektiv betonas, det psykiska lidandet kan beskrivas och diskuteras på olika sätt. Beskow et al lägger suicidaliteten under ett annat raster. Författarna har alla arbetat med suicidprevention under längre tid och har tidigare skrivit flera böcker i ämnet tillsammans.

Denna bok kan ses som en sammanfattning av mångåriga erfarenheter, där ett sätt att se på självmordsfrågan och behandling vuxit fram. De psykologiska perspektiven är pragmatiska och med fokus på kognitiva strategier som visat sig vara till hjälp för att bryta suicidala mönster. Man diskuterar suicidaliteten *per se*, resonerar om hur suicidaliteten i vissa stycken inte är kopplad till specifika diagnoser, att den inte bara går andra tillstånds ärenden utan också är en egen röst, och som sådan nödvändig att beakta.

Boken går igenom hur tankarna om självmord verkar i olika dimensioner hos en person och ger med olika fall exempel på hur de mindre och hur de mer maligna självmordstankarna påverkar. En ingång till självmordsfrågan är att se handlingen som en psykisk olyckshändelse – som sådan blir själva självmordsmomentet en sista länk i en händelsekedja som till synes oundvikligt leder till målet, även om det på vägen inte fanns en direkt avsikt.

Jämförelsen med andras sorters olyckshändelser, som i trafiken, gör det möjligt att se parallellen och utifrån detta perspektiv blir det viktigt att göra noggranna händelseanalyser för att förstå hur olika moment hakar i varandra. De svaga länkarna i en kedjas händelser och impulser måste hittas och förstås, ibland ligger de hos den som lider, ibland någon annanstans.

Den som lider av livstvivels gör det av olika skäl. För många personer är självmordsfrågan en väg till en psykisk lösning på ett upplevt olösbart problem. För en person på flykt från ett land där hen riskerat att dödas kan osäkerheten på om man får stanna i ett nytt land vara livsfarlig och självmordet kan då upplevas som en utväg från denna hjälplöshet och maktlöshet. En deprimerad persons upplevelse av värdelöshet kan komma att göra att allt känns hopplöst och att skuldkänslor eller tyngdkänslor bidrar till en hjälplöshet och maktlöshet.

I båda dessa fall kommer vi behöva bidra med något specifikt som kan förstärka personens resiliens – förmågan att långsiktigt klara av påfrestningar och förändringar. Detta sätt att tänka kring behandling är inte självklart idag, det kräver att man från vårdens sida blir aktiv för att se var påfrestningarna tydligast finns och att ge stöd för att minska påfrestningen så att den egna styrkan kan öka.

Den deprimerade kan behöva läggas in på avdelning för att skyddas till livet, eller få hjälp med en sjukskrivning ifall arbetsplatsen utgör en alltför stor påfrestning, eller en serie aktiva samtal för att bringa reda i perspektivförlusten eller något helt annat.

Boken är intressant och värdefull för att den kombinerar de systemteoretiska perspektiven med frågan om det intrapsykiska. Här lyfts också fram värdet av att betona normaliteten och utvecklingsförmågan. Vikten av att tillsammans med sin patient identifiera viktiga bakgrundsproblem och att hitta andra sätt att förhålla sig till dessa belyses. En psykoedukativ modell presenteras där såväl omgivningsfaktorer som egna reaktioner från kropp och känsla och beteende beaktas. Det går inte att ta miste om författarnas engagemang kring frågan men trots det är bokens ton torr och saklig, inte så inbjudande.

En enstaka invändning har jag, utifrån mina erfarenheter av att tala om ämnet och utifrån möten med patienter. Det är en möjligen banal och onödig reflektion om vilka ord vi använder. Beskow förordar ordbildningar kring "suicid" framför ordbildningar kring "själv mord" med hänvisning till dess etymologi och till dess signifikans. Det förs en diskussion om att suicidbegreppet är mer "neutralt" eller något sådant, jag håller inte med. Det är lite som ordvandringar brukar vara kring begrepp som är laddade. Städare blir lokalvårdare blir ekonomibiträde blir ... Självt tycker jag suicid är ett alltför tekniskt ord, det förfrämjar ofta och låter mer tekniskt än personligt. Det kan å andra sidan vara en poäng i sig, att externalisera begreppet, så att det inte "ägs" av personen. Men själv föredrar jag att tala om "frågan om självmord" framför att tala om "suicidalitet".

**Daniel Frydman**  
**Psykiater, psykoanalytiker, psykoanalytiker**  
**Stockholm**

## Ny E-Bok i psykiatri

Första svenska E-boken i psykiatri som sätter in den nya DSM-5-diagnostiken i sitt kliniska sammanhang, utkom i september 2013. E-boken ger fakta och vägledning för den som snabbt vill ha en överblick av psykiatrins grunder. Sjukdomsbeskrivningarna är länkade till WHO's diagnosystem ICD-10 och tar också hänsyn till DSM-5.

E-boken innehåller bland annat psykiatrisk intervju och psykiskt status, undersökningsmetoder, väsentliga drag beträffande de stora sjukdomsgruppernas symtom, diagnostik och behandling.

E-boken är varje dag uppdaterad genom webblänkar till svenska och internationella myndigheter och organisationer, och till informationstjänster för hälso- och sjukvården såsom Socialstyrelsen, FK, SLS, SBU, SIDA, SI, kvalitetsregistret för psykiatrisk vård och den nya tillsynsmyndigheten IVO. Uppdaterad information om de psykiska sjukdomarna är aldrig längre bort än ett musklick, från över 23 miljoner referenser genom PubMed. Boken är också direktlänkad med Svensk Psykiatri till Svenska Psykiatriska Föreningens hemsida.

E-boken Psykiatri i fickformat av Lennart Wetterberg med ISBN: 9789198075106 är nedladdningsbar från nätet och kan läsas på dataskärmar och på de flesta läsplattor.

**Lennart Wetterberg**  
**Professor emeritus i psykiatri**  
**Karolinska Institutet**



## Nya mål, flera dimensioner, action Åtklämning av Bengt Berggrens psykiatriska korv

Jag blev psykiater för att arbeta med "gränssnittet" mellan medicinsk spetskunskap och patienter. Jag insåg att man inte alltid förstod varandra och att man hade olika förväntningar på vad som kunde åstadkommas och vilka biverkningar man fick räkna med. Från början ville jag därför syssla med konsultationspsykiatri. Jag hade nämligen också en rejäl utbildning i neurodiscipliner.

Men jag måste ju också lära mig psykiatri. Min specialistutbildning ägde rum på KS, öppenvård och jouter mestadels. Avdelningstjänstgöring valde jag, vilket var ovanligt, att göra på Beckomberga för att se vad som blev av alla patienter som man skickade iväg dit på jourerna. Jag ville se den tunga psykiatrin, den som tog hand om de svåraste patienterna när de var som sjukast. Klinikchefen Karin Rössel var imponerande i att ge en hygglig vård med humanitära drag trots mycket små resurser. Förhållandena på avdelningarna var tuffa för patienter och personal. Vårdinnehållet var huvudsakligen medicinering, husrum, mat och gränssättning. Eftervården var mycket begränsad och patienterna återkom ofta. Det var uppenbart att här fanns mycket att göra för den som ville. Jag hörde talas om "dr Bengt Berggrens korv". Han brukade likna psykiatrin vid en korv som var tjock på mitten (slutenvården) men att det inte fanns något utanför korven, alltså ingen vård tidigt i sjukdomsförloppet och ingen eftervård. Jag har kvar ett stort papper där han ritat sin korv. Bengt Berggren ville klämma åt korven på mitten så att det kom ut psykiatrisk vård i båda ändarna, alltså före och efter kriserna. Bra vård på avdelning är ju oundgänglig som del i en psykiatrisk vårdkedja, men vid denna tid (1970-talet) fanns nästan bara sjukhusvård och ofta riktigt dålig sådan. Det var självklart att man skulle arbeta såsom Bengt Berggren och andra beskrev och jag ville gärna vara med, först på Hässelby-Vällingbykliniken under pionjären Elisabeth Kahan med alla kompetenta medarbetare. Det kändes verkligen att det fanns en framtid med en bättre psykiatri och med en bra plats för mig själv, jag trivdes. Men jag hade fortfarande kvar ett ben i "liaison psychiatry", mest med neurospecialiteter och smärtteam.

Jag ville ha en lite större plattform att stå på och något uppdrag att utveckla något. Det fick jag som klinikchef på Farsta Vantör-sektorn under tio dynamiska och oerhört levande år. Jag hade duktiga medarbetare och vi gjorde ett bra jobb med precisering och förankring av uppdrag och visioner. Men några ville ändra och var bättre på att driva sina idéer än vi. Vår klinik gick upp i en större enhet, vilket jag fortfarande tycker var synd och jag ville inte delta i detta nya.

Jag hade ett gott samvete för vi hade verkligen gjort ett bra jobb. Detta gjorde det lite lättare och jag fick ändå acceptera den demokratiska processen - "shit happens". Vi hade haft mycket utbildningar på kliniken. Alla hade lärt sig att ta stort ansvar och se sin plats i en helhet. Jag är säker på att man kunde använda detta i nya sammanhang.

Jag klev snett uppåt där jag bl.a. arbetade med läkemedelsreformen och senare med ersättningsystem för psykiatrisk vård (aktuellt!). Det var ju lugnare (då) men jag gillade bättre att vara linjechef och gjorde ett in hopp på något år på annan klinik. Ett tag funderade jag på att söka något mer chefsjobb men avstod – jag var inte ung längre.

Man måste kunna påvisa behov och resultat av skattefinansierad vård, även psykiatrisk vård, tycker jag. Därför har jag gärna sysslat med projekt för uppföljning av psykiatrisk vård, t ex i SPF:s regi för ett antal år sedan. Tyvärr har den professionella metod som vi utarbetade för kvalitetsuppföljning inte alls använts. Man har i stället valt att räkna pinnar av enklaste slag och knyta ersättningar till dessa. Det ger produktivitetssiffror som pekar uppåt för man anpassar ju registreringarna så gott det går. Detta gläder kvartalspolitiker och en del andra, men inte alla. Jag tycker det är dåligt att medicinska proffs inte har tagit plats i dessa processer. Det har tagits fram ett antal indikatorer och pinnar av olika slag som vårdfolket plågas med att registrera, alltid i olika system, men man lägger ringa arbete och ringa kompetens på analysen av dessa mycket komplexa datamassor. Ibland undrar jag om mitt arbete för uppföljning och registrering bidragit i en negativ utveckling – hoppas inte.

Jag minns med stolthet att jag 1992 som motvikt till det registreringsraseri som då skulle lösa psykiatrins redovisningsproblem skrev ihop "Basåtagande för psykiatrisk sektorsklinik". Det kändes som ett lyft att kunna precisera vad man borde göra på en klinik och hur det kunde följas upp professionellt. Bifall från chefskollegor var en bekräftelse.

Som ung läkare var jag mycket forskningsfokuserad. Jag har sedan inte haft tid och kapacitet att ägna mig åt forskning inom psykiatri även om jag gjorde vissa försök i början. Min forskningsutbildning har jag haft stor nytta av ändå.

Under min period som chef hade jag alltid kontakt med patienter om än mindre än tidigare. Jag måste också släppa konsultationspsykiatri, tyvärr.

Efter pension har jag under 10 år återgått i arbete i den socialpsykiatriska psykosvården i Södertälje. Där fann jag att mitt kliniska kunnande verkligen kunnat nå ända ut till "active sites". Jag trivdes med att arbeta tillsammans med landstingets och kommunens personal. Jag kände att jag fick en bättre förståelse för olika faktorer i patienternas miljö som inverkar, positivt och negativt, på deras funktion och mående.

### **Sammanfattning**

Jag är mycket nöjd med mina yrkesval. Hade jag stannat kvar på labbet eller återgått till operationssalen hade jag aldrig fått vara med om lika mycket och nog inte heller gjort lika mycket nytta (SIC!). I psykiatri har min egen person varit ett arbetsinstrument – givetvis på gott och ont, men spännande.

**Jerker Hanson**  
**Docent, psykiater, f.d. chöf**  
**Stockholm**



# Rapport från ESCAP-kongressen i Dublin

ESCAP-kongressen hölls i år i Dublin. Varje morgon startade med två plenumföreläsningar. I en av dessa höll professor David Skuse från London en översiktsföreläsning om autism och DSM-5. Han kunde visa på att autismsdiagnoserna har ökat exponentiellt sista åren. Han redovisade en studie där man tittat på hur mammorna fyllde i skattningsskalor och där man kunde se att andelen barn som uppfyllde kriterierna för autism ökade kraftigt bara under ett par års mellanrum. Detta ställer frågan om det är en real ökning av barn med autism eller om vi nu har vidare kriterier för diagnos. Skuse var positiv till att man sammanförde diagnoserna inom autismområdet till en enda grupp, autismspektrumstörningar. Speciellt tyckte han att det var bra att ta bort diagnosen genomgripande störning i utvecklingen utan närmare specifikation, som han menade var en slaskdiagnos utan större värde. Han tog också upp att det finns en farhåga att barn och ungdomar som i dag får diagnosen Aspergers syndrom inte kommer att uppfylla kriterierna för autismspektrumstörning. Han menade dock att denna farhåga var överdriven.



*Lea Kalvo från Estland har fått kontakta med Elisabet Wentz och Maria Råstam.*

En intressant diskussion kom upp på ett seminarium där amerikanerna presenterade TEAM-studien (Treatment of Early Age Mania). I denna studie har man diagnostiserade sexåringar för bipolär sjukdom. Några från publiken protesterade och menade att de aldrig sett ett så litet barn med mani varav professor John Walkup replikerade att när man frågar vuxna med bipolär sjukdom så berättar de ofta att svårigheterna började när de var små men ingen förstod dem. Han menade att många symptom kan tas för att de är bråkiga, oförskämda osv. Hypersexualitet tolkas som att de är traumatiserade men kan också vara ett symptom på mani. Det är risk att vi är så kritiska att vi inte ser dessa barn.



*Breendan Doody och Carl Göran Svedin samtalar i en paus.*

Vid ett föredrag, som handlade om hur vi utbildar våra ST-läkare, fick vår japanska kollega frågan hur många patienter som han hade på en dag. Han svarade att han har 40 patienter per dag, men då arbetade han lite längre än 8 timmar för det mesta. Han berättade att det fanns 8 barnpsykiatriker på en befolkning på 5,5 miljoner i den regionen.

En läkare från London berättade om hur de följer upp läkemedelsbehandling. Jag fick bekräftelse att det är bra att använda telefonen för uppföljning. Efter ett besök på mottagningen så följde de patienter med korta telefonsamtal. Sex 10-minutersamtal tar lika lång tid som ett besök men man kan följa patienterna under längre tid. När de utvärderade detta så var telefontiderna mycket uppskattade av föräldrarna.

Ett av seminarierna handlade om sömn. Här beskrevs det hur sömnen regleras både circadiskt och homostatiskt. Circadiskt genom att vi har en inbyggd klocka i oss. Ofta är vi antingen morgonlärkor eller nattugglor, de sista är det vanligaste. Man beskrev också att man tenderar att bli mer morgonlärka när man blir äldre. Nattugglorna blir lättare deprimerade och sover ofta igen på helgerna. Homestasis betyder bara att hjärnan måste hämta igen sig genom sömnen. Man pratade om att en viktig funktion i sömnen är att etablera minnet. Det är känt att man minns bäst det som man lär sig strax före man somnar. Något som alla tentaläsande studenter utnyttjat.



*Ian Goodyear föreläste om ungdomar med beteendestörningar*

Professor Ian Goodyear har studerat ungdomar med uppförandestörningar. Han har genom hjärnabildning studerat hur hjärnan reagerar på olika stimuli som ansiktsuttryck och hur ungdomar med beteendestörningar reagerar jämfört med kontrollgrupp. Man såg inga skillnader mellan beteendegruppen och kontrollgruppen på hur de reagerade på olika ansiktsuttryck förutom på ett område. Personer med beteendestörningar reagerar mycket mer på neutrala ansikten jämfört med personer i kontrollgruppen.

Professor John Walkup pratade om studier om depression hos unga. I USA var det bara två studier som uppfyllde kriterierna för vetenskaplig standard. Dessa var TADS och TORDIA, vilka finansierades av NIMHs (National Institute of Mental Health). Ingen av studierna från läkemedelsbolagen höll måttet. I TADS kunde man se att fluoxetine och KBT var bättre än placebo.

Walkup pratade också om CAMS-studien där KBT och sertralin var lika bra och bättre än placebo på att behandla ångest.

Kongressen var detta år mer inriktad på forskningspresentation och mindre på att presentera kliniskt arbete. Styrelsen har uppmärksammat detta. Carl Göran Svedin, som är styrelseledamot i ESCAP, berättade att styrelsen nu arbetar för att ESCAP-kongresserna skall bli mer inriktade på att presentera kliniskt arbete. Kongressen är en bra mötesplats där man kan träffa andra barnpsykiatriker. Självt lärde jag känna Brendan Doody, barnpsykiatriker från Dublin som var "chairman" för kongressen. Han tog med Carl Göran Svedin och mig på en viktig hurlingmatch. Hurling är en gaelisk sport med gamla anor som jag aldrig tidigare hade sett men som var intressant och underhållande att se på.

På galamiddagen, som var mycket trevlig med god mat och fin irländsk musik, höll Irlands hälsominister Kathleen Lynch ett engagerat tal för barn och ungas rätt till ett bra liv. Hon nämnde i talet att hon brukade ringa till Brendan för att få lite råd. Något för svenska ministrar att ta efter?

Nästa ESCAP-kongress är om två år i Madrid. Jag hoppas att fler svenska kolleger hittar dit. För våra ST-läkare är det ett utmärkt tillfälle att kunna presentera sitt vetenskapliga arbete.

**Text och foto:  
Lars Joelsson  
Ordförande i SFBUP**

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **13/11**

## Varför blev DU psykiater?



### BRITA SVENSON

Överläkare i psykiatri

*"Jag blev psykiater för att jag tycker om mötet med människor och det har varit mycket meningsfullt att få arbeta med psykopat och deras anhöriga. Att vara med och utveckla, påverka vårdens innehåll och att arbeta för en attitydförändring när det gäller psykisk ohälsa"*

VUXENPSYKIATRISKA KLINIKEN  
SÖDRA ÄLVSBORGS SJUKHUS

**BOKRECENSION****Sju psykiatrer berättar.  
Om 40 år inom svensk psykiatri***Majken Ståhl m.fl.**Förlag och tryck: BoD 2013*

Temat för detta nummer av Svensk Psykiatri är "varför blev Du psykiatriker?". Vid sidan av denna grundläggande fråga kan ett par andra frågor ställas. "Vad fick Dig att välja att stanna kvar inom specialiteten" och "Hur fann Du din plats inom denna specialitet". Någonting, ofta komplext, har drivit oss att välja just denna specialitet av många tänkbara och så småningom finna de specifika arbetsomständigheter som kommer att utgöra den specifika plattformen för vår kliniska gärning.

**Den stora expansionen**

I boken *Sju psykiatrer berättar* får vi följa en grupp kollegors erfarenheter från 70-talet fram till idag, såväl inom allmänpsykiatri som barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri. Deras tjänstgöringar har varit spridda över landet dock med en tyngdpunkt i södra Sverige. De har gjort sina professionella erfarenheter under en dynamisk tidsperiod, med stora förändringar inte bara inom de psykiatriska disciplinerna, vilka expanderade, utan inom samhället som helhet. Ifrågasättandet av de vertikala hierarkierna under sent 60-tal och 70-talet innebar också en dramatisk förändring i relationerna mellan såväl patienter och behandlare som behandlare sinsemellan. Psykiatrin byggdes ut och solidaritet med utsatta människor var centrala i ett samhällspolitiskt perspektiv. Utbildningslandskapet blomstrade, inte minst vad gällde olika former av psykoterapi. Individuella initiativ uppmuntrades och det fanns goda möjligheter att utvecklas både som människa och professionellt, vilket inte hindrade konfrontation, konflikt och dramatiska motsättningar.

**Biologi och pedagogik växer och helhetsperspektivet krymper**

Med tiden tog förändringen gradvis en annan vändning. Expansionen förbyttes i viss restriktion, slutenvården minskades ner. På kunskapsplanet tillfördes forskningsfynd beträffande hjärnan, pedagogisk/psykoterapeutisk metodik och farmaka med färre biverkningar. Synen på den offentliga sektorn förändrades. Gradvis tycktes glappet öka mellan vad denna sektor förutsattes hantera och vilka resurser

den fick. Den politiskt/administrativa styrningen blev alltmer detaljerad. Även om psykoterapeutisk kompetens hos läkarna ansågs viktig krympte utrymmet för dem att använda denna kunskap i och med att deras roll blev allt mer medicinsk.

Författarna beskriver hur de försökte få utrymme förstå den enskilda människan utifrån hennes sociala och existentiella situation, men kom att allt mer mötas av ett stelt diagnostiserande som de uppfattade i allmänhet endast ledde till ett in- och utsättande av mediciner.

Själva mötet med patienten tycktes ofta bli ett intermezzo under vilket självskattningsskalor administrerades. Patientens upplevande poängsattes därefter för att kunna bearbetas i diagnostiska system och manualer. Av det följde för författarnas del en alltmer intensifierad konflikt rörande människosynen. Trivseln i arbetet kom att minska i takt med att upplevelsen ökade av att inte kunna ha utrymme för att ge patienten den behandling som skulle behövas. Så småningom kom de sju författarna att uppleva arbetssituationen som ohållbar. De omständigheter som ansågs nödvändiga för att kunna göra ett fullgott arbete i längden stod inte att finna inom den offentliga vården. Dessa sju psykiatrer fick möjlighet att bedriva sitt arbete i privat praktik.

**Äntligen" hemma"**

Deras beskrivningar av att kunna etablera en privat praktik präglas av en tillfredsställelse av att "komma hem". Det avspeglas i engagerade och nyanserade beskrivningar av hur detta nya professionella "hem" vuxit fram, utrustats och inretts. Här finns nu platsen för patienternas berättande och det professionella lyssnandet! Då tycks också en förnyad arbetsglädje ha infunnit sig. Kanske hade inte arbetsglädjen i patientkontakten i sig avtagit utan snarare skymts av "allt det där andra". Det var ju sällan patientarbetet i sig som vållat problem utan snarare konflikter och organisatoriska problem som utgjort hinder för kunna göra en professionellt tillfredställande insats för patienten.

### Yrke och privatliv

Huvuddelen av dessa texter fokuserar dock inte på valet att arbeta i privat praktik utan på hela författarnas livslopp och dess olika arenor under olika tidsepoker: barndomen och livet i ursprungsfamiljen, studier och yrkesval, familjebildning och professionell etablering och verksamhet. När det gäller yrkeslivet har författarna vissa gemensamma men också skilda fokus. Var och en av författarna väljer sina personliga tyngdpunkter inom den väv av förhållanden och erfarenheter som de presenterar. Det kan gälla sättet att tänka och arbeta som psykiatriker vad gäller teoretiska referensramar och metoder, beskrivning av arbete med särskilda patienter vilka gjort intryck. Det kan också gälla erfarenheter av sjukvårdssystemet vad gäller kollegor, chefer, administratörer och politiker – samarbete och konflikter.

### Välja psykiatrin

När det gällde val av specialitet uppgav några att psykiatrikursen och goda förebilder bland föreläsare och lärare hade bidragit. Böcker i psykologi man stött på liksom radioprogram hade också påverkat valet. De flesta hade haft vikariat av olika slag inom psykiatrin på ett tidigt stadium, vissa hade blivit starkt berörda av patienters livsöden och upplevt ett starkt behov både av att förstå deras lidande och att lindra det. Några hade påverkats av vänstervågens betoning av solidaritet med utsatta grupper och lockats av den nya socialpsykiatrin och dess människosyn. Några hade också kommit i kontakt med psykiatrisk sjuklighet i familj och nätverk tidigt i livet. I en av texterna finns också tankar kring psykiatikerrollen som garant för att befinna sig "på rätt sida" samtidigt med upplevelsen av att i grunden vara lik sina patienter.

### Rika texter

Författarnas texter har vuxit fram i ömsesidigt lyssnade och berättande under många år då medlemmarna i gruppen samlats för vidareutveckling och kompetensutveckling. Det är njutbar, spännande men av och till också smärtsam läsning inte minst därför att skildringarna har kvaliteter som når ut

betydligt utöver professionella rapporter. En anledning är att de är välskrivna och personligt hållna. Vissa avsnitt, inte minst sådana som skildrar barndom och uppväxt har ovedersägliga litterära kvaliteter i sin egen rätt. Författarna ger läsaren tillgång till sina drömmar och förhoppningar, misräkningar och glada överraskningar, till framgångsrik kamp och fruktlös, egen sårbarhet framför allt professionellt men även privat. Glädjen i att se sina patienter, inte bara få minskade symtom, utan också växa som människor är påtaglig.

Sätt att skildra erfarenheterna präglas hela tiden av ett reflekterade, ett granskande av både sig själv och andra centrala personer och viktiga händelser. Författarna stannar upp och urskiljer linjer och teman, är problematiserande men angelägna att inte uppfattas som polariserande. På ett generöst sätt låter de läsaren komma nära deras kliniska vardag. Det är spännande och imponerande att få ta del av deras berättarkonst och följa dem på den väg de dittills har tillryggalagt i sin resa genom livet.

### För vem

Boken vänder sig till alla med ett levande intresse för psykiatri, psykologi, samhällsutveckling och idéhistoria. Texterna får en dock särskild relevans för läsare som gjort en egen resa inom vuxenpsykiatri, barn och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri under samma epoker. Men deras framställningar formar sig också till en mångfacetterad karta över psykiatrins utveckling, politiskt/ideologiskt, teoretiskt/metodologiskt och organisatoriskt, vilken kan vara av stort värde för envar som arbetar inom detta fält. Det är bara att tacka var och en av författarna för deras bidrag med förhoppningen att dessa läses inte bara av kliniskt verksamma behandlare och kollegor utan också av politiker, administratörer och patienter.

**Björn Wrangsjö**

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm**



**Annons**



## Därför? blev jag psykiater

När jag var 3 år blev min farbror och gudfar Bubbu sjuk. Han blev inlagd på Sätters sinnessjukhus där han fick stanna flera år. När jag var sju år flyttade han hem till oss och hjälpte till att bygga vårt nya hus i ett egnahemsområde i utkanten av Västerås. Han var snickare, byggde garderoberna, inklädda med masonit, förlorade sig i detaljer. Många år senare fick jag höra att han gjort min pappa livrädd när han kastade en hammare efter pappa, därefter fick han något annat arbete och flyttade till ett hyresrum.

Vi (mina föräldrar, jag och min lillebror) åkte regelbundet till Säter och hälsade på, en lång resa med tåg innan vi köpte vår första bil när jag var fem år. En gång fick vi inte träffa honom eftersom han var på Stormen sedan han kastat en personal nedför trappan. Då följde en av hans vänner, som vi tidigare träffat, med oss på picknick. Vi gick förbi en plats med vita brädor med siffror. Jag frågade vad det var, fick veta att det var en kyrkogård där patienter som inte hade släktingar som de kunde flytta till, begravdes när de dött. Jag visste att Bubbu senare skulle flytta hem till oss, men hans vän som var snäll och fick röra sig fritt på området, han hade inga släktingar och skulle få vara kvar.

Ibland var Bubbu arg på mina föräldrar, framförallt på Mamma. Då ville han inte träffa dem men tog med mig in till sin avdelning. Jag minns hur jag satt på hans arm och han visade upp mig för de andra männen på avdelningen. De satt i sina sängar, såg rufsiga ut. Bubbu var på gott humör och de ville klappa mig.

Vi kunde veta hur han mätte och skötte sig utifrån vilken avdelning han för tillfället vistades på.



Det fanns en arbetsterapi som han fick vara på när han hade frigång. Där gjorde han fina julklappar till mig och min bror, jag har fortfarande kvar pallar han gjorde och en dockvagg.

Jag tyckte synd om Bubbu och hans kompisar som var på sinnessjukhuset.

Bubbu levde resten av sitt liv i Västerås, var händig, arbetade som vaktmästare, blev aldrig återinlagd. Jag och mina barn var nog de personer som han brydde sig mest om.

Jag visste att han var "snäll" även om man inte kunde prata om vad som helst med honom och han hade många "egna" idéer.



Ett par år efter att Bubbu blev sjuk blev en av mina fastrar, min gudmor, deprimerad och inlagd på Umedalens sjukhus. Hon träffade en man där som var lobotomerad. De förlovade sig och ville gifta sig. Då blev min faster tvångssteriliserad och sörjde resten av sitt liv att hon inte kunde få barn.

Jag påbörjade mina universitetsstudier med sociologi 1968. Då diskuterades "sociopatutredningen", "stämplingsteorier", mentalhälsokampanjen, miljöterapi mm. Det fångade mitt intresse, påminde mig om mina upplevelser som anhörig. Jag ville inte att andra skulle behöva ha det som de haft det i början av 1950-talet. Efter tre terminers sociologistudier började jag på psykologlinjen men gick där bara ett år innan jag började läsa medicin, ville bli psykiater för att om möjligt vara med och utveckla en human psykiatri.

Under studiernas gång var det så mycket annat som också var intressant så jag trodde inte att jag skulle bli psykiater. Trivdes dock mycket bra under psykiatritjänstgöringen när jag gjorde min AT. När det var dags att söka FV som specialiseringstjänstgöringen då hette, skulle man i Uddevalla starta en första Steg 1-utbildning, det gjorde att jag åter blev intresserad av att bli psykiater.

Några år senare, när jag gick i egenterapi insåg jag hur rädd jag varit för min farbror samtidigt som det var viktigt för min familj att hålla honom på gott humör.

Jag hade blivit medveten om att paranoidea personer uppskattade mig som läkare samtidigt som jag blev psykiskt trött av dem. Jag kom på hur jag hanterade min rädsla genom att vara "snäll" och anpasslig. Inte särskilt professionellt. Jag undrade om mitt yrkesval hade styrts av att få någon sorts makt, för att hantera min rädsla. Det kändes inte rimligt, jag tänkte att jag ville jobba med något helt annat. T.ex. utbilda mig till trädgårdsarkitekt.

Men jag och min man hade tre små barn, inte läge att göra något helt annat...

Sedan jag var barn hade jag haft en återkommande dröm om att jag var i ett hus där jag upptäckte att det inte gick att stänga eller låsa dörrarna, brukade känna mig lättad när jag vaknade. När jag insett sambandet mellan min farbror och mitt yrkesval frågade jag mina föräldrar om hur det varit när Bubbu blev sjuk. När han började bli sjuk fick han flytta hem till oss.

Han blev tilltagande aggressiv och hotfull. Sista kvällen innan han blev inlagd hade de låst in mig i sovrummet för att skydda mig, i flera timmar hade han bankat på dörren och skulle in till mig och hotat mina föräldrar, framförallt mamma. Pappa hade stått vanmäktig mitt emellan. Sedan de berättat om den episoden, som jag inte minns, var nog nyss fyllda 3 år, försvann drömmen!

Så nu går jag snart i pension efter att i många år ha arbetat som öppenvård psykiater, vidareutbildat mig till psykoterapeut och handledare och utbildat många i grundläggande psykoterapi.

Jag har haft ett fantastiskt arbetsliv med många spännande möten. Kontinuiteten har gjort att jag kunnat följa många personer i många år och också fått se många bli friska efter stort lidande. Hela tiden har jag sett fram emot den dag då alla kliniken psykiatertjänster skulle vara besatta, och psykolog och andra tjänster i teamet, för att möjliggöra en bra behandling. Den visionen har jag inte fått uppleva ännu, men kanske så småningom, många duktiga ST-läkare är på väg...

Mina barndomsupplevelser har alltid följt mig, fått mig att förstå mitt eget fungerande och motiverat mig till att försöka bidra till att ge en sådan vård som jag önskar att mina faddrar skulle ha erbjudits.

Samtidigt har det varit viktigt att ha ett eget liv med många intressen utanför arbetet.

**Ebba Holmberg**  
Överläkare  
Psykiatriska kliniken  
NU sjukvården



## Lite funderingar kring varför jag blev psykiater

Jag blev intresserad av psykiatri när jag gick psykiatrikursen i Malmö 1979. Det känns som att det var längesen och det är det ju. Vi hade som kursledare professor Lennart Kaij som var mycket dynamisk och som väckte intresset för området. Professor Kaij hade mycket spännande föreläsningar med videoinspelningar av patienter. Ett patientfall som vi såg på video handlade om en patient med icke regressiv schizofreni som hade ont i brosket. Jag kan också erinra mig en videoinspelning där en patient redogjorde för sin anhedoni, på ett både smärtsamt och rörande sätt. Han berättade om känslor som han hade haft i relationer med nära anförvanter och dessa känslor var borta efter det att psykosen debuterat. Det är ju många minnen av patienter som ligger och gör sig påminna ibland.

En av patienterna på avdelningen hade en säl i huvudet. Det blev problematiskt när sälen liksom flyttade sig inne i huvudet. Jag tyckte att det var oerhört fascinerande att man kunde ha en sådan vanföreställning. Det tycker jag fortfarande.

Jag och ett par av mina kurskamrater var kandidater på professor Kaijs avdelning och vi träffades varje vecka för handledning och genomgång av vad som hänt på avdelningen och så skulle vi redogöra för samtal vi haft med patienterna. En av mina patienter hade inte någon större lust att prata med mig, vilket jag tyckte var frustrerande. Denna patient var som jag kommer ihåg det sensitiv och uppskattade nog inte den ambitiösa kandidatens frågor alls. Jag fick ge upp helt enkelt. Det var också spännande att se hur bra en del förstagångsinjuknade psykospatienter kunde bli. Denna erfarenhet gäller ju fortfarande vid psykosjukdom, att förstagångspsykos kan gå restlöst förbi och sedan blir det ju fortlöpande sämre vid flera skov.

Vi fick också ett kompendium med psykoanalytisk terminologi där olika personlighetsvarianter beskrevs t.ex. den anala personligheten och den orala, speciellt om man hade den orala personligheten var det illa (då blev man fet), men det var inte mycket bättre med den anala, då var man snål, rigid och trångsynt.

Denna terminologi tyckte jag var lite provocerande och man kunde ju inte låta bli och fundera på vilken sort man kunde vara själv.

Jag gjorde innan AT lite utflykter till onkologin, men det kändes för sorgligt helt enkelt. Kanske är det lättare att möta dödsrädsla och svåra upplevelser när man är lite äldre.

Så efter AT blev det St Lars gamla sinnessjukhus i Lund. Jag började på dåvarande forskningskliniken hos professor Nyman som också var en fascinerande man, intelligent, beläst, och intellektuell och som samtidigt visade mycket värme i sina relationer med patienterna. Den lokala husguden var då professor Karl Leonhard, och på ronderna skulle man som yngste underläkare formulera diagnosförslag enligt Leonhards fascinerande och omfattande diagnossystem. Psykiatrisk diagnostik tycker jag också fortsatt är mycket intressant och allra mest intressant är att lyssna på patienternas berättelser och då passar det väl bra med citatet ifrån Ekelöf att "en värld är varje människa"... Sedan har det ju varit en spännande utveckling med all hjärnforskning och även forskning som fokuserar på psykiatri.

Jag tror också ibland att det kan vara svårt att bejaka sina böjelser åt det psykiatriska hållet pga. den dåliga status och de fördomar som finns om psykiatri. Flera äldre släktingar blev lite bestörta över mitt val och tittade lite konstigt på mig och en del fick farhågor att jag skulle titta konstigt på dem efter lite psykiatrisk träning och kanske kunna läsa deras tankar. Jag fick råd att inte vända mig om i onödan och andra tyckte att man kastade bort en bra karriär. En ingift rationell civilingenjör, menade dock att speciellt i denna specialitet behövdes vettiga doktorer.

Så till slut blev det i alla fall den psykiatriska specialiteten och det har jag inte ångrat.

**Cecilia Mattisson**  
Sekreterare SPF

# Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen



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

**Inför SPK 2014 i Göteborg efterlyser SPF en dragspelande medlem.**

Kontakta Stina Djurberg  
([stina.djurberg@bornet.net](mailto:stina.djurberg@bornet.net))

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

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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





## Vårmöte i kylslaget Helsingfors

**Som nybliven svensk delegat anlände jag till ett regnigt och kyligt Helsingfors för att delta i UEMS Section of Psychiatrys vårmöte. Det skulle senare visa sig att den kreativa och varma atmosfär som präglade detta möte väl kompenserade utomhustemperaturen.**

Inför mötet hade jag försökt sätta mig in i den snåriga skog av förkortningar som tycks utmärka europeiska läkarorganisationer och deras samarbetsorgan och för den intresserade finns ett utmärkt «lexikon» på Läkarförbundets hemsida.

Vad är då UEMS? UEMS - The European Union of Medical Specialists - bildades 1958 och dess främsta syfte är att skapa hög och likvärdig nivå på läkarnas specialistutbildning i Europa.

För att underlätta målet med en rölig arbetsmarknad för läkare i Europa bildades 1962 UEMS specialistsektioner. Dessa sektioner representerar de vedertagna specialiteterna i varje medlemsland. Sektionerna utarbetar rekommendationer för koordinering och harmonisering av specialistläkarutbildningen inom varje specialitet.

UEMS verkar främst genom s.k. lobbyverksamhet gentemot EU-kommissionen och har således starkt bidragit till dagens regelverk för specialistutbildning inom EU.

UEMS är också involverade i ackreditering av CME (Continuing Medical Education) samt CPD (Continuing Professional Development).

UEMS bevakar även generella frågor som hälso- och sjukvårdens organisation, arbetstider och patientsäkerhet i de olika medlemsländerna.

Mötet i Helsingfors samlade 20 delegater från 14 länder. Dessutom deltog två representanter från EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees), en representant från EPA (European Psychiatric Association) samt två observatörer från Marocko.

Första dagen ägnades åt finsk psykiatri. Ordförandeskapet sköttes av universitetslektor Tanja Svirskis, Helsingfors Universitet.

En genomgång av det finska sjukvårdssystemet avseende psykiatri gavs av dr. Minna Valkonen-Korhonen, ordförande i Finska Psykiatriska Föreningen (firar 100-årsjubileum i år). Nationella problem i Finland är det ökande antalet sjukskrivningar där det för kvinnor domineras av depressioner och för män alkoholrelaterade diagnoser. Antalet suicid är högt. En positiv utveckling tycks dock vara att attityden gentemot psykisk ohälsa förbättrats och patienterna söker i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet.

Professor Erkki Isometsä gav en översikt av specialistutbildningen i Finland följt av trainee-perspektivet (ST) speglat av dr. Marika Sountaka. Tillgång på handledare är ett nationellt problem i Finland och rekryteringen av ST läkare är låg. Antalet specialister i Finland beräknas till 22/100 000 invånare vilket kan jämföras med Schweiz som har 42 specialister/100 000 invånare, det högsta antalet i Europa.

Under senare delen av dagen presenterade ordförande dr. Marc Hermans UEMS organisation och delar av dess verksamhet. Syftet med denna presentation var att inbjuda representanter för specialistutbildningen i Finland fick tillfälle att diskutera på vilka sätt UEMS kan bidra till utveckling av en bra specialistutbildning i Finland.

Speciell uppmärksamhet ägnades åt UEMS inspektioner av utbildningsinstitutioner, handledning och psykoterapi. Det framfördes önskemål om att UEMS bör jobba med rekrytering till vår specialitet bland annat genom att definiera vår specifika kompetens som psykiater.

Senare under dagen blev det besök på Universitetssjukhusets vårdavdelningar. Jag hade förmånen att få besöka den svenskspråkiga vårdavdelningen (Helsingfors har en minoritet av svenskspråkiga invånare) under ledning av dr. Michael Riska. Personaltätheten är hög och avdelningen präglades av lugn och harmoni. Bältesläggningar används mycket sällan. Som svensk psykiater blir man förvånad över att se en akutavdelning möblerad med bl.a. vitrinskåp innehållande prydnadsföremål av ömtåligt porslin. Enligt uppgift sker det ytterst sällan någon skadegörelse. Kan det möjligen ha att göra med personaltätheten, undrar jag...

Dagen avslutades med bastubad i Finska läkarförbundet lokaler och efterföljande middag. Det bjöds också på levande vacker musik. En skönsjungande sopran och f.d. psykiater bjöd på vokalverk av J. Sibelius ackompanjerad på flygel av ytterligare en kvinnlig psykiater!

Andra dagen följde sedvanlig agenda med bl.a. genomgång av närvarande respektive frånvarande medlemmar. Det konstaterades att till folkmängden stora länder som Italien och Frankrike inte var närvarande och inte heller betalat sina avgifter till organisationen! Några länder såsom Rumänien har visat intresse för medlemskap i UEMS. Marocko var inbjudna som observatörer och en plan finns för att utvidga möjligheten för fler länder att kunna delta med observatörer.

Det förrättades val av två vicepresidenter, var och en med olika uppdragsinriktning. Dr. Andrew Brittelbank kommer att fokusera på traineefrågor fr.a. «Quality framework for Psychiatry» och dr. Dan Georgescu ansvarar för frågor rörande CME-ackreditering.

Professor Paul Hodiamont redogjorde för UEMS inspektioner av utbildningsinstitutioner. Nyligen har man genomfört en inspektion (s.k. Audit visit) i Finland. (För Sveriges del ligger vi redan långt framme med SPUR-inspektioner.)

Professor Jose Luis Ayuso-Mateos presenterade det s.k. ROAMER-projektet (A Roadmap for Mental Health Research in Europe) vars främsta syfte är att genomföra en 10-årsplan för att identifiera prioriterade forskningsområden inom psykiatri, samt identifiera områden inom psykiatri där det saknas eller finns otillräcklig forskning. Dessa resultat skall sedan tjäna som vägledning vid fördelning av anslag till forskning. Flera länder finns representerade i detta samarbete och för Sverige sker det inom ramen för Nordic School of Public Health i Göteborg.



Möte avslutades med att varje delegat gav en kort exposé av professionell utveckling och utbildningsfrågor i respektive land.

Sammanfattningsvis beskrevs från flera länder rekryteringsproblem till psykiaterutbildning. I Spanien har många seniora psykiater som tidigare kunnat arbeta upp till 70 års ålder sagts upp vid 65 år p.g.a. det ansträngda ekonomiska läget i landet, utan att dessa ersatts av yngre kollegor. I Schweiz har en nyligen genomförd lagändring gjort det möjligt att öppna privata mottagningar vilket lett till att den offentliga sjukvården dränerats på specialister. I Danmark har dock den nedåtgående trenden väntats så att nu ca 6 % av medicinstudenterna uppger att de vill bli psykiater från tidigare endast 1 %!

Mötet präglades trots de dystra rekryteringsprognoserna av energi och framtidstro. Jag lämnade Helsingforsmötet inspirerad, stimulerad och med tillförsikt inför framtiden i detta internationella samarbetsorgan.

Nästa UEMS Section of Psychiatry-möte planeras till 10-12 oktober 2013 i Lissabon.

**Foto och text:  
Maria Markhed  
Överläkare  
Akademiska Sjukhuset, Uppsala  
UEMS-delegat**



## **Svenska läkarstudenter utomlands – ljusnande framtid i svensk psykiatri!**

Att det råder brist på psykiater och att behovet av nya specialister de kommande åren är skriande har nog inte undgått någon. Det är därför vi med glädje vill förmedla denna korta rapport om en tvådagars-konferens i Stockholm för utlandsstudenter i bristspecialistområdena allmänmedicin och psykiatri, för att påvisa att det finns ljus i horisonten.

”Jag var lite nyfiken på psykiatri innan jag kom hit, men efter det här har jag bestämt mig!”, sa en av de utomlandsstuderande läkarstudenterna som kom till sommarskolan i psykiatri som SKL, SPF och SLUP med flera anordnade för andra året i rad. Hon liksom drygt 60 andra studenter i slutet av sin utbildning fick möjlighet att träffa sina framtida arbetsgivare i Sverige i form av verksamhetschefer och studierektorer från psykiatri och allmänmedicin 22-23 augusti i Stockholm. Under mingeltid gavs möjligheten till att knyta nya kontakter inför kommande anställningar.

Första dagen bestod av inspirerande föreläsningar om framtidens utmaningar och möjligheter inom psykiatri och allmänmedicin samt lite matnyttigt om AT och ST i Sverige.

Ing-Marie Wieselgren lanserade en ny idé om en distanskurs för svenska utlandsstuderande läkarstudenter om det svenska systemet i klinisk vardag med inriktning på psykiatri och allmänmedicin. Intresset för en sådan kurs visade sig direkt med 30 studenter som skrev upp sig på lista för att delta i en pilotgrupp. ”När startar den?! Hinner jag gå den innan jag är färdigutbildad?” undrade flera. Distanskursen är ännu i sin vagga och det är viktigt att dra lärdom av alla platser i landet som bedriver verksamheter som introducerar läkare som inte utbildats i Sverige.

Utomlandsstuderande läkarstudenter från Sverige beräknas till knappt 3000 personer, de har varit tillräckligt driftiga för att ta sig ut i världen för att få bli läkare, de har uthållighet för att klara en utbildning på ett annat språk och de talar svenska. Vi har all anledning att försöka få dessa till arbete inom svensk psykiatri. Många kom fram till SPF:s och SLUP:s gemensamma monter och ville veta allt, från hur kursutbudet genom METIS-projektet ser ut till om det är farligt på en psykiatri i Sverige.





sommar anställde inte mindre än tre svenska underläkare som utbildar sig i Polen. En av dessa är en av de undertecknade som nu är nyanställd AT-läkare med psykiatriintresse i Sundsvall. Många andra landsting fanns representerade och det märks klart att de nu satsar stort på utlandsstudenter då dessa utgör en stor framtida rekryteringspotential inte minst för psykiatrin. Alla vill vara med och få en del av kakan av de nybakade svenska utlandsstudenterna.

De överväldigande positiva reaktionerna från studenterna på konferensen borde egentligen inte förvåna en. Psykiatrins sommarskola dag nr 2 modererades av Fredrik Åberg och bestod av det senaste inom hjärnforskningen av Simon Cervenka, historisk forskning i psykiatri av Malin Appelqvist, psykiatriska gåtor med Göran Rydén, personliga reflektioner av Hanna Edberg och filmseminarium som avslutning med Maria Larsson (inklusive popcorn).

**Ärligt talat, hur kan man inte välja psykiatri efter en sådan dag?**

Den gångna sommaren har dessutom många utlandsstuderande fått chansen att för första gången vikariera som underläkare inom den svenska vården. Detta efter att Socialstyrelsen, i linje med de flesta andra europeiska länder, från och med i år tillåter alla utlandsstuderande läkarstudenter att vikariera på lika villkor som de svenska läkarstudenterna efter termin nio.

En av de platser som uppmärksammat detta är Psykiatrikliniken på Sundsvall-Härnösands Länssjukhus som i

**Martin Ahlström**  
AT-läkare, Sundsvall

**Tove Janarv**  
ST-läkare Psykiatri Nordväst, Stockholm, och METIS-projektet  
Ledamot i SLUP-styrelsen.

Varför blev DU psykiater?



**NINI WINBERG**  
Överläkare i psykiatri

*"Jag visste tidigt att jag ville arbeta med människor med psykisk ohälsa. Jag kom inte in på mentalskötarutbildningen. Blev då så inspirerad att jag beslöt mig för att studera till läkare och bli psykiater"*

VUXENPSYKIATRISKA KLINIKEN  
SÖDRA ÄLVSBERG SJUKHUS

**Annons**





## Ett svårt val

Att jag skulle bli läkare visste jag redan vid 13 års ålder. Ämnesområden som handlade om biologi och naturkunskap var de roligaste i skolan. Inspirationen kom också från min far som hade ett intresse för människan, vår härkomst, men även för forskningsrön och utveckling. Han hindrades att ge utlopp för intresset då en utdragen militärtjänstgöring under andra världskriget ledde till att han måste arbeta mer än heltid efter krigsslutet för att komma i kapp ekonomiskt för att försörja fru och barn. Ytterligare ett incitament för mig var att jag ville undvika den kvinnliga rollen som hemmafru då jag såg nackdelarna i min egen familj. På den tiden var det inte helt självklart med en yrkeskarriär för kvinnor.

Att välja psykiatri var ett svårt val eftersom det var ett ämnesområde som hade låg status och ansågs vara ovetenskapligt på den tiden. Jag hade dock tidigt ett intresse för psykiatri inspirerat av Nils Haak, en av Sveriges främsta företrädare för psykodynamisk psykiatri på 70-talet. Jag kom i kontakt med honom genom bekanta till mina föräldrar och kom att bli hans adept några år under 70-talets mitt.

Mitt första läkarvikariat skulle därför bli inom psykiatrin på Långbro mentalsjukhus under sent 70-tal. Jag avskräcktes av miljön och insåg att psykodynamisk grundsyn visserligen gav mig ett "redskap" i kontakten med patienterna men kunde inte tillämpas som behandlingsmetod på dessa svårt sjuka patienter.

Vården var i allt väsentligt sjukhuscentrerad och öppenvården fick skötas från slutenvårdsavdelning. Det innebar att insatser för utskrivna enbart gjordes när det var akuta situationer. Jag minns särskilt en episod då jag, som inte ännu var examinerad doktor, fick leda en akututryckning hem till en patient som förmodats begått självmord. Vi såg genom lägenhetens brevinkast att patienten låg på golvet med ansiktet nedåt. Det var bråttom att få tag på anhöriga med nycklar och, när inte det gick, kontaktade jag polisen som snabbt var på plats och bröt upp låset. Patienten visade svaga livstecken, ambulans tillkallades och livet gick att rädda. Jag hade svårt att gå tillbaka till arbetsplatsen på mina skakande ben.

Jag beslutade mig för att inte bli psykiater eftersom vården var fruktansvärt inhuman och behandlingsmetoderna långt ifrån den idealbild som psykodynamisk psykiatri förespråkade. Efter avslutad AT-tjänstgöring valde jag därför att vikariera på en ögonklinik på KS. Intresset för psykiatri kvarstod dock och jag bytte efter något år till ett vikariat vid Karolinska Sjukhusets psykiatriska klinik. Det var en helt annan värld än på Långbro. Patienterna blev mycket väl behandlade och det bedrevs mycket forskning. Jag kom därför att ansöka om ett specialist-block (kallades då FV-block) på KS och blev också engagerad i forskningen. Jag har aldrig ångrat mitt val. Psykiatrin omfattar både akademiska, medicinska och evidensbaserade metoder men också kreativa, humanistiska och emotionella inslag i mötet med patienten. Specialiteten har dessutom utvecklats mer än de flesta specialiteter vilket också har varit spännande att uppleva.

**Lena Flyckt**

**Ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen**

# Långvarigt stillasittande – en hälsofara i tiden även för psykisk ohälsa!



## Att sparka in öppna dörrar?

Brist på rörelse har en enorm påverkan på vår hälsa. Att ta upp det igen, kan betraktas som att sparka in öppna dörrar. Jag tar risken att bli tjatig och ger det några meningar ändå. Att det primärt gör oss sjuka att ha för fysiskt inaktiva liv och att fysisk aktivitet kan rätta till en hel del och till och med bota, tål att upprepas!

Inom vårt område är det ännu inte självklart att ta med råd om fysisk aktivitet, men börjar bli en naturlig del av behandlingen. Forskning kring huruvida fysisk aktivitet har effekt vid depression eller inte böljar lite fram och tillbaka med olika systematiska översikter. Som ett exempel. Men det finns mycket att vinna på att stötta våra patienter till att röra sig mer och gott om stöd i riktlinjer och liknande dokument, så vi kan nog inte längre låta bli.

## Stillasittande - en hälsofara?

Långvarigt stillasittande är ett relativt nytt forskningsområde som kan sägas vara kusin till forskning om fysisk aktivitet och inaktivitet.

Att vara stillasittande är en egen, oberoende riskfaktor. Mycket kortfattat uttryckt så innebär det att även om en individ sportar, går på gympan tre gånger i veckan, men för övrigt har ett stillasittande liv påverkas både hälsan och livslängden. Mer om detta längre fram i artikeln.

## Första boken om stillasittande

Boken "Långvarigt stillasittande - en hälsofara i tiden" kom ut för någon vecka sedan på Studentlitteratur (1). Redaktör har varit Elin Bak Ekblom, doktorand på GIH och det är många medförfattare.

Boken ger en grundlig genomgång av vad begreppet stillasittande innebär, hur man i forskningen mäter och dokumenterar, stillasittandes speciella fysiologi och hur

sambandet med det så kallade sjukdomspanoramata ser ut. Hur diabetes, metabolt syndrom, hjärt-kärlsjuklighet och cancer påverkas beskrivs. En stor del av boken ägnas åt att ge kött på benen från klinisk vardag och olika professioners syn på sitt arbete, med stillasittande för ögonen, finns med.

## Den psykiska hälsan?

Hur ser det ut för psykiatrisk sjuklighet och psykisk ohälsa? Ett kapitel i boken tar upp frågan och försöker svara på den. Det är begränsat med studier än så länge, där man antingen primärt kikar på detta eller i redan insamlat material kan vaska fram sambandet. MEN alldeles oavsett detta och att det bara är försiktiga data, så verkar det ha ett samband.

I en systematisk översikt från 2010 av Teychenne och medarbetare (2)

analyserades elva studier, sju var observationsstudier (varav två longitudinella) och fyra interventionsstudier med fokus på sambandet stillasittande och depression. För att mäta stillasittande använde man sig av "proxys", i sammanhanget andra beteenden som innebär stillasittande, exempelvis TV-tittande, datoranvändande och internetsurfande. Man såg ett samband åt det positiva hållet, även om det varken var entydigt eller helt lätt att tolka. Till exempel så kunde den sociala aktiviteten och samvaron, om än i cyberrymden, ge ett "tillskott" till psykisk hälsa. Så vad den stillasittande aktiviteten innehöll spelade roll.

Ur den något färskare stora amerikanska populationsstudien NHANES (3) vaskades data om stillasittande och depression fram. Via accelerometri och PHQ-9 såg man bland annat att ju längre stillasittande ju högre risk för depression, detta var särskilt tydligt när man jämförde gruppen med kortast tid och den med längst tid. Man hade delat in hela studiepopulationen (n = 2862) i kvartiler.

Dessutom så utgjorde övervikt och fetma en större risk för depression ju mer stillasittande tid man hade.

Sedan boken skrevs har Teychenne och medarbetare publicerat ytterligare en systematisk översikt där man tittar på postpartum-depressioner (4) och kommer fram till att även här verkar fysisk aktivitet reducera risken.

Försiktiga rön med andra ord, men så är ett långvarigt stillasittande en risk även för psykisk ohälsa.

### **Kroppslig hälsa då?**

Om man ser till patientens hela hälsa så måste den kroppsliga inbegripas och här finns en bred och trygg kunskapsbas att luta sig emot, när det gäller risken med att sitta stilla för länge. Sambandet sågs till att börja med i stora populationsstudier. Tidigt ute var Katmarzyk och medarbetare som såg att självrapporterat stillasittande hade ett klart samband med både total dödlighet och dödlighet i cancer. Här såg man att även om en individ var fysiskt aktiv några träningspass i veckan, men hade en stillasittande tillvaro för övrigt så var det en klar risk. Kallas "den aktiva soffpotatisen".

### **Bli en "breaker"!**

Är det svårt att ändra beteendet stillasittande i tillvaro som kryllar av platta skärmar och massor av aktiviteter som kan utföras sittandes? På individnivå så kan vi själva ta pauser ofta, vilket reducerar risken, så kallade "breakers" (5). Kunskap är en god början, om än inte något som i sig verkar räcka för att vi ska ändra oss. Att verka för att ha arbetsplatser som erbjuder ett varierat rörelsemönster är ett annat sätt att påverka. Ståskrivbord, ha skrivaren en bit bort, aldrig mejla till kollegan några rum bort.

### **På patientnivå?**

För våra patienters räkning kan det vara mer komplext och i skrivande stund känner jag inte till någon studie där man primärt försökt förändra bara stillasittande. Det troliga är att det följer mönstret för vilken beteendeförändring som helst.

Men fortsättning följer och till dess så kan vi nog tryggt och evidensbaserat råda och stötta våra patienter att bli mer fysiskt aktiva och att resa sig oftare.

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

### **Referenser**

1. Långvarigt stillasittande. En hälsofara i tiden. Natur och Kultur, 2013. Redaktör Elin Bak Ekblom
2. J Behav Med. 2010 Dec;17(4):  
Sedentary behavior and depression among adults: a review.  
Prev Med. 2011 Oct;  
Teychenne M, Ball K, Salmon J.
3. Associations of objectively-assessed physical activity and sedentary time with depression: NHANES (2005-2006).  
Vallance JK, Winkler EA, Gardiner PA, Healy GN, Lynch BM, Owen N.
4. Am J Prev Med. 2013 Aug  
Physical activity, sedentary behavior, and postnatal depressive symptoms: a review  
Teychenne M, York R.
5. Med Sci Sports Exerc. 2009  
Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer.  
Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL, Bouchard C.
6. Eur Heart J. 2011 Mar;3  
Sedentary time and cardio-metabolic biomarkers in US adults: NHANES 2003-06.  
Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW, Winkler EA, Owen N.

# Bipolär sjukdom – ur de berördas perspektiv

Bipolär sjukdom är ett allvarligt tillstånd med en omfattande påverkan på livet för alla som är direkt berörda men även för deras närstående och andra personer i deras omgivning. Tidigare forskning visar att livet med bipolär sjukdom är förenat med stora påfrestningar som sänkt livskvalitet, en ofta livslång läkemedelsbehandling samt sjukdomssymtom av olika slag. Påfrestningarna är i hög grad kopplade till existentiella frågor. Frågor om vad det innebär att leva med dessa påfrestningar har emellertid oftast lämnats obesvarade i tidigare forskning. Avhandlingen *Bipolär sjukdom – ur ett existentiellt perspektiv*<sup>1</sup> har undersökt vad det innebär att leva med bipolär sjukdom och vad som möjliggör ett gott liv, ur de berördas perspektiv.

## **Att leva med bipolär sjukdom – en diagnos förklarar inte allt**

Personer med bipolär sjukdom beskriver att de redan i tonåren, ibland redan som barn, var medvetna om att något hos dem är annorlunda än hos andra personer. En person beskriver det med orden "det är något med mig" medan en annan person säger "det känns som om jag är knäpp". De erfar tydligt att deras liv präglas av "något mer" men saknar ord för sin erfarenhet. Svårigheterna att förstå sig själv och sina upplevelser men även att berätta för andra hur det är medför en stark känsla av maktlöshet. Att få diagnosen bipolär sjukdom upplevs därför av många personer som en lättnad eftersom det är en bekräftelse på att det som de under lång tid har känt faktiskt stämmer. Att få en diagnos förklarar emellertid inte vad det betyder att leva med bipolär sjukdom eller hur tillvaron påverkas. För närstående handlar det om att förstå hur deras tillvaro påverkas och hur de kan få balans mellan egna och den andres behov.

## **Tillvaron - komplex och motsägelsefull**

Avhandlingen visar att tillvaron, både för de direkt berörda och för deras närstående, karaktäriseras av komplexitet och motsägelsefullhet. En grundläggande orsak för detta är att det finns extra dimensioner i sättet att uppleva hos personer med bipolär sjukdom. En särskild intensitet, variation och spännvidd gör att livet blir mer motsägelsefullt och svårbegripligt än ett "vanligt" liv. Det påverkar livstempo, energi, tid, hur mycket man orkar och får uträttat, skärpa och hastighet i tanken, känslighet och lyhördhet, självförtroende, sinnesupplevelser, kroppens styrka och sömn.

Till exempel, personer med bipolär sjukdom har en särskilt känslighet och lyhördhet. De har en intensiv förmåga att uppfatta och känna, vilket medför att de blir ännu mer känsliga och lyhörda för sig själva och för andra men även för omgivningen.

Dessutom, under vissa perioder i livet blir även reflektionsförmågan extra intensiv. Kombinationen av extra känslighet, extra lyhördhet och extra reflektionsförmåga ökar svårigheterna att förstå och bedöma sina upplevelser. Känslan av att vara missförstådd är stark under sådana perioder, vilket bidrar till missförstånd i mellanmänskliga relationer. Tillvaron präglas av en ständigt pågående kamp att försöka förstå och förhålla sig till allt man upplever. Det beskrivs som att man förutom det vanliga livet har ytterligare en heltidssysselsättning som handlar om att tänka. Livet kompliceras dessutom av att sjukdomen är sammanflätad med den person man är. Sjukdomen påverkar hela livet men är mer eller mindre närvarande i olika perioder av livet.

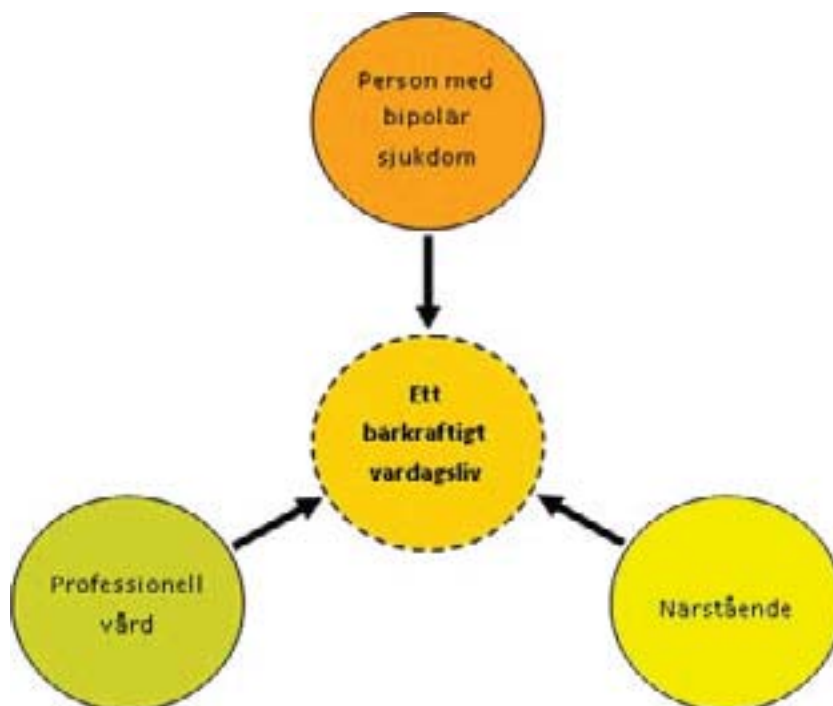
## **Att förstå – en viktig faktor för att kunna påverka**

Att förstå och kunna sätta ord på förvirrande upplevelser som präglar livet är en viktig grund för en förbättrad hälsa både för personer med bipolär sjukdom och för deras närstående. Det ökar deras möjligheter att förstå varandra, varandras behov och att själva påverka sin tillvaro. Vården har i detta sammanhang ett speciellt ansvar för att initiera och skapa ramar för möten där patienter och deras närstående kan samtala om hur de mår och vad de behöver samt för att hitta en balans i öppenheten och att fånga upp problem som kommer upp till ytan.

## **Ett bärkraftigt vardagsliv – den viktigaste faktorn för ett gott liv med bipolär sjukdom**

Ett av avhandlingens huvudresultat är att det är det gemensamma vardagslivet som är den viktigaste faktorn i en bärkraftig tillvaro. Det är därför otillräckligt att endast se till individuella behov hos personer med bipolär sjukdom eller deras närstående. Det handlar istället om att förstå och tillgodose individuella behov på ett sådant sätt att det gemensamma vardagslivet blir bärkraftigt. Avhandlingen betonar att det är dags för ett nytt synsätt på vård som präglas av samsyn och samarbete mellan personerna med bipolär sjukdom, deras närstående och den psykiatriska vården.

Delaktighet och jämlikhet i relationen mellan dessa tre parter gör det möjligt att skapa förutsättningar för ett bärkraftigt liv med bipolär sjukdom. Ett bärkraftigt vardagsliv byggs framförallt genom "transparent kommunikation", "fokus på faktiska behov" samt "upplevelser av djupgående samhörighet".



**Marie Rusner**  
PhD, Forskningsledare  
Södra Älvsborgs Sjukhus

**Foto:**  
Pernilla Lundgren, sjukhusfotograf  
Södra Älvsborgs Sjukhus



1 Rusner, M. (2012). Bipolär sjukdom – ur ett existentiellt perspektiv. Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet. Linnaeus University Press, Växjö. Avhandlingen är skriven på svenska för att underlätta för personer med bipolär sjukdom och deras närstående men även andra intresserade att läsa och ta till sig forskningsresultaten. Den kan läsas i sin helhet på <http://lnu.se/ub/soka/avhandlingar> eller beställas på [lupress@lnu.se](mailto:lupress@lnu.se)



## Ytterligare en artikel på temat!

På sidan 73 i nummer 1 2011 återfinns Lars Albinssons artikel *Varför blev jag psykiater? En personlig betraktelse*. Om du inte har/har kvar ett ex av detta nummer så hittar du det (och andra tidigare nummer) på vår hemsida [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri

## Fick du vårt medlemsbrev?

Svenska Psykiatriska Föreningen skickade ut ett medlemsbrev till alla sina medlemmar den 28 augusti. När vi kontrollerar visar det sig att bara hälften av våra medlemmar har fått e-postmeddelandet.

Vi får många meddelanden i retur där det står  
"E-postadressen finns inte"

"Blockerad på grund av säkerhetsrisk"

Vi har noterat att bl.a. Västra Götalandsregionen blockerar e-post av detta slag. Vi försöker få kontakt med webbmaster på VG-region ang. detta.

Vi uppmanar alla medlemmar att försäkra sig om att vi har Din rätta e-postadress. Om Du inte fick medlemsbrevet den 28/8 - kontakta vårt kansli: [kanslisten@svenskpsykiatri.se](mailto:kanslisten@svenskpsykiatri.se)

The Royal College of Psychiatrists

**CPD ONLINE**



Ett fortbildningsverktyg för dig som är specialist



Om Du vill ha tillgång till CPD Online anmäler Du detta på vår hemsida:  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)



## Det självklara valet

Ett av mina första vikariat var som onkolog på Radiumhemmet i Stockholm. En dag hade jag mottagning för patienter med malignt melanom. En för mig okänd äldre man, Arne, skulle komma på ett planerat återbesök. Jag läste i journalen att hans sjukdom var spridd och att han visste att det inte fanns botande behandling att erbjuda. På utsatt tid knackade Arne på min dörr. Jag öppnade och sträckte ut min hand för att hälsa, men Arne besvarade inte min gest utan gömde i stället sin egen hand bakom ryggen. Sedan tog han ett steg över tröskeln till mitt rum och klev tillbaka igen. Detta upprepades ett antal gånger medan jag stod bredvid och såg på. Tvångssyndrom! tänkte jag och frågade med ungdomlig entusiasm: Har du ett tvångssyndrom? Arne såg djupt olycklig ut och mumlade: Ja, jo, det har jag kanske. Min entusiasm gick dock inte att hejda så jag fortsatte min utfrågning: Vilken behandling har du fått? Då såg Arne uppriktigt förvånad ut och svarade: Behandling, finns det? Jag har aldrig fått någon behandling. Det visade sig att Arne hade haft sitt tvångssyndrom sedan tonåren och att han ägnade flera timmar varje dag åt sina tvångstankar och handlingar. Han skämdes oerhört över sitt beteende, eftersom han var en rationell person och insåg att det han ägnade tid åt var helt meningslöst. Jag frågade Arne: Skulle du vilja ha behandling? Han svarade med viss tveksamhet att han väl kunde tänka sig det. Ibland är det bra med ungdomlig oräddhet så jag lät mig inte hejdas av min bristande kompetens och erfarenhet utan stegade iväg och köpte en bok om tvångssyndrom och hur dessa tillstånd kan behandlas. Efter att ha läst boken kallade jag Arne till ett nytt besök. Han fick medicinering, kognitiva övningar och noggrann information om tillståndet, där det som gjorde störst intryck på honom var att det finns biologiska orsaker till att man drabbas.

Nästa gång vi sågs hade det gått ett antal veckor. Jag kommer aldrig att glömma det återbesöket. Arne knackade på och jag öppnade, varvid han frimodigt klev över min tröskel och sträckte ut sin hand för att hälsa. Det första han sa till mig var: Det här har varit den bästa tiden i mitt liv! Jag höll på att ramlas baklänges av förvåning.

Arne var gammal och skulle snart dö av en otäck sjukdom och trots det beskrev han de här veckorna som den bästa tiden i livet! Hur kommer det sig? frågade jag.

Det visade sig att Arne haft extremt god effekt av behandlingen. Han var lärare och hade lätt att ta till sig de kognitiva övningarna och medicineringen hade också gjort stor skillnad. Han beskrev att han för första gången på många år kunnat gå ut och äta tillsammans med sin hustru; tidigare gjorde hans bacillskräck sådana aktiviteter omöjliga. Paret hade också återupptagit sitt samliv och de hade varit på en weekendresa tillsammans.

Jag har nog inte träffat en mer tacksam patient än Arne vare sig förr eller senare men jag är den som verkligen har haft skäl att vara tacksam. Arne lärde mig tre saker som jag aldrig har glömt och som jag har haft oerhört stor glädje av i mitt arbete. Det första är att det aldrig är för sent att behandla psykisk ohälsa och att svår fysisk sjukdom inte utgör ett hinder, det andra att man alltid ska fråga patienten när man inte förstår, även om man tycker sig sakna kompetens för att ta hand om svaret, det tredje att kunskap kan leda till att människor som drabbas av psykisk sjukdom slipper skämmas. Jag brukar säga att det inte är någon skillnad mellan psykisk och fysisk sjukdom, när man drabbas handlar det för det mesta om en kombination av biologisk sårbarhet och någon form av psykologisk stress. Den förklaringen innebär ofta en lättnad för den som får en psykiatrisk diagnos.

Jag förstod snart att psykiatri var det självklara valet för mig och det valet har jag aldrig ångrat. Som psykiater får man ställa de svåra frågorna till både sig själv och patienten, den man frågar väljer ofta att dela med sig av sin livsberättelse och man bereds otaliga tillfällen till förundran över den kraft och styrka som människor besitter. Arne är förstås död, men han ledde mig i rätt riktning och jag kommer aldrig att glömma honom.

**Ullakarín Nyberg**  
Vetenskaplig sekreterare SPF



## Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

Nordic Journal of Psychiatry online

CPD Online

The Nordic Psychiatrist

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

[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

## Du som är medlem i SPF:

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

Gå till vår hemsida

[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

## Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

[www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:

[www.slupsykiatri.se](http://www.slupsykiatri.se)

Svenska Psykiatriska Föreningen:

[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

[www.srpf.se](http://www.srpf.se)



Skynda er att beställa de nya Kliniska Riktlinjerna

# Äldrepsykiatri och Suicidnära patienter!

Nu har samlingen av SPFs Kliniska Riktlinjer utökats med två nya arbeten, båda tar upp angelägna ämnen. Liksom tidigare har SPFs Kliniska Riktlinjer en profil av praktisk klinisk användbarhet snarare än rena kunskapsöversikter.

SPFs Kliniska Riktlinjer Äldrepsykiatri har sammanställts av en arbetsgrupp under ledning av Med Dr Karin Sparring. De äldsta av våra patienter faller ansvarsmässigt lätt mellan stolarna när det handlar om tillstånd med psykiatriska symtom och många får i dag inte den hjälp de behöver.

Kliniska Riktlinjer Äldrepsykiatri omfattar alla tillstånd med psykiska symtom hos äldre såsom demenssjukdomar, affektiva sjukdomar, ångest, psykoser mm. Tillstånden är ofta sammanflätade med varandra eller med somatiska sjukdomar. Skriften vänder sig till psykiatrer och blivande psykiatrer samt andra läkare och vårdpersonal som arbetar med äldre, främst inom geriatrik och allmänmedicin. Den kan användas som lärobok för det äldrepsykiatriska delmålet i ST-utbildningen.



SPFs Kliniska Riktlinjer Suicidnära patienter är skriven av en författargrupp under ledning av professor Bo Runesson. Suicid är ett folkhälsoproblem och det är en stor och viktig utmaning för personer verksamma inom vården att möta och rätt bemöta människor med självmordstankar, att förstå och förebygga risken för en kommande suicidhandling.

I dessa kliniska riktlinjer beskrivs förutsättningarna för mötet med den suicidnära patienten och olika steg i både akut och mer långsiktig bedömning av suicidrisk.

Riktlinjerna belyser även reaktioner som kan uppstå hos behandlare och annan psykiatrisk personal då en patient tar sitt liv. Skriften vänder sig till läkare - särskilt psykiatrer och blivande psykiatrer - men också till psykologer, socionomer, sjuksköterskor, skötare inom psykiatrisk vård liksom andra yrkeskategorier som kommer i kontakt med suicidnära patienter.

Båda böckerna finns att beställa på [www.gothiafortbildning.se/start](http://www.gothiafortbildning.se/start) för en ringa summa (skriv in Äldrepsykiatri resp Suicidnära i sökfältet och klicka dig vidare).

Tipsa din chef om att beställa ett exemplar av vardera bok till varje läkare på din klinik och gärna till delar av övrig personal. Varje psykiater bör läsa och lära av dessa utmärkta sammanställningar av befintlig kunskap inom respektive område!

Dan Gothefors  
SPFs ansvarige för Riktlinjearbeten

# Illusioner och realism

## Freud, Dostojevskij och fadersmordet

Min inledande idé här var att diskutera illusionskritikern Sigmund Freuds egna illusioner.

De är besläktade med problemen kring självanalys, överföring och motöverföring. Här behöver jag bara anknyta till mig själv - både som analytiker och analysand.

Detta var den stora, och det medges, grandiosa planen. Men avgränsning är nödvändig, annars hamnar vi i Sisophos' situation (att nödgas till ett arbete som inte har något slut). Jag har här valt att granska ett avsnitt i Fjodor Dostojevskis stora (i dubbel bemärkelse) roman *Bröderna Karamazov*, episoden om storinkvisitorn, och Freuds läsning av denna text. Här applicerar Freud än en gång tesen om ontogenesen som varande en upprepning av fylogenesen – att individens öde i mångt och mycket är en upprepning av människoartens öde och utveckling.

### Dostojevskij och fadermordet

Freud hade många komplex. Ett av de mera betydande var hans drömmar om att bli pionjär, ledare för kanske hela mänskligheten. Det går att läsa *Das Unbehagen der Kultur* (sv. övers. "Vi vantrivs i kulturen") som ett uttryck för en önskan att lägga hela vår art på divanen.

Måhända har Chr. Braad Thomsen en poäng i sin bok *Siggi – erövraren*. Inte för inte beundrade Siggi onekligen Moses, Michelangelo, Nietzsche, Dostojevskij med flera för deras banbrytande insatser i vår historia.

Freud läste *Bröderna Karamazov* förmodligen under senare halvan av 1920-talet. (Den publicerades 1927). Här följer en mycket textnära läsning av Freuds text. För vem (tänker jag i mitt stilla sinne) kan säga något bättre än Mästaren själv?

Freud inleder sin korta men koncisa text, så att säga, pang på rödbetan. Han menar att hos Dostojevskij "kan man särskilja fyra sidor: diktaren, neurotikern, etikern och syndaren." Och han ställer frågan: "Hur skall man hitta rätt i denna förvirrande komplexitet?"

Diktaren klarar han av snabbt med idel starka superlativer: "Bröderna Karamazov är den mest storslagna roman som någonsin har skrivits, episoden med storinkvisitorn en av världslitteraturens största bedrifter, [och den kan] knappast överskattas." Men, tyvärr "[I]nför problemet Diktaren måste analysen, dessvärre, sträcka vapen." Därför kastar sig Freud först över Etikern.

I Dostojevskijs moraluppfattning finns ett ryskt särdrag: "detta utjämnande av moralen är ett karakteristiskt ryskt drag".

En ryss (till exempel en tsar) kan mörda, göra bot "där boten omedelbart blir en teknik för att möjliggöra mordet." (s. 391)

Mord, bot och förlåtelse ger mördarna fria händer.

"Det är inte psykologin som förtjänar att skrattas åt utan domstolens undersökningsförfarande. Det är ju likgiltigt vem som har utfört dådet, för psykologin gäller bara vem som känslomässigt eftersträvade det och, när det har skett, välkomnade det, och därför är alla bröderna utom kontrastfiguren Aljosja lika skyldiga, den av drifter styrda njutningsmänniskan, den skeptiske cynikern och den epileptiske brottslingen." (s. 402)

"Dostojevskijs sympati för brottslingen/SYNDAREN är sannerligen oinskränkt... brottslingen är för honom (Dostojevskij) nästan som en frälsare som har tagit den skuld på sig, som annars de andra hade tvingats bära." (ibid.)

Alltså: där Dostojevskij inte finner Gud, där finner han sitt alter ego – brottslingen. Ett annat drag hos Dostojevskij är välkänt: hans spelberoende, SOM FÅR STÅ FÖR DEN NEUROTISKA SIDAN. Spelet innebär vinstmöjligheter och han kan då återvända till Ryssland utan att bli fängslad genom de skulder han har hos sina gäldenärer. Men detta är egentligen bara en bisak. Huvudsaken för Dostojevskij är spelet och spelandet i sig. Freud kommer här in på en roman av Stefan Zweig som ytterligare blottlägger sambandet mellan spelmani och onani. Med händerna spelar man på olika sätt och uttrycket ett symptom på önskan om modern, och då följaktligen önskan om faderns död.

Hos Dostojevskij finner Freud en stark masochism. I sitt ständiga skrivande om brottslingar som hänger samman med spelmanin finns en självdestruktivitet – masochism och skuld som vänder sig inåt. Utåt blir den uttryckt i en sadism.

Kriminalitet eller sado-masochism – det är frågan. Men sublimering erbjuder en början på en tredje väg (om vi glömmer bort Dostojevskijs spelmani och det möjliga övergreppet på ett minderårigt barn).

Fadermordet, eller önskan om det utifall fadern redan inte är död, belyser Dostojevskijs år i Sibirien: tsaren var en ställföreträdande fader. Dostojevskij lär inte ha haft några värre epilepsiproblem under dessa år.

Det är inte första gången i litteraturens historia som det handlar om fadermord: i *Kung Oidipus* äger det rum i verkligheten, i *Hamlet* sker det i teorin.

All tre dramatiserar fadermordet, sprungen ur rivaliteten om Kvinnan. Implicit hos Freud ligger här en kritik av Staten, Tsaren, härskaren osv. som en överföring av de omedvetna fantasierna om Fadern. Religionskritiken finns här också, att den kristna religionen tror på att sonen ständigt (efter



korsfästningen i nattvarden) måste offeras för de synder människor begår.

Vi återgår nu till huvudtemat för denna text: illusioner och realism, först hos Freud. De förstnämnda är omvittnade – Freuds dröm om att ikläda sig Moses, Michelangelos med fleras dräkt som pionjärer, vägvisare och banbrytare. En annan är hans performativa motsägelse: att kritisera auktoriteter samtidigt som han skriver och agerar som en auktoritet, även om han nöjer sig med att beteckna sig själv som "psykoanalysen", "den analytiska teorin" och så vidare. Paradoxalt kan hans stora religionskritiska arbete *Die Zukunft einer Illusion* från 1927 slå undan en del av det egna benet!

### Kritiken av illusioner och ideologi

Sigmund Freuds analys är briljant – han lyfter fram det omedvetna innehållet hos Dostojevskij.

Ideologin utgörs av en imaginär relation mellan jaget och dess existensvillkor. Dvs. jag är den jag är i spegeln, fast i mina bojar.

Jag är det som jag ser i spegeln. Det jag inte ser är allting annat, det vill säga de verkliga existensvillkor jag är invävd i, alltså alla de Andra. Genom att finna den plats jag är inskriven uttrycker jag mig på ett sant sätt, en dialog där reflektionen blir möjlig och ideologin ses för vad den är – en historielös illusion.

För Freud är profeterna (Buddha, Moses, Jesus, Mohammed och så vidare) farliga trollkarlar och han förutspår deras idéers totala död. Den upplysta vetenskapen kommer att regera världen. Förvisso ytterligare en illusion.

Klarar vi av att göra oss kvitt illusionerna? Det menar jag att vi inte kan, lika lite som vi kan undvika paradoxer. Men vi kan, så gott det nu går välja en aspekt varur vi förstår illusionens natur, dess samtidiga nödvändighet och fördöljande.

Här är Louis Althusser<sup>1</sup> text om "ideologiska statsapparater" relevant, som vore otänkbar utan Jacques Lacans idéer.<sup>2</sup>

Enligt Althusser samverkar "de ideologiska statsapparaterna" (ISA) med "de repressiva statsapparaterna" för att säkerställa klassamhällets fortsatta existens. Till ISA räknar Althusser en rad institutioner: skola, kultur, rättsväsende, partier, massmedia med mera, ja egentligen det mesta.

Mer intressant är grundtanken om ideologi: det som "syns" (alltså föreställs i den imaginära ordningen) i ideologin är inte individens existensvillkor utan hennes *förhållande* till dessa villkor.

Individen luras i det imaginära – DÄRAV ILLUSIONEN - att tro att hon är det som hon ser i spegeln, denna uppnådda identitet används som mall för de sociala och ekonomiska förhållanden hon är underkastad. Så uppstår föreställningen om marknaden - där det verkliga förhållandet att en

varas pris på marknaden är bestämt av den tid det åtgår att producera den. När ideologin då verkar genom slika illusioner så kan den, med Althusser's ord "anropa" eller "interpellera" individen för att på sitt speciella språk tala om för henne vem hon är och vad som är hennes uppgift i livet. Ideologin "konstituerar henne som subjekt". Hon "luras" så att hon gör det som krävs av henne. Samtidigt är ideologin basal – den ger subjektet inte bara underordning utan även vilja och motiv. Botemedlet blir därför något som inte individen förmår av egen kraft. Håri ligger Althusser's både styrka och svaghet. "Ideologi" är för honom något mer basalt än "falskt medvetande" som skulle kunna övervinnas med rationell upplysning. Därför är det fel att anklaga honom för en scientist som tilldelar ett vetenskapsstyrt elitparti – det kommunistiska – en historisk mission. Men samtidigt blir individen, gruppen, klassen helt utlämnad till de ekonomiska illusionerna. För att finna en provisorisk ledtråd får vi då gå till Althusser's läromästare – Jacques Lacan. För denne blir det möjligt att temporärt så att säga kliva ur illusionernas, det imaginära, tvångströja genom att tala från det omedvetnas sanna vara till den Andre, till alla andra som per definition delar tillvarons egenskaper med varandra. Här är nog inte vägen lång till Jürgen Habermas<sup>3</sup> tro på det rationella argumentets kraft när det praktiseras i en dialog som andra subjekt (som är både underordnade och kapabla) är villiga att delta i. Althusser skulle kanske vända sig i sin grav om han hörde detta men säkert vara villig att lyssna till vad Habermas och andra tyska rationalister sagt.

**Göran Dahl**

**Professor emeritus i sociologi  
Lunds universitet**

1 **Althusser** (1918-90) är mest känd som "strukturmarxist", det vill säga att han tolkade Marx utifrån ett strukturalistiskt perspektiv. Enligt strukturalismen är den handlande och medvetna individen mest en illusion. Det är strukturer som släktskapsförhållanden, språk, klassförhållanden och annat som bestämmer hur vi tänker och handlar. Denna strömning som fick sitt genombrott under mitten av 1960-talet markerar framför allt ett brott med Jean-Paul Sartres "existentialism".

2 **Lacan** (1901-81) stod för en mycket originell tolkning av Freud. Lacan betonar att vi föds in i en rådande social familjekontext där språket bestämmer hur vi placeras in i dessa. Han är antagligen mest känd för sin teori om det så kallade "spegelstadiet": det mycket lilla barnet är enormt frustrerat över att inte kunna koordinera sin kropp, sin brist på motorik. En första upplevelse av att barnet trots allt är en helhet finner det i åsynen av sig själv i spegelbilden. Barnet förväxlar detta med bilden det har av modern. Lacans psykoanalys är i övrigt både avgudad och kontroversiell.

3 **Habermas** (f. 1929) brukar räknas som en av vår tids mest framträdande samhällsfilosofer. Han bygger vidare på den så kallade "kritiska teorin", eller "Frankfurtskolan", som menar att samhällsvetenskapen genom ett avslöjande av fundamentala orättvisor bör bidra till avskaffandet av sådana. Habermas främsta hopp för att åstadkomma detta är hans idé om "kommunikativt handlande", det vill säga ett handlande baserat på argumentens kraft, inte på makt eller våld.

# Kalendarium

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

23-24 april 2014  
Svenska BUP-kongressen  
Malmö  
[www.svenskabupforeningen.se/](http://www.svenskabupforeningen.se/)

23-26 oktober 2013  
8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, Ghent, Belgien  
[www.oudconsultancy.nl/GhentSite/](http://www.oudconsultancy.nl/GhentSite/)

24-26 april 2014  
55th Annual Meeting of the Scandinavian College of Neuropsychopharmacology  
Köpenhamn, Danmark  
<http://scnp.org/>

5-6 december 2013  
Svenska Läkaresällskapets  
Medicinska Riksstämman  
Waterfront Congress Centre, Stockholm  
[www.sls.se/riksstamman/](http://www.sls.se/riksstamman/)

3-7 maj 2014  
167th APA Annual Meeting  
New York, USA  
[www.psych.org/learn/meetings/future-apa-meetings](http://www.psych.org/learn/meetings/future-apa-meetings)

1-4 mars 2014  
22st European Congress of Psychiatry  
München, Tyskland  
[www.epa-congress.org/](http://www.epa-congress.org/)

22-26 juni 2014  
29th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology  
Vancouver, Canada  
[www.cinp2014.com](http://www.cinp2014.com)

12-14 mars 2014  
Svenska Psykiatrikongressen 2014  
Filmstaden Bergakungen, Göteborg  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

14-18 september 2014  
XVI World Congress of Psychiatry  
Madrid, Spanien  
[www.wpamadrid2014.com](http://www.wpamadrid2014.com)

2-5 april 2014  
4th Young Psychiatrists' Network Meeting,  
"A coin with many sides: different perspectives on  
mental illness"  
Wroclaw, Polen  
<http://ypsnet.org/meetings4.html>

Fler kongresser hittar Du på  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)



## Det bara blev så



Jag har lärt mig att varken psykiatrer i allmänhet eller psykiatriprofessorer i synnerhet är särskilt lydiga eller i rätt tid gör det som redaktörerna för Tidskriften för Svensk Psykiatri önskar. Men tack och lov finns det positiva undantag – tack Lennart Wetterberg, Hans Ågren, Jerker Hetta, Nils Lindefors, Lars von Knorring, Lars Jacobsson och andra professors-skribenter! Som jag och många andra ser det får vi en allt bättre tidskrift, med både djup och bredd. Ändå finns det enstaka gnällspån som är bra på att klaga, men själva inte lyfter ett finger för att bidra med viktiga artiklar. En central uppgift för universiteten innebär att upplysa allmänheten. Därför vill jag försöka direkt besvara den utslungade frågan, men jag vinklar den också mot egna erfarenheter av psykologi och sociologi.

Varför blev just jag psykiater? Tja – det bara blev så. Jag hade inga förebilder, vare sig inom professionen eller bland sjuka släktingar eller vänner. Min far var lärare i innerballistik, min mor var handarbetslärarinna. Mina preferenser låg inom biologi, kemi, musik och språk. Min "trebetygskurs i biokemisk forskningsmetodik" vid Karolinska Institutet 1961 gav mig en fördjupning inom vetenskap, och mitt tidiga engagemang som knuten till Institutionerna för teoretisk alkoholforskning och medicinsk kemi ledde till min doktorsavhandling som handlade om hämning av alkoholförbränning med hjälp av pyrazoler – en idé som kom från Nobelpristagaren Hugo Theorell, men som vi kunde vidareutveckla. För att lyckas som forskare måste man vilja en hel del själv, men en suverän forskningsmiljö, där professorerna och andra äldre forskare regelbundet deltar i seminarier med unga forskarstudenter, är inte heller fel.

När jag sedan hade blivit klar med läkarexamen och 1972 hade disputerat, skulle man ju också försörja sig. Fick erbjudande om vikariat inom flera specialiteter, men det som låg närmast min forskning var beroendevård och psykiatri.

Min psykiatrikurs 1965 gjorde mig rätt förvirrad. Det fanns en stark tilltro till "analys". Vågade man ställa motfrågor blev man snabbt åthutad – "det där kan du få svar på om du går i analys". Och hade patienter gått i analys i fem år utan att bli bättre var det bara att starta med re-analys – patienten förväntades betala själv! Vi hade Strömngrens lärobok i psykiatri – inte särskilt levande eller systematisk.

Ändå gav kursen mig inte avsmak för psykiatri. Fick ett högt kursbetyg. Ja, jag var en nitisk student. Började 1967 vikariera på en kommunal alkohilmottagning. Den vänliga och erfarna sjuksköterskan blev en utmärkt läromästare.

Disputation maj 1972, docenturprov 6 dagar senare. Njut av bifogad figur om mätning av alkoholhalter i blod, som jag ritat alldeles själv (Fig. 1). Och sedan stod jag där. Första juli 1972 började jag på Alkoholkliniken, Karolinska Sjukhuset, och hade också jurer på Psykiatriska kliniken. Personalen och bakjourerna var hjälpsamma. Stort tack till Börje Cronholm, Marie Åsberg, Lil Träskman, Peter Thorén, Karin Stenstedt, Elisabeth Kahan, Sten Levander m.fl. som lärde mig massvis både om klinik, om forskning och om livet.

Fick specialistkompetens i psykiatri 1978. Ja, jag hade nog förtjänat den, men den kan innebära väldigt olika utbildningar eller kompetenser. Biologiska, psykologiska och sociala aspekter ska harmoniskt vävas samman.

Under min studietid saknade vi helt utbildning i neurobiologi eller neurokemi, trots att Ulf von Euler ledde kursen i fysiologi. Men på Alkoholforskningen fick jag kontakt med psykologer – Gösta Ekman, Marianne Frankenhaeuser, Anna-Lisa Myrsten, m.fl. De representerade experimentell psykologi. Tidigt lärde jag mig att psykologerna ofta var bättre utbildade i forskningsmetodik när det gällde att beskriva beteendeförändringar, än vad medicinerna var. Även om jag var med, är det först senare som jag erfarit att Anna-Lisa Myrsten 1971 blev den första psykolog som disputerade vid medicinsk institution.

Psykologen Hans Bergman på Stockholms universitet lade fram en doktorsavhandling om fältberoende. Jag fick 1975 vara hans fakultetsopponent – en annan form av roligt samarbete med psykologer (vi hade träffats före hans disputation). Vi är fortfarande efter 54 år (!) goda vänner.

På Psyk klin KS arbetade professorn i psykologi, Daisy Schalling, som var mycket aktiv med att tillsammans med psykiatrer utveckla viktiga testskalor. Hon var också mor till Martin Schalling, sedermera känd som genetiker med starka intressen inom psykiatri.

Har genomgått diverse terapiutbildningar och varit rätt flitig med att delta i kongresser, läsa böcker och tidskrifter.

Närmast av administrativa skäl blev jag tillsammans med Hans Bergman och Christer Sandahl handledare för psykiatern Göran Ahlin, som 1996 skrev en avhandling om grupp-psykoterapi. Han blev den förste svenske docenten i psykoterapi vid medicinsk fakultet.

På senare år har jag i perioder ingått i styrelserna för Poul Bjerre-sällskapet resp. Stiftelsen Vårstavi, där vi delat ut stipendier för att stärka forskning inom psykoterapi, med mycket kompetenta sakkunniga.

Har samarbetat med psykologerna Eva Magoulias, Stina Söderberg och Gunnel Backenroth.

Till vardagspsykologi hör också patientbemötande. Det har jag lärt mig den hårda vägen, genom att observera vad jag uppskattat och vad jag tagit avstånd ifrån. I ca 30 fall har jag för Socialstyrelsens räkning fått bedöma hur utländska läkare klarat att bemöta svenska patienter inom psykiatrin – en grannliga och rolig uppgift.

Detta om psykologi. Hur var det med sociologi i mitt liv då? Träffade professor Gunnar Boalt och docent Erland Jonsson. Var 1965 med om att bilda det "Tvärvetenskapliga seminariet i alkoholfrågan". Vi var då i 25-årsåldern och formbara och har haft fint samarbete tvärs över fakultetsgränserna. Annars har jag tillsammans med epidemiologer av modernt snitt, t.ex. Peter Allebeck och Sven Andréasson, närmast mig en del om den övergripande sociala dimensionen – och tillsammans lyckades vi få in en artikel i Lancet.

För att klinisk forskning ska bli riktigt bra är som jag ser det, samarbete mellan kliniker och tekniska superexperter att rekommendera, allt oftare i internationellt samarbete. Kliniker är ofta för splittrade för att ensamma vara bra handledare.

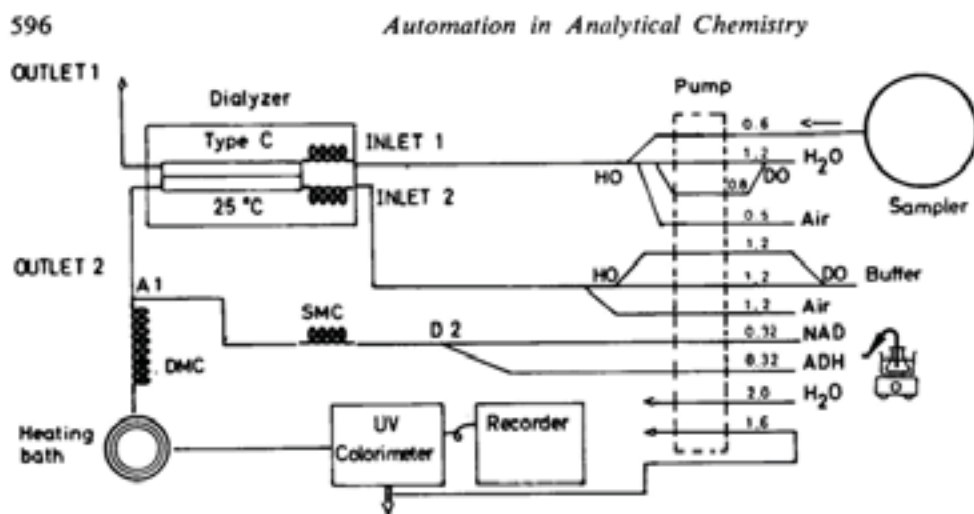
Vilken vision har jag för framtiden? Även om psykiska funktioner och sjukdomar alltid har funnits behöver de alltmer studeras och uppmärksammas, och att tillräckligt stora forskningsresurser avsätts specifikt till framstående och relevant psykiatrisk forskning, inte bara sådant som lätt låter sig mätas. Diskrepansen mellan de ökande problemen med psykiska sjukdomar i befolkningen och mängden avsatta forskningsmedel blir alltmer ohållbar. En annan viktig fråga är att läkare och forskare får dominera verksamheten, med ett minimum av byråkrati. Vi behöver en stark och kompetent opinion som stöder forskning inom psykiatrin.

Och nu som emeritus uppskattar jag att litet få fungera som senior handledare, som mentor och att vid behov få påteckna blivande avhandlingar med de förlösande orden "Må spikas".

Som Sigtuna-författaren Julian Stubbs uttryckte det: "Runes can be seen as a Viking form of twitter".

Lena Flyckt skrev att det är kul att vara psykiater. Det är det – oftast!

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



# Hur kan en vuxenpsykiatrisk mottagning arbeta?

Jag har arbetat kliniskt mer än 30 år inom psykiatri och på olika chefsposter. I öppenvården har jag arbetat på en allmänpsykiatrisk mottagning i storstad och på en i glesbygd, på en psykosmottagning i glesbygd, på en mottagning för unga vuxna och på en mottagning för transkulturell psykiatri. Utifrån mina erfarenheter och hur psykiatri idag ser ut i Sverige och den intensiva diskussion som pågår om bl.a. case management internt och i media, vill jag göra ett debattinlägg och det vore väldigt värdefullt att få synpunkter från många kollegor.

Jag delar upp materialet i tre artiklar. Den här artikeln handlar om övergripande arbetssätt och förhållningssätt. Nästa artikel heter: Hur kan en vuxenpsykiatrisk mottagning samverka med vårdgrannar och slutenvård. Den tredje artikeln heter: Hur kan en vuxenpsykiatrisk mottagning ledas, och utvärderas kvantitativt och kvalitativt.

Utgångspunkten är en allmänpsykiatrisk mottagning men det mesta kan också tillämpas på en psykosmottagning eller en annan typ av mottagning exempelvis en mottagning för unga vuxna eller en psykogeriatrisk mottagning. Självklart ser mottagningar olika ut beroende på om de ligger i storstad eller i glesbygd och om det är många eller få anställda.

**En psykiatrisk mottagning kan enligt min uppfattning arbeta på följande sätt:**

## 1. Följa Hälso- och sjukvårdslagen

Vi måste bättre tydliggöra att vi har ett medicinskt och etiskt ansvar och skall arbeta efter den nuvarande Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf:

*Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.*

Patientmaktutredningen har nu till regeringen lämnat ett förslag på en ny samlad patientlag. Portalparagrafen föreslås vara patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Självklart skall patienten vara med i vården, men ordet självbestämmande syftar också på patientens rätt att välja vårdgivare. Det är naturligtvis bra om vårdval kunde fungera och en enhet får ersättning för de svårast sjuka istället för mera friska. Ett problem är nog att svårt sjuka patienter ofta kan ha svårt att göra ett vårdval.

I förslaget finns ovan angiven skrivning från Hälso- och sjukvårdslagen kvar i en paragraf. Hälso- och sjukvårdslagen är en referenslag som man strävar emot. Bryter man mot lagen kan man inte polisanmälas. Patientlagen föreslås bli en pliktlag. Då kan enheter som bryter mot lagen anmälas. Försöker man politiskt införa ersättningsregler som gör att man måste prioritera mera friska patienter för att ekonomiskt gå ihop, bör man även här då kunna göra en anmälan om lagbrott.

Prioriteringar är inte alltid lätta att göra utifrån vems lidande är störst, men utifrån funktionsnivå kan man rätt ofta bedöma vem som är svårast sjuk. Då går det att följa den gamla Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf.

## 2. Alla patienter skall mötas utifrån biologiska, psykologiska, sociala och existentiella referensramar

Varje medarbetare skall ha kunskap och allt efter behov arbeta efter dessa fyra ramar. Dessutom samarbetar medarbetarna kring patienten. Det är därför man har olika yrkesgrupper på en mottagning; sjuksköterska, skötare, kurator, psykolog, arbetsterapeut, leg psykoterapeut, sjukgymnast och läkare. Det kallas teamarbete!

Både extremt biologiskt eller psykodynamiskt fokuserade psykiater har jag genom åren sett försumma den sociala referensramen. Självklart skall man också ta med närstående allt efter behov. Se punkt 6. Tyvärr är vi i psykiatri ofta ännu sämre på att fånga patientens existentiella frågor. Varje patient med allvarliga psykiska symtom står också inför existentiella frågor om liv och död, ansvar, frihet, skuld, ensamhet och mening. Även om vi inte kan lösa dessa frågor skall vi vara beredda att lyssna och diskutera. Möter man patientens existentiella frågor får patienten bättre tillit också och följer t.ex. bättre en medicinering. Enligt min uppfattning är det pinsamt att psykiatri ofta är så dålig på att möta dessa frågor.

## 3. Man skall ha ett geografiskt definierat upptagningsområde

Sektoriseringen var ett lyft på sin tid för psykiatri. Man hade ett tydligt ansvar för alla psykiskt störda patienter som bodde i det geografiska upptagningsområdet. Det blev mycket lättare att samverka med vårdgrannarna inom området. Det var också svårare att spela "Svarte Petter"-kortspel d.v.s. att försöka få en annan mottagning att ta patienten.



Man kan ändå ha ett fritt vårdval för att tillfredsställa politikerna. Det är lätt att titta efter hur många som väljer en mottagning längre bort än den närmaste och vilka diagnoser och behandling de får. Är dessa patienter socioekonomiskt starkare och friskare? Många gånger kan det vara viktigare vem patienten träffar på en mottagning än vilken mottagning man kommer till. Här bör vi vara mer öppna för att ibland byta behandlare. Se punkt 9.

#### **4. Honnørsord måste vara tydligt definierade och gå att mäta**

Idag har många vårdenheter och även andra företag formulerat etiska regler och uttryckt en "värdegrund" utan att det på något sätt kan mätas eller följas upp. Använder man honnørsord, måste de vara tydligt definierade och gå att konkret mäta. Här bara några exempel. Är de fyra referensramarna ett honnørsord om hur man skall arbeta, måste de kunna ses utifrån journalernas innehåll och ej bara genom t.ex. rubriker. Våra datajournaler gör det mycket lättare idag att utvärdera verksamheten. Tillgänglighet går självklart lätt att mäta. Hög kunskap kan beskrivas utifrån medarbetarnas utbildning och det tydliga fortbildningsprogram som varje mottagning har.

Har man den etiska regeln att svårt sjuka skall prioriteras skall papperslösa människor efter behov ges samma vård som alla. Självklart bryter vi här mot försnävande direktiv som verkar finnas i en del landsting. Ett administrativt problem som ibland påpekas är att det blir svårt med journalföring och betalning, men det går att lösa. Vi arbetar inte politiskt utan etiskt efter behov.

#### **5. Man skall ha hög tillgänglighet**

##### **Besökstillgänglighet.**

Vid remissgenomgången eller genomgången av egenanmälningar gör man en prioriteringsordning och ger patienter tider för första besök. Mottagningen har varje dag akuttider som de erfarna medarbetarna delar på och vid allvarliga fall får patienten snabb tid ibland t.o.m. samma dag. Varje erfaren medarbetare inom de olika yrkesgrupperna kan ta emot nybesök allt efter innehåll. Sedan efter 1-3 besök samverkar man kring diagnos, utredning och vem som skall ha fortsatt kontakt. Behövs akut inläggning i slutenvård, sjukskrivning eller medicinering tar den som ser patienten akut kontakt med överläkaren som då hjälper till. Det är inte särskilt ofta som det behövs. Självklart är det överläkaren som bedömer behov av tvångsvård och ibland hjälper till med bedömning vid allvarlig eller komplicerad självmordsrisk. Däremot skall inte erfarna läkare t.ex. AT-läkare användas som "gisslan" i svåra bedömningar. I våra sjukvårdslagar är det helt klart att alla yrkeskategorier allt efter kunskap och erfarenhet har ett sjukvårdsansvar.

När det gäller medicinering har man idag ofta för bråttom. Bättre då att patienten får en snabb tid hos läkaren som då också anamnestiskt kan luta sig mot anteckningen som den som först träffade patienten skrev.

Om remissen är ofullständig, skickar man inte tillbaka den, utan rådgivande sjuksköterska tar telefonkontakt för komplettering men också gärna telefonkontakt med patienten. Detta innebär kvalitativt att patienten bättre kan slussas till lämplig medarbetare och ger en tidsvinst för patienten.

Även i psykiatri förekommer det att patienten får en snabb första tid p.g.a. högre ersättning, men sedan trots bristfällig utredning eller allvarlig sjukdom får vänta flera månader på återbesök, då det ger lägre ersättning. I den tredje artikeln tar jag upp ersättningsfrågan. Är det så att man inte vill ge psykiatri pengar att ta hand om de svårast sjuka, måste det tydliggöras politiskt och den psykiatriska verksamheten får inriktas på det vi kunde kalla "krigspsykiatri" eller "u-landspsykiatri". Sedan finns det också många ärenden som inte är särskilt brådskande. Gäller det en frågeställning om ADHD-utredning bör man se patienten snabbt på ett eller två besök men sedan blir det en väntetid om utredning skall göras.

**Telefontillgänglighet.** Sekreterarna skall vara tillräckligt många och telefonerna till dem öppna hela dagen utom lunchtiden. Sekreterarna är spindeln i nätet på en mottagning. Vid behov kan de förmedla kontakten till behandlaren som sedan kan ringa upp patienten eller den vårdgranne som önskar kontakt.

Varje dag finns en "rådgivande sjuksköterska" med telefon öppen hela dagen utom lunchtiden. Hit kan patienter t.ex. vända sig då medicinen håller på att ta slut eller man vill göra en egenanmälan eller har andra frågor. Vid behov kan det behövas två rådgivande sjuksköterskor samtidigt. Telefonkontakter kan bidra till snabb information och att patienten snabbt känner sig inkopplad. Att lätt nås per telefon ger en trygghet till patienten och kan faktiskt vara en bra del i behandlingen.

#### **6. Närstående måste involveras i vården**

Patienter säger nästan aldrig nej till att man tillsammans får sitta ner med närmast anhörig eller närstående. När man hälsar på patienten i väntrummet och den närstående som ofta är med är det lätt att den närstående får komma in mot slutet av samtalet. Patienter träffar ju de närstående betydligt oftare än de träffar behandlaren! Självklart gäller det inte varje besök som patienten har eller vid mer psykoterapi. När anhöriga har förståelse och kunskap blir det bättre kvalitet i behandlingen ofta på grund av mindre trassel, bättre följsamhet och förståelse för den sjukas symtom.

Vid patienter med t.ex. psykos, svår bipolär sjukdom eller allvarlig personlighetsstörning kan anhöriga erbjudas en egen tid att sitta ner med sina frågor, diskutera förhållningssätt mm. Då är det lämpligt att de anhöriga får en fristående behandlare och inte den som har hand om patienten.

Anhörigutbildning i grupp har på ett positivt sätt ökat. Förutom vid psykos och allvarliga bipolära tillstånd kan det behövas utbildning vid andra sjukdomsgrupper. Två sjuksköterskor är ansvariga och läkare, psykolog eller annan medarbetare deltar. Ett bra exempel här kan vara en arbetsterapeut vid anhörigrupp till psykospatienter.

#### **7. Viktigt att följa upp barn till svårt sjuka patienter**

En medarbetare blir barnombud och ser till att vi inte glömmet bort barnen till våra svårt sjuka patienter. Barnombudet synar våra journaler, att det finns uppgifter om barn och deras ålder och att frågan diskuterats. Man kan faktiskt sitta ner med rätt unga barn och prata om den sjuke föräldern. Det är viktigt att se till att det finns en bra vuxenomgivning i närheten av barnet t.ex. med en ensamstående sjuk mor. Det är mycket viktigt att barnet inte tror det är hans eller hennes fel. Rätt många gånger när jag varit med om att anmäla till socialtjänsten att ett barn far illa, så har det till slut ändå blivit rätt bra. Den ensamma modern, som det oftast gäller, vill ju sitt barns bästa och har man bra samverkan med socialtjänsten och känner varandra, kan det trots allt bli rätt bra.

#### **8. Viss specialisering av verksamheten behövs**

Det är inte svårt att även på en personalmässigt mindre psykosmottagning eller allmänpsykiatrisk mottagning i viss mån specialisera verksamheten. Beroende på vilka patienter man har ser specialiseringen för de anställda på mottagningen naturligtvis olika ut. Se också artikel två om samverkan med vårdgrannar. Här bara några exempel. Naturligtvis kan det vara svårt på läkarsidan om mottagningen endast har hyrläkare som kommer och går. Annars kan t.ex. en överläkare skaffa sig erfarenhet och specialkunskap inom geropsykiatri och stötta äldreomsorgen. Andra exempel kan vara en läkare som inriktar sig mer på ADHD-patienterna. En sjuksköterska är här spindeln i nätet och sköter och följer upp dem. En sjuksköterska håller i alla litiumpatienter men också över andra patienter med svår bipolär sjukdom. På psykosmottagning har vi en sjuksköterska som följer upp alla Clozapin/Leponex-patienter och ser till att vi följer upp alla psykospatienter med årliga hälsokontroller. Självklart har mottagningar i större städer samverkan med olika speciella program för speciella patientgrupper. Inom varje landsting behövs den här speciella verksamheten t.ex. för ätstörningar, DBT-program eller andra program.

Ett problem med de i dag alltför snäva specialiserade mottagningarna framför allt i större städer, är att de så fokuserar på specialuppgiften att de tappar den breda psykiatriska kunskapen.

Ett exempel jag hört om är en mottagning för ADHD-patienter men där man vägrar göra den grundläggande utredningen. Inom flera landsting har man nu lagt ned enheterna för ångeststörningar och för affektiva sjukdomar och kallar t.ex. enheterna i stället mottagning 1 och 2. Patienterna är alltid väldigt sammansatta.

Dessutom kan olika behandlare som en del i arbetet skaffa sig specialutbildningar inom olika områden t.ex. om ätstörningar, borderline eller andra områden. Det här ger ökad kvalitet i vården även om den personen som på viss tid är på utbildning inte då genererar några pinnar för att tillfredställa okunniga högre upp.

#### **9. Medverka till att vid behov byta behandlare eller mottagning**

Enligt min uppfattning är det många gånger viktigare vilken behandlare man får än vilken mottagning man kommer till. Ibland fungerar inte personkemin. En patient skall lättare få kunna byta behandlare efter att ha haft en diskussion med den kliniskt kunniga chefen eller teamet. Vi skall vara öppna att i teamet hjälpa varandra med en second opinion. Självklart måste man ibland sätta gränser t.ex. vid en borderline-patient som hela tiden vill byta behandlare. En patient som är vårdgranne och har yrkeskontakt med mottagningen eller sjukvårdspersonal som arbetar nära mottagningen skall inte gå på mottagningen utan hjälpas till kontakt med en annan lämplig mottagning.

#### **10. Hantera patienter som uteblir**

Tyvärr är det inte ovanligt att särskilt de svårt sjuka patienterna uteblir från besök. På varje mottagning måste man ha tänkt igenom och ha ett system för att minska bortfallet. Här kan det vara alltifrån att man hämtar patienten, ordnar transport, till SMS-påminnelser och konkret diskussion med patienter hur man kan undvika bortfallet. Man bör i sin utvärdering av verksamheten varje år belysa hur många som uteblir, varför de uteblir och hur man ser på det. Självklart kan man inte tvinga patienter till vårdkontakt. Men avslutad kontakt genom att bara utebli är inget bra kvalitativt mått.

#### **11. Betona vikten av att avsluta patientärenden**

För att ta nya patientärenden måste man självklart avsluta ärenden. En tidsmässigt planerad avslutning tillsammans med patienten är ju det som ofta behövs. Ett system för utglesning av kontakten och ibland en planerad uppföljning efter ett halvår kan vara lämpligt. När jag började arbeta i öppenvård hade många behandlare svårt att avsluta sina patientärenden. Vi införde då avslutarmöten då varje behandlare fick ta med tre till fem ärenden som man kanske borde avsluta och på vilket sätt det i så fall skulle göras.

**Fortsättning sidan 77**

# Ecuador – utan LPT!

Tack vare Cullbergstipendiet kunde jag besöka Institutet för Neurovetenskap i Guayaquil, Ecuador, den stad jag kommer ifrån.

Det finns tre psykiatriska kliniker i landet som finansieras av en stiftelse, Junta de Beneficencia, som sedan 1888 därutöver hjälper andra låginkomsttagare - ecuadorianer inom områden hälsa, utbildning, äldreomsorg och begravningsstjänster.

Personalen som tog emot mig i två veckor visade med stolthet sitt arbetsätt och sin klinik. Diagnostik görs med DSM-IV och ICD-X.

Jag vill beskriva följande skillnader i den psykiatriska vården jämfört med Sverige:

- Det finns ingen psykiatrisk tvångsvårdslag.
- Det görs inga hembesök eftersom det inte finns någon lag som stödjer detta.
- Mycket ansvar för patienten ligger på anhöriga, stor del av anamnesen tas ifrån dem.
- En stor andel patienter börjar beskriva sina psykiatriska symptom med bl.a. huvudvärk för att senare koppla detta till sitt psykiska mående.
- En del patienter söker sig till "schamaner", som kostar 80-120 dollar per besök innan de till slut kommer till psykiatrin.
- Recept är giltiga i 30 dagar, särskilda recept (narkotikaklassade) är giltiga i 3 dagar.
- Kostnad är en viktig del i val av behandling, t.ex. används första generationens neuroleptika, Haldol och generika, men om patienten har ekonomisk möjlighet kan man förskriva vilket preparat som helst.
- Det finns en lag om att privata eller statliga företag, med mer än 50 anställda måste ha minst 4 % handikappade permanent anställda. Patienten har garanterad grundlön, sjukförsäkring, möjlighet till vidareutbildning, rättighet till läkarbesök, handikappbidrag en gång i månaden.
- Läkare som jobbar fyra timmar polikliniskt tar emot 12 – 15 patienter under den tiden.
- Psykiatrisk och psykologisk undersökning görs på läkare inför deras ST-block. Även t.ex. väktare blir undersökta.

Till sist vill jag berätta en av flera sägner om varifrån namnet på min stad Guayaquil härstammar.

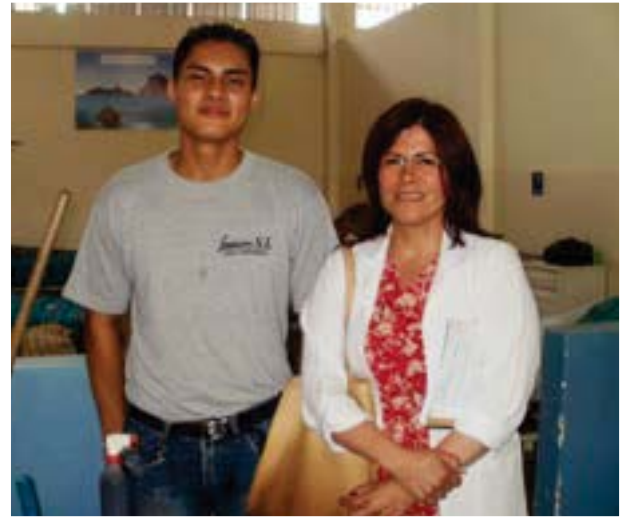
Enligt legenden härstammar namnet Guayaquil från ett Huancavilcaspar. Guayas var gift med en vacker kvinna vid namn Quil, som förutom att vara vacker, också var känd för sin stora kämpaglöd och sin starka personlighet. Båda vägrade att överlämna sig till de spanska erövrarna. Guayas erbjöds frihet i utbyte mot stora skatter som bara han visste var de var gömda.

Spanjorerna accepterade Guayas förslag att gå till toppen av en kulle, som kallas Santa Ana. När de nådde platsen beställde Guayas en kniv för att lyfta en sten som täckte skatten, men det han gjorde var att gå genom hjärtat av sin älskade Quil, varefter han sedan stack kniven i sitt eget bröst. Ingen vet idag var denna skatt finns.

Tack till Cullbergstipendiet och Instituto de Neurociencias för den fantastiska möjligheten att få lära mig om psykiatri i mitt eget land.

**Ileana Riofrio**  
ST-läkare  
Psykiatri Nordväst, Stockholm









# Varför jag inte blev psykiater? Egentligen?

Denna omformulering av frågan kunde inte undvikas. Dels för att inkludera mig själv, dels för att få säga något om er psykiater. Jag kan alltså utifrån negationen ge legitimitet åt att oombedd gå därtill, kanske går jag sedan otackad därifrån. Ett uttryck Ulf Adelson i ett sällsynt klartänkt ögonblick exemplifierade med när han förklarade varför han inte gav Carl Bildt mer anvisningar om hur man kan ta sig an ett partiledarskap.

Man kan bli mycket här i livet. Det finns många platser att inta, många olika uniformer att iklä sig. Man kan tala utifrån olika diskurser, och olika typer av kunskapsdomäner. Och en del uppträder tyvärr i sin roll som på en marknad, medan en del gör det med inlevelse, intelligens, känslighet och tar sitt uppdrag på allvar. De senare måste utgöra lejonparten av en kår. Så är det bland er psykiater.

De skall vi vara glada för. Ni har ju hand om mycket sårbara människor och träder in i mycket känsliga situationer.

Att vara psykiater innebär att inta rollen som den som har något att säga kring psykopatologin. Där har ni er plats. Det handlar om vilken kunskap ni tillägnat er, och om den är adekvat i sammanhanget. Det handlar sedan om någon efterfrågar denna kunskap, och om ni kan förmedla den på ett vettigt sätt. De kraven uppfyller ni säkert. Ni psykiater är känsliga, intelligenta och vill väl. Tveklöst så.

Jag var på väg in på läkarspåret, det skall sägas. Fantasin flödade inte på den tiden. Jag var studiebegåvad och då fanns några givna vägar: juridik, statsvetenskap, teknisk fysik och givetvis – medicin. Men en tvekan infann sig, inget av alternativen kändes överdrivet lockande. Istället följde jag lusten. Innan tanken på vilken examen jag skulle ta formerades studerade jag istället filosofi, teologi och litteraturvetenskap: där skedde något.

Andra intressen kom i förgrunden. Läkaryrket blev mer avlögset.

Några ytterligare faktorer förstärkte denna kursändring. De framstår nu i efterhand som godtyckliga, de speglade inte på något vettigt sätt läkaryrket – absolut inte psykiaterns arbete.

Men de avskräckte mig.

Det första var att jag unnades det tveksamma nöjet att gå bredvid en ortoped i två veckor för att se hur det var att vara läkare. Det var som det var: för att sammanfatta.

Det andra var kemin: ämnet utan någon som helst finess. Naturvetenskapens bastard. Fysikens lagar, biologins närhet till empirin, och matematikens skönhet, det var grejer det. Särskilt matematiken, vissa bevis fick en att bli salig. Så kändes det på den tiden. Men kemin fångade aldrig mitt intresse. Och den utgjorde tyvärr medicinens krycka, det var vad som sades.

Det kändes inte bra.

Psykiatrin innehåller sin kemi, det vet alla. Det är som det är. Det behöver vi inte tjata om. Kemin fyller sin funktion, dock utan att glädja oss (läs: mig) alltför mycket på vägen. Men här finns dock ett glädjeämne som inte är direkt uppenbar: psykiatrin innehåller även matematik i sin enklaste form. Så är det. Det skall vi ta fasta på. Det är en glädje.

Så kanske valde jag fel. Kanske jag borde satsat på att bli psykiater. Matematiken hade krånglat sig in i psykiatrin. Det visste jag inte då.

Vi får ta rygg på matematiken för att få ordning på vad det handlar om: addition, subtraktion, division och multiplikation finns närvarande i psykiateryrket.

Något fattas. Så kan man betrakta psykopatologin. Något borde varit där men finns där inte. Er uppgift blir då att tillföra detta något som fattas dem. Eller att se hur de kan iscensätta ett liv där de kan erhålla det som saknas. Det kan vara lite olika saker: grundläggande kunskaper i livet, en farmakologisk substans, någon givande relation, en insikt, eller något meningsfullt att göra. Det kan vara stort eller litet. Ni har något de saknar.

*Det är additionens logik.*

Eller så drar ni ifrån något ni anser vara fördärligt. De dricker kanske för mycket. Något minne kanske plågar dem. Eller så undanröjer ni hinder som omöjliggör ett värdigt liv. Ni tar bort det dåliga, såsom självkländer, monotont grubbleri, eller aggressionsutbrott.

*Det är subtraktionens logik.*



Sedan träder ni in på specialistens område. Kanske att ni halverar patienten – från hennes megalomana tankar om sig själv. Och inför en portion realism. Den narcissistiske är där en utmaning. Eller så skär man av lite nervtrådar – som vid capsulotomi – och praktiserar lite psykokirurgi.

*Det är divisionens logik.*

Och ibland slår ni på stortrumman, och lägger till ett helt nytt liv, med det gamla som råmall, och gör helt nya sätt att fungera tillgängliga. Ni duplicerar personen, och gör fler av en. Så att personen inte lever ett enfaldigt liv.

*Det är multiplikationens logik.*

Matematiken hade alltså gömt sig kvar på en av sjukhusets kliniker: det borde jag uppmärksammat. Då hade jag gjort slag i saken: då hade jag blivit psykiater.

Psykiater är ett hedervärt yrke. Mycket till och med. Ni träder in i samtal där mycket lite är givet på förhand. Ni lär er in på kroppen vad ett liv kan vara, att vara nära lidandet och de stora frågorna har den effekten på oss människor. Cynismen är långt borta. För många är ni sista utposten innan det totala känslomässiga haveriet.

Om inte det är en meningsfull sysselsättning så vet jag inte.

Varför jag blev psykolog däremot, det tänker jag inte svara på. Eller ni kanske har svaret: att någon formulerar tankar kring varför han inte blev psykiater är kanske svar nog. Ni kanske har rätt:

Jag är galen: därför blev jag psykolog.

Ni sitter inte och skriver en text om varför ni inte blev psykolog. Ni tror på det ni gör och sneglar inte åt andra professioner. Det är värt en applåd. Där har ni förstått något psykologerna (läs: jag) inte förstått.

Jag ångrar mig: jag hade velat bli psykiater.

Då hade jag fått syssla med lite hederlig matematik. Det är något jag saknat.

**Anders Almingefeldt**  
**Leg. psykolog**  
**Specialist i klinisk psykologi**  
**Alingsås**

## Varför blev DU psykiater?



### ABDULSALAM JEBLI

Överläkare i psykiatri

*"Jag är kurd från Irak och såg tidigt att mitt folk behövde hjälp. Det fanns mycket PTSD och suicid - därför valde jag att bli psykiater. I mitt land har man som psykiater inte så hög status - det är kirurger som räknas. Jag utbildade mig i Irak och Rumänien och flyttade sedan till Sverige.*

*Sverige har ju tagit emot många människor från Irak så här finns ett stort behov av arabisk och kurdisktalande psykiater. Visst finns det tolkar men det blir inte alltid bra utan jag tror patienten uppskattar att träffa en läkare som kan språket men också kan kulturen.*

*I Sverige träffar jag patienter från andra krigshärjade länder men självklart också svenska patienter med denna problematik. Det känns gott att kunna hjälpa till med den kunskap jag har."*

VUXENPSYKIATRISKA KLINIKEN  
SÖDRA ÄLVSBERG SJUKHUS



# SVENSKA SÄLLSKAPET FÖR BIPOLÄR SJUKDOM

Jubileumssymposiet LITIUM

**Höstmöte torsdag-fredag 7-8 november 2013, lunch till lunch i Stockholm**

I programmet bl.a.  
Historia  
Verkningsmekanismer  
Monitorering  
Nya rön

Anmälning genom inbetalning av mötesavgift 1200:- till Bankgiro 289 941-7 senast 2013-10-31  
Glöm inte märka inbetalningen med ditt namn.  
Maila samtidigt din anmälan och dina kontaktdata till sällskapet,  
så vi kan nå dig med mötesinfo [SSBSHT2013@gmail.com](mailto:SSBSHT2013@gmail.com)

**Boka dagarna redan nu!**

## 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](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)

**Tove Gunnarsson**  
*Redaktör Svensk Psykiatri*



# Glimtar från Almedalen

## Svenska Psykiatriska Föreningens seminarium

Almedalsveckan bjöd på strålande sol och ett stort antal evenemang. Svenska Psykiatriska Föreningen deltog i ett heldagsseminarium om psykiatri på Kaféet, Hästgatan 10, ett mycket centralt läge i Almedalsviolet. Seminariet handlade om suicidprevention och belyste ämnet från många perspektiv; anhöriga, själv-erfarna, internets roll, aktuell forskning och betydelsen av ideella föreningar för prevention av suicid. Kaféet var fullsatt och stämningen blev både intim och emotionell. Många vittnade om egna erfarenheter av att inte själva ha fått hjälp vid allvarliga suicidtankar eller att deras barn inte blivit tagna på allvar och suiciderat.

Panelen bestod av Pirjo Stråte, ordförande i Stockholms anhörigförening "SPES", Carl von Essen, generalsekreterare för MIND (tidigare Psykisk Hälsa), Else-Marie Törnberg, verksamhetschef för "Suicidprevention i Väst" och Ulla-Karin Nyberg, psykiater och forskare om självmord. De berättade om sina bidrag till kunskapen om suicidprevention. Lena Flyckt var moderator och ansvarade för seminariet.

Det görs otroligt mycket på det suicidpreventiva området, inte minst av ideella organisationer, men det saknas fortfarande kunskap om hur man, på ett likartat sätt, skall bedriva den psykiatriska vården för att förhindra självmord. Det suicidpreventiva arbetet kan heller inte drivas av en part utan måste för att bli framgångsrikt involvera samhället i stort; skolhälsovård, polis, stadsplanerare (höga broräcken), psykiatri och socialtjänst. Denna samverkan finns inte idag på ett strukturerat sätt utan behöver lyftas till den politiska nivån för att möjliggöra ett samlat grepp.

## Andra seminarier

### Myter om skolan som hindrar utveckling – Almedalens bästa möte

Andra viktiga och spännande seminarier var exempelvis "Myter om skolan som hindrar utveckling", ett seminarium arrangerat av Sveriges Kommuner och Landsting. Mötet vann första pris som Almedalens bästa möte för dess innehåll, kunniga panel och goda moderator. Följande myter avlivades:

Klasserna blir större och lärartätheten minskar. (Det finns inget som tyder på att klasstorlekarna ökar. Lärartätheten har ökat under 2000-talet.)

Skolan får allt mindre pengar. (Resurserna per elev ökar.)

Barngrupperna i förskolan har blivit allt större. (Barngrupperna och personaltätheten är konstanta.)

Satsningarna på modern teknik i skolan ger inga förbättrade resultat. (Forskning visar att modern teknik förbättrar inlärningen inom flera områden.)

## Ökad patientmakt ger mer jämlik vård

En proposition om ökad patientmakt lämnas till riksdagen våren 2014 och en förnyad lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet föreslås vara på plats den första januari 2015. Vid ett seminarium arrangerat av Sveriges Kommuner och Landsting där förslaget konsekvenser belystes konkluderades att det behövs ett paradigm- och kulturskifte för att kunna involvera patienten mer i den egna vården. Samma förhållningssätt behövs inom vården som nu finns i andra delar av Europa; att "inget beslut om mig ska tas utan mig". Förslaget poängterar skyldigheten att informera med utgångspunkt från att den svagaste patienten har förstått vad som sägs. Seminariet arrangerades av SKL.

## Vårduppropet och debatten om New Public Management

Årets Almedalsvecka var på ett nytt sätt säte för protester och yttringar, inte bara från politiker och debattörer utan också från vårdpersonal. Några exempel var unga sjuksköterskors upprop för bättre ingångslöner, läkaruppropet mot nedskärningar i vården samt uppropet mot ersättningssystemet som styr vården på detaljnivå. Maciej Zaremba var flitig debattör vid flera välbesökta arrangemang om nackdelarna med ekonomistyrningen av vården.

**Lena Flyckt**  
Ordförande SPF





Efter sex år som sekreterare i SPF är Hans-Peter sedan i mars vice ordförande i föreningen, i år med övergripande ansvar för Svenska Psykiatrikongressen. Hans-Peter är också redaktör för The Nordic Psychiatrist, som ges ut av de nordiska psykiatriska föreningarna gemensamt.

**Född**  
1965.

**Bor**  
I Vasastan i Stockholm.

**Familj**  
Tvillingsöner – numera utflugna.

**Arbetar:**  
Sedan många år med bipolär sjukdom vid Affektiva mottagningen på Psykiatri Nordväst, i Sollentuna.

**Vad gör Du när Du INTE jobbar?**  
Jag sjunger i kör och deltar en del i Stockholms rika kulturutbud. Försöker hinna med lite motion och förbättra mitt pianospel (har tränat på samma Liszttranskription i över ett år). Min familj betyder förstås mycket för mig.

**Favoritmat**  
Njuter gärna och mycket av all sorts vällagad mat, senast på fantastiska B.A.R. i Malmö.

**Senast lästa bok**  
"I en människa" av John Irving.





#### **Vad gör Dig lycklig?**

Lyckan är ett sällsamt ting som infinder sig lika flyktigt som den försvinner, ofta i oväntade stunder – ett möte, en vacker upplevelse eller under stundom utan någon som helst uppenbar orsak.

#### **Vilka förebilder har Du?**

Jag har samlat många positiva förebilder bland kollegor och chefer genom åren; intryck som jag på olika sätt bär med mig i vardagen. På det mer privata planet är min bror en fin förebild.

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

Att närvara i och påverka psykiatrins utveckling. Det händer väldigt mycket och det är en utmaning att inte hamna i bakvattnet. Svenska Psykiatrikongressen har blivit ett allt viktigare forum för psykiaters fortbildning. Vi måste därför ständigt sikta allt högre för att infria våra kollegors förväntningar.

**Stina Djurberg**  
SP redaktion





 **SVENSKA**  
Psykiatrikongressen 2014

Större program än tidigare – mycket debatter  
Fullständigt program kommer att presenteras  
i novembernumret av Svensk Psykiatri

Filmstaden Bergakungen i Göteborg  
12-14 mars 2014

 Du kan också läsa mer (och så småningom  
anmäla Dig)  
på [www.svenskpsykiatri.se/spk.html](http://www.svenskpsykiatri.se/spk.html)

 BIO



**Annons**



### Homo Patologicus. Medicinska diagnoser i vår tid

Fredrik Svenaeus  
TankeKraft förlag, 2013

**«Att med en filosofisk blick betrakta hur den moderna medicinen påverkar människotillvaron har blivit mitt gebit.»**

Så beskriver Fredrik Svenaeus själv inriktningen på sitt tänkande i förordet till sin nya bok. Som professor i filosofi vid Södertörns högskola har Svenaeus i en rad publikationer undersökt olika aspekter av detta stora ämne. Hans utgångspunkt är fenomenologin, en filosofisk tradition som inte sällan kan vara svårtillgänglig för utomstående. Men till skillnad från en filosof som Heidegger, som han ofta refererar till, är Svenaeus lätt att läsa och undviker förvirrande paradoxer och neologismer i sin text. Han skriver istället klart och tydligt med konkreta exempel, vilket inbjuder till reflektion och möjliggör motargumentation även från andra än fackfilosoferna.

På senare år har Svenaeus särskilt intresserat sig för psykiskt lidande och det är där tyngdpunkten ligger även i *Homo Patologicus*. Boken har erhållit flera uppskattande recensioner men också bidragit till en stundtals het debatt i dagspress och sociala medier. Psykiatrin berör många och offentlighöret av DSM-5 tycks ha gett ny energi till debatten under det senaste året.

Svenaeus bok tycks alltså ligga rätt i tiden. I boken diskuterar han en rad olika diagnoser: ångestsyndrom, depression, ADHD, fetma och så kallat datorspelsberoende. Men hans ärende är inte i första hand att granska diagnosernas vetenskapliga underlag eller hur de används av oss inom specialpsykiatrin. Snarare ligger fokus på hur det diagnostiska tänkandet påverkar vanliga människors förståelse av sig själva och sin omgivning.

Bokens huvudtes är att vi i dagens samhälle försöker få den medicinska vetenskapen att fylla fler funktioner än den är lämplig för och att det får negativa konsekvenser när vi tolkar alltmer mänskligt lidande i termer av hypotetiska biologiska funktionsstörningar. Allt fler tycks vända sig till medicinen för att få ett svar på varför de inte mår bra. Svenaeus nämner som exempel hur ångest tidigare under 1900-talet kunde tolkas filosofiskt som reaktion på existentiella dilemman eller politiskt som uttryck för alienation, medan många idag ser ångest primärt som ett sjukdomstecken att behandla bort. Den senare tolkningen kan förstås i vissa fall vara mer rimlig och fruktbar för individen.

Men problemet är enligt Svenaeus att de medicinska tankemodellerna och lösningarna har en så stark dragningskraft att de riskerar att reducera utrymmet för mänskliga normalvariationer och tränga ut andra kunskapsområden, inte minst den filosofiska reflektionen över hur livet bör levas.

Här har Svenaeus, åtminstone i mina ögon, flera viktiga poänger. Även om vi inom professionen förhoppningsvis har en någorlunda realistisk syn på hur pass lite vi egentligen vet om hjärnans funktion och psykiska störningars patofysiologi, tenderar allmänheten att uppfatta psykiatriska diagnoser som klarlagda biologiska funktionsfel i individens hjärna. Denna förhastade slutsats kanske kan vara tilltalande om man vill sälja psykofarmaka, men är inte till hjälp om man vill förstå den enskilda patienten.

I dessa resonemang håller jag alltså i stor utsträckning med Svenaeus. Men boken är inte invändningsfri. Som framgått ovan tar ju Svenaeus på begränsat utrymme upp en rad sinsemellan väldigt olika diagnoser. Mest träffsäker är han i diskussionen om ångest, där han också på ett personligt sätt berättar om sina egna långvariga problem med generaliserad ångest och den nytta han haft av antidepressiv medicinering. Kapitlen om ADHD och fetma innehåller en del tänkvärda poänger, bland annat om hur diagnoserna tycks påverka stigmatiseringen av de olika patientgrupperna på olika sätt, men blir väldigt kortfattade och delvis ytliga. Avsnittet om datorspelsberoende lider av att det vetenskapliga underlaget fortfarande är så pass begränsat och blir därför mer en rad anekdoter och reflektioner kring hur datorspel skiljer sig från andra aktiviteter ungdomar kan ägna sig åt.

Någon gång hemfaller Svenaeus åt ett ytligt och överförenklande språk, exempelvis då han beskriver DSM som «psykiatris bibel», vilket ju är en vanlig men missvisande liknelse som gravt överskattar DSM:s praktiska betydelse för den kliniska psykiatrin. Man kan också invända att heliga texter knappast brukar uppdateras regelbundet utifrån aktuellt forskningsläge och att de sällan har lika kritiska användare som DSM.

En begränsning som Svenaeus delar med många humanistkollegor är att hans källmaterial nästan enbart består av olika monografier, inte sällan av författare med mer eller mindre antipsykiatrisk inriktning. PubMed tycks inte locka så många utanför de medicinska fakulteterna. Visserligen nämns enstaka vanliga läroböcker och två SBU-rapporter i referenslistan, men de ägnas mycket begränsat utrymme i texten. Endast några få medicinska forskare refereras och när de förekommer rör det sig ofta om kontroversiella, radikala psykiatrikritiker som David Healy eller starkt ifrågasatta artiklar som Kirschs metaanalys av SSRI från PLoS Medicine 2008. Läsaren kan därför få en något skev bild av forskningsläget, även om Svenaeus själv aldrig uttalar sig om olika mediciners effektivitet och säkerhet: det är inte hans expertområde och heller inte hans ärende i denna bok.

En sista anmärkning är att jag gärna hade sett att Svenaeus diskuterat icke-farmakologisk behandling närmare; vid flertalet ångestsyndrom är ju kognitiv beteendeterapi förstahandsval idag. Svenaeus antyder att kognitiv beteendeterapi endast ger yttlig symtomreduktion, vilket är en orättvis beskrivning av detta breda fält av terapeutiska metoder. Och analysen av tankar och beteenden inom ramen för en sådan terapi ger ju tvärtom ofta en djupare förståelse av den individuella patienten än enbart diagnostik enligt DSM.

Sammanfattningsvis tycker jag ändå att Svenaeus bok är klart läsvärd för den som är intresserad av ett filosofiskt perspektiv på psykiatrisk diagnostik. Det höga tonläget och den ofta låga kunskapsnivån i den ständigt pågående psykiatridebatten kan författaren inte beskyllas för. Tvärtom är hans insats värd att uppmärksammas som ett positivt exempel på hur personer utanför professionen kan bidra konstruktivt till vår förståelse av psykiatri och dess roll i samhället. Och är inte en av lockelserna med vår specialitet just att den är intressant och angelägen för så många människor? Hur ofta får våra kollegor inom till exempel njurmedicinen tillfälle att berikas av filosofiska och idéhistoriska perspektiv på sin verksamhet? För min del hoppas jag att fler humanister och samhällsvetare kan inspireras av Svenaeus verk och intressera sig för psykiatrins värld ur olika perspektiv.

**Joar Guterstam**  
ST-läkare och doktorand  
Stockholm

## Även kvantmekaniken måste tolkas!

Fortsättning från sidan 65

### Avslutning

Det framgår lätt här att psykiatriskt arbete är väldigt sammansatt och inte kan liknas med att t.ex. tillverka telefoner.

Nu menar jag att det inte är något fel att tillverka telefoner. Risken är att ni som läser artikeln tycker att jag tar i för mycket. Det är inte alls mitt syfte. De flesta höga chefer och politiker vill säkert ha en bra verksamhet. Syftet är däremot att inte förenkla vårt arbete och att få en bra diskussion. Jag hoppas att många kollegor har ork och lust att kommentera min artikel.

**Lars Albinsson.**  
Överläkare i psykiatri. M.D., Ph.D.  
lars.albinsson@hotmail.se

I "Förnuft och kvantfysik. Tankar om verklighet och medvetande" i SP 4 2012 tar Tord Bergmark upp stora och svåra frågor om kvantmekanik, strängteori och M-teori. Han visar förtjänstfullt hur krångligt det kan bli. Jag håller med Tord om att teoretiska spekulationer måste göras med försiktighet. Strängteorin och M-teorin är än så länge bara lovande teorier utan någon experimentell bekräftelse.

Jag ska därför bara beröra frågan om tolkningar av den "vanliga" etablerade kvantmekaniken KM genom att kort beskriva ur vilka olösta problem kvantmekaniken uppstod. Se artikel på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

I en kommande artikel även KM:s möjliga relation till biologi och medvetandet. För bägge dessa frågor finns flera svar.

**Jan Pilotti**  
Fil kand matematik, teoretisk fysik  
Pensionerad ungdomspsykiater

Detta är nr 1 av 3 i en artikelserie **Suicidalitet – tre perspektiv**. De följande kommer att behandla psykologiska respektive neurobiologiska aspekter på suicidalitet.

## Här finns problem att lösa!

### Sammanfattning

När vi människor har det svårt tänker många av oss automatiskt på död och självmord. Det är normalt och ofta nyttigt och hos de flesta klingar sådana tankar av spontant och ersätts av mer konstruktiva problemlösningar. Hos personer som lider av ångest, depression, utmattning, en känsla av utanförskap och annan psykisk smärta kan dock tankarna på döden som en möjlig utväg bli mycket farliga. Situationen förvärras ofta av en svårighet att be om hjälp. I stället drar sig personen inom sig själv och utarbetar en självmordsplan. En ytterligare, ibland mycket ringa, påfrestning kan göra att planen sätts i verket. Den suicidala patienten kommer till psykiatern/behandlaren fylld av dessa svårigheter. Det är viktigt att börja samtalet där hen är och följa upp med ett problemlösningssperspektiv. Tvåforsarsamtal är en bra modell för att bryta patientens känsla av isolering och möta de aktuella behoven. Frågan är om inte patologisk suicidalitet bör ses som ett eget psykiatriskt syndrom.

Fortfarande dör 1 400–1 500 svenskar i suicid varje år. Läget är således ständigt akut. Låt oss därför snabbt försöka komma fram till en någorlunda välfungerande modell för bemötandet av dessa personer!

En för klinikern bra patient kommer självmant till doktorn med ett begränsat, relativt lättbotat problem, följer givna ordinationer och blir snabbt frisk. Med en suicidal patient är det ofta precis tvärtom. Hen har kört fast, kommer inte längre. Psykiaterns/behandlaren uppgift är att i samarbete med patienten lirka loss henne så att hen kan gå vidare av egen kraft samt att i andra hand förse henne med verktyg för det fortsatta levandet, Beskow 2013, Nyberg 2013. I fortsättningen används termen behandlare för psykiatern och övriga medarbetare i teamet.

Psykisk sjukdom är ofta en av flera orsaker till patientens oförmåga att hitta fungerande lösningar på aktuella problem. Det är nödvändigt att lyssna noga till hur hen upplever problemen ur sitt eget perspektiv, Michel 2002, och hur suicidaliteten vuxit fram. Först i andra hand kommer bedömningen av hur en eventuell psykisk sjukdom påverkar detta. Problemlösning spelar en framträdande roll i några nyare teorier om suicidalitet, Van Orden 2010, O'Connor 2011.

### Lyckade problemlösningar

Hela livet kan ses som en enda lång kedja av problem. Friska människor ser dem, koncentrerar sig och attackerar dem ett efter ett. Detta gäller även positiva uppgifter, som att skaffa sig utbildning i suicidprevention.

**Teknik.** I många vardagliga situationer måste man se sig omkring för att tidigt identifiera problem och starta problemlösningssprocessen, d v s skaffa detaljerad information, prioritera det viktigaste problemet, utforska möjliga problemlösningar, välja den som har störst utsikter att lyckas, fastställa en handlingsplan, genomföra den och värdera resultatet samt minnas allt detta till nytta för framtida liknande problemsituationer. Det autobiografiska minnet är användbart för att hämta inspiration ur tidigare lyckade problemlösningar. Är problemen viktiga och påträngande ökar aktivitetsnivån, arousal, Ogden 2006, och därmed tankeflöde och lösningseffektivitet som dock lätt kan slå över i kaos. Ibland handlar det om att omdefiniera problemet: Det väsentliga visade sig vara ett helt annat problem. Man kan då hitta en lösning utifrån ett oväntat perspektiv. Hela problemlösningssprocessen går ofta på ett ögonblick men kan också dra ut på tiden. När problemet är löst kan man lämna det och gå vidare till nästa.

### Misslyckade problemlösningar

Med ett konsekvent problemlösningssperspektiv kan man egentligen inte misslyckas. Man lär sig i stället alltid något nytt. Det här fungerade inte, nu måste jag förstå varför och göra nya försök. Det finns dock undantag. Ett genomfört självmord är i många fall det definitiva misslyckandet. Vägen dit går genom många *upplevda misslyckanden*. Då är det naturligt att känna sig trött och drabbas av missmod. Inte sällan sker en förskjutning mellan tre olika områden:

- problematisering, att syssla med det egentliga problemet eller problemen
- personifiering, att syssla med sig själv och varför man är så misslyckad; samt till sist
- suicidalisering, att ge upp och fundera på suicid som den enda kvarstående lösningen.

Under behandlingen skall det ske en glidning från suicidalisering över personifiering tillbaka till problematisering. Det är viktigt att veta inom vilket av dessa områden man befinner sig. Vart och ett av dem har sitt eget fokus, sin egen struktur men också sitt eget språk.



### **Problematisera, d v s fokus på problem**

Problemperspektivet innebär således att så exakt som möjligt definiera ett delproblem i sänder, det må vara praktiskt och/eller relationellt och sedan att med alla till buds stående medel lösa eller nästan lösa detta innan man går vidare till nästa. Problemlösning är en övervägande kognitiv process och språket konkret och praktiskt.

**Personifiera, d v s fokus på person.** Det krävs alltid ett emotionellt engagemang för att man ska kunna värdera och prioritera. Det krävs också ett extra tillskott av energi, en aktiveringstopp för att verkligen lösa ett problem och inte bara prata om det. Detta är personifieringens normala och nyttiga funktion.

Om problemen inte går att lösa ökar ofta upplevelserna av hot, förlust och kränkning. Försvarsmekanismer såsom kamp, flykt, frysning och svimning (fight, flight, freeze och faint) aktiveras och ger upphov till känslor av rädsla, ångest, ilska, skam och depressivitet. Genom det djupa emotionella engagemanget dras hela människan in i problemlösningen. "Det är jag som är problemet; jag måste bli bättre, men hur?" Självstilliten sjunker, tröttheten ökar liksom tendenserna till kaos och förtvivlan. Personifieringen har blivit dysfunktionell, patologisk. Språket handlar om att identifiera och sätta ord på blixtnabba skeenden och därigenom omvandla alltför snabba slutsatser, kortslutningar, till längre och mer genomtänkta detaljrika berättelser. Detta kräver att man förstår hur oerhört snabbt processerna löper inne i hjärnan och drar konsekvenser av det, Stern 2005.

### **Suicidalisera, d v s fokus på suicid**

Upplevelser av rädsla, ångest, förluster och kränkningar är några av våra viktigaste överlevnadsmekanismer. Deras normala funktion är ett meddelande från mig själv till mig själv om problem, som jag måste ta itu med för att må bra och kunna överleva, psykiskt och kanske också kroppsligt. Om problemlösningen misslyckas förstoras, generaliseras och permanentas dessa känslor hos sårbara personer och blir till psykiska syndrom: ångest, depression och paranoia.

På liknande sätt är tankar på självmord också en överlevnadsmekanism. De är således *normala och vanliga*, ofta det första som dyker upp, t.ex. i ett äktenskapligt gräl: "Går du från mig, tar jag livet av mig!" Tankar på suicid är också *nyttiga* genom att fungera som en plan B. Det finns en utväg! Detta gör att handlingsförlamningen, freeze, släpper och det blir möjligt att tänka nästa tanke, ta nästa steg. Döden som fullt möjligt alternativ ökar i den här situationen energinivån och leder personen mot det problem som är viktigast att lösa för att lusten till liv skall återkomma och bidrar således konstruktivt till en rationell problemlösning. Suicidala personers vanligen goda problemlösningsförmåga försämras dock ofta katastrofalt, när tankar på suicid alltmer upptar hela deras medvetande, Williams 2005.

När denna process pågått ett tag kan personen uppleva att hen inte kommer någon vart, att situationen är låst. Det är som att vara i ett fängelse, *entrapment*, Williams 2001. Tankarna på suicid växlar i intensitet och i hur inträngande och hur tvingande de upplevs. Stundtals slukar de hela uppmärksamheten. Parallellt utarbetar hen en suicidal plan, ett *suicidalt modus*. Frågor om hur? och var? dyker upp och besvaras. Frågan när? avgörs däremot ofta i två led. Först ett *val*: "Jo, jag ska ta livet av mig - men inte nu! Kanske i morgon, kanske nästa sommar, kanske någon gång i framtiden". När ytterligare någon påfrestning tillkommer kan personen blixtnabbt fatta *beslutet*: "Nu ska det ske!" Sedan går det vanligen mycket fort, Deisenhammer 2009. Personer är vanligen ensamma när de tar livet av sig. De är därför själva den individuella suicidpreventionens främste aktör, den som behandlaren måste sätta sin tillit till. Behandlaren's uppgift är att underlätta förskjutning av dagen för självmordet och under tiden tillsammans med patienten utveckla kopingstrategier för hotfulla situationer.

**Psykisk smärta.** När patienten trängs av tidsbrist och katastrofen kommer allt närmare ökar ångesten markant, *looming anxiety*, Riskind 2006, vilket kan ge en outhärdlig psykisk smärta. Som en patient uttryckte det: "Det är som huvudet skulle sprängas av en olidlig migränhuvudvärk, som man är fängslad i, man vet att man inte kommer ifrån den." Delvis beror detta på att centra för psykisk och somatisk smärta ligger nära varandra i hjärnan, Kahl 2004. Smärtan minskar genom ett mjukt bemötande förmedlat av ögon, röst och händer, men också genom känslomässig bekräftelse och hopp om förändring.

**Utanförskap.** När medvetandet är fyllt av ångest, depression och tankar på den nära förestående döden finns inget utrymme för normala relationer till andra människor. Även uppmuntrande ord kan kännas som knivhugg rakt in i det känsliga psyket. Ensamheten eskalerar: ingen älskar mig och jag älskar ingen. Det vore bäst för alla om jag drar mig inom mig själv och till sist försvinner. Detta sker trots att personen oftast har anhöriga och vänner som inget hellre vill än nå fram och lindra plågan. Denna betingas delvis av att upplevelser av smärta och att känna sig utanför bearbetas i samma områden i hjärnan, Eisenberger 2003.

**Patologisk suicidalitet en egen psykisk störning?** Känslor som rädsla, ångest, ilska, skam och depressivitet har en normal och rationell funktion i all problemlösning. Om de inte fungerar så blir de dysfunktionella och kontraproduktiva, problem i sig själva. Då brukar de betecknas som psykiska störningar. Vi bör närmare diskutera om inte den dysfunktionella *suicidaliteten* borde ses på samma sätt och uppfattas som patologisk och värd ett eget syndrom i DSM-systemet.

## Bemötande

Oftast vill personen *egentligen leva men vet inte hur det ska gå till*. Detta är värt att lyhört ta reda på. Om så är fallet har man redan ett gemensamt mål att arbeta mot och en struktur för samarbetet. Bemötandet skall rikta sig mot den akuta suicidaliteten, inklusive den medföljande utmattningen, smärtan och upplevelsen av isolering samt suicidrisken, som också bedöms gemensamt. Psykoedukation, d v s att informera om suicidalitet anpassat efter patientens situation skall alltid finnas med. Redan under första sessionen ska patienten lära sig ett verktyg för att minska sin ångest och sin risk för suicid. Aktuella konflikter, psykisk sjukdom och andra bakomliggande faktorer får man sedan ta ett i sänder i prioritetsordning.

**Tvåforskarsamtal.** Detta innebär att man resolut sätter in den suicidala personen i ett arbetssammanhang. Behandlare och patient möts som två forskare kring det problem de har gemensamt. Så kan man göra vid varje samtal mellan två personer men principerna bör omfattas av hela teamet, *teamforskarsamtal*. Detta kan fungera även om behandlaren någon gång behöver ta över beslutsfunktionen, t ex vid en vårdintygbedömning. Detta blir en tillfällig återgång till de traditionella expert-patientrollerna.

Tvåforskarsamtalet är ett problemlösningssamtal mellan två jämställda personer som respekterar varandra och behöver varandras experterfarenheter. Symboliskt läggs problemet på bordet mellan parterna. Patienten är expert på sig själv, sina problem och sin suicidalitet. Behandlaren är expert på förklaringsmodeller och behandlingsmetoder, SPIV 2013.

Denna struktur dämpar ångesten, ger energi åt samtalet samt anknyter till den friska kärna som varje patient har bakom sina sjukdomssymtom. Isoleringen bryts och hen känner sig återupprättad.

Patient och behandlare bearbetar tillsammans ett problem i sänder och först när det är löst eller nästan löst går de vidare till nästa. De "kortslutningar" som är så vanliga i vårt tänkande broderas ut till långa, detaljerade och därmed begripliga berättelser. Man har då stor nytta av den s.k. *Femfaktormodellen*, Gyllensten 2011, som innebär att korta kognitiva slutsatser utvecklas till en lång detaljerad berättelse genom att i detalj registrera samspelet mellan kognitioner, emotioner, kroppsförnimmelser, beteenden samt den sociala/relationella omgivningen.

## Det är bråttom!

Fortfarande dör 1 400-1 500 svenskar i suicid varje år. Låt oss därför snabbt försöka komma fram till en någorlunda välfungerande modell för bemötandet av dessa personer!

**Jan Beskow**

**Professor, Sahlgrenska akademien och Suicidprevention i Väst, Göteborg**

**Anna Ehnvall**

**Med.dr., Sahlgrenska akademien, överläkare vid Psykiatriska kliniken i Varberg**

**Ullakarin Nyberg,**

**Med.dr., Karolinska Institutet, överläkare, Norra Stockholms psykiatri, Stockholm**

## Varför blev DU psykiater?



### ISTVÁN PÁSTI

Specialist i psykiatri

*"Jag funderade mycket vilken specialitet skulle jag välja när jag var läkarstudent. Först lockade radiologin, där finns fantastiska utrustningar och möjligheter. Därefter började jag tjänsten på Psykiatriska Kliniken i Budapest. Avdelningen där är inriktad mot psykoterapeutisk behandling. Jag kunde delta i terapeutiska grupper, jag fick lära mig mycket. Det direkta patientarbetet var mest lockande. Att man kan delta i en process, där en person blir av med en del av plågan. Det är ju fortfarande en underbar upplevelse när det sker.*

VUXENPSYKIATRISKA KLINIKEN  
SÖDRA ÄLVSBERG SJUKHUS

**Annons**

# Nya nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

I slutet av oktober publicerar Socialstyrelsen nya riktlinjer för att ge vården ökad kunskap om vilka antipsykotiska läkemedel som personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd bör erbjudas.

Dessa personer tillhör en utsatt grupp som förutom psykisk sjukdom och nedsatt funktionsförmåga även får kroppsliga sjukdomar oftare än andra och där medellivslängden dessutom är betydligt kortare än för befolkningen i övrigt. Antipsykotisk läkemedelsbehandling är en hörnsten i behandlingen av dessa sjukdomar men kan också bidra till en ökad sjuklighet och dödlighet. Rätt val av läkemedel och en optimal dosering är dessutom en förutsättning för att andra insatser, exempelvis psykosociala, ska få gynnsam effekt.

De områden Socialstyrelsen tar fram rekommendationer för är behandling med antipsykotiska läkemedel i prodromalfas, av nyinsjuknade i psykosjukdom, vid kronisk sjukdom, vid svårbehandlad sjukdom, vid viktuppgång och vid extrapyramidala biverkningar. Urvalet av åtgärder har utgått från den systematiska litteraturöversikt som Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) publicerade i november 2012, «Schizofreni – Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation».

## **Bättre behandling, ökad social funktion och färre biverkningar**

I början av 2011 publicerade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Psykosociala insatser och antipsykotiska läkemedel är båda viktiga delar för att lindra symtom men även öka funktionsförmågan.

Inom psykiatrin har personer med psykosjukdomar bedömts vara särskilt utsatta då dessa sjukdomar oftast är livslånga och leder till funktionsnedsättning, socialt utanförskap och förkortad livslängd. De nya riktlinjerna ska bidra till säker men även framåtsyftande och evidensbaserad psykiatrisk vård för de svårast sjuka. De ska även bidra till bättre behandlingsresultat, ökad social funktion men också att minimera biverkningar för dessa patienter.

Ytterligare ett syfte med riktlinjerna är att verka för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten i ökad utsträckning samverkar så att medicinska och psykosociala behandlingsmetoder kombineras för dessa personer.

## **Många externa experter deltar i arbetet**

Faktaansvarig för riktlinjearbetet är Mats Berglund (professor emeritus, Beroendecentrum, MAS, Malmö), som även deltog i arbetet med framtagandet av ovan nämnda SBU-rapport.

I arbetet ingår också prioriteringsgrupp med externa experter med kompetens och erfarenhet av arbete med både psykosociala insatser och läkemedelsbehandling. Gruppen leds av prioriteringsordförande Lena Flyckt (docent, överläkare, Norra Stockholms psykiatri).

## **Läkemedelsverket publicerar också rekommendationer**

Samtidigt som Socialstyrelsen publicerar riktlinjerna kommer Läkemedelsverket med en behandlingsrekommendation för läkemedelsbehandling vid schizofreni som även den bygger på SBU:s rapport. Målgruppen för Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer är framför allt förskrivare, andra vårdprofessioner och läkemedelskommittéer.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer kompletterar varandra. Socialstyrelsens ger enbart rekommendationer om läkemedelsval vid olika tillstånd. Riktlinjerna fokuserar på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort. Målgrupper för riktlinjerna är både politiker, tjänstemän och verksamhetschefer, övrig vård- och omsorgspersonal samt patienter, brukare och anhöriga.

Läkemedelsverket beskriver bland annat verkningsmekanismer för antipsykotiska läkemedel, utrednings- och uppföljningsmetoder och skattningsskalor, läkemedels säkerhet och monitorering samt antipsykotisk läkemedelsbehandling vid nedsatt organfunktion och läkemedelsbehandling hos barn, ungdomar och äldre.

### **Alla kan påverka riktlinjerna**

Den preliminära versionen av riktlinjerna kommer, liksom Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation, att publiceras den 24 oktober på Socialstyrelsens hemsida och kan enkelt laddas ner eller beställas där. Fram till den 20 december i år finns också möjlighet att lämna synpunkter och kommentarer. Dessa bearbetas till en final version av riktlinjerna som publiceras under våren 2014.

I november anordnas ett nationellt seminarium för att nå ut med de nya riktlinjerna till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer.

Då presenteras riktlinjerna samtidigt som förväntningen från Socialstyrelsen är att varje sjukvårdsregion presenterar en analys av hur de påverkas av de nya riktlinjerna och hur man planerar att arbeta med implementering.

Under den Medicinska Riksstämman den 5-6 december bjuder Socialstyrelsen in till ett seminarium om de nya riktlinjerna. Lena Flyckt och Mats Berglund medverkar.

**Sara Hed**  
**Utredare på Socialstyrelsen**

**Projektleddare för nationella riktlinjer för läkemedelsbehandling  
vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd**



# Psykiatriska diagnoser på gott och ont

**Personer som lider av psykiska besvär har ofta varit rädda för att bli stämplade som "psykfall" som de uttrycker det, som om alla psykiska störningar skulle kategoriseras inom en enda grupp. De behöver upplysas om att olika psykiatriska diagnoser har olika orsaker, olika symtom, olika förlopp, olika behandlingar och olika prognoser.**

Ända in på 1980-talet kunde läkaren på sjukintyget skriva diagnosen "psykisk insufficiens", utan närmare specifikation. Idag krävs dock en specifik diagnos. Somliga patienter upplever det positivt med en diagnos medan somliga andra upplever diagnosen negativt. En ung vuxen som får diagnosen ADHD blir lättad av att hans beteendestörningar under barndomen inte handlade om ovilja att anpassa sig till tillvaron utan det var en oförmåga. Någon som har tappat livslusten och arbetsförmågan inom några veckor får en förståelse för sitt tillstånd med diagnosen depression, en diagnos som är vanligt förekommande och behandlingsbar. Men den som har fått ett maniskt skov har svårt att ta till sig en diagnos. Eller den som känner sig förföljd och bevakad, för henne är det en verklighet hon lever i och vill inte bli sjukförklarad genom en diagnos.

Inom all sjukvård inklusive psykiatri, använder man diagnoser för att sammanfatta patientens tillstånd, för att kunna dra nytta av vetenskaplig litteratur och erfarenheter och behandla sjukdomen på bästa sättet.

Ibland hävdas att det vore fel att dela upp symtomen i ett antal kategoriska diagnoser, eftersom individens symtom i form av tankar, känslor och handlingar förekommer längs kontinuerliga dimensioner. Ett kategoriskt tänkande anses förklara en person att tillhöra antingen kategorin sjuk eller kategorin frisk, medan ett dimensionellt tänkande skulle hålla skillnaden mellan att vara sjuk och att vara frisk flytande utan någon skarp gräns.

Men somatiska parametrar som blodtryck, vikt, hormonnivån eller kemiska mätvärden i blodprovet föreligger längs kontinuerliga dimensioner men ändå har man haft nytta av att kategorisera diagnoser för kroppssjukdomar utifrån dessa mätvärden. Detta stämplas då som en "medicinsk modell" som inte skulle vara lämplig inom psykiatri.

Förr i tiden, när man ville köpa kläder eller skor gick man till en skraddare eller skomakare som tog de exakta måtten.

Man tänkte då att varje individ har en unik storlek och form, och tanken att man skulle kunna begränsa sig till ett antal storlekar och former var långsökt på den tiden. Men idag, när man vill köpa kläder eller skor går man till affären och väljer bland ett antal specifika storlekar. Fabriken tillverkar ett antal kategorier som ska passa olika individer som egentligen har storlek och form som kan mätas på en kontinuerlig dimensionell skala.

Emil Kraepelin arbetade under 1880-talet på mentalsjukhus i Tyskland med svårt sjuka patienter som hade alla möjliga symtom – vanföreställningar, hallucinationer, isolering, kraftig ångest och rädsla, depressiva och maniska tillstånd, självskadebeteenden, aggressivitet, förvirring, minnesstörningar, etc. Många hade svårt att sköta sin hygien och somliga utträttade sina behov överallt. Det var en stor utmaning att försöka upptäcka några mönster i symtomfloran. Kraepelin avgränsade "dementia praecox" som sedermera fick namnet schizofreni av Bleuler 1911, samt diagnosen manodepressiv sjukdom. Kraepelins kollega Alzheimer undersökte hjärnvävnad hos de avlidna som hade haft demenssymtom och visade att dementia praecox skilde sig från demens hos de äldre vilken fick namnet Alzheimers sjukdom.

Under samma tidsperiod hade neurologen Charcot i Paris försökt behandla kvinnor med diagnosen "hysteri" som var känd sedan Hippokrates. Sigmund Freud från Wien besökte Charcot 1885 och började behandla hysteri först med hypnos och övergick sedan till att utveckla psykoanalys. Freuds patienter hade symtom som inte var vårdkrävande på mentalsjukhus. Han återuppväckte begreppet "neuros" och tillsammans med Jung utvecklade han denna diagnosgrupp som innehöll olika så kallade neurotiska diagnoser som hysteri, tvångsneuros, neuroasteni och ångestneuros.

En annan samhällsutveckling som också har påverkat behovet av diagnoser är upprättandet av register med dödsorsaksstatistik, och i förlängningen statistiska register för individernas hälsa och sociala omständigheter under livstiden. Dessa register kan användas för att sammanställa samhällets hälsotillstånd och dess förändring genom åren.

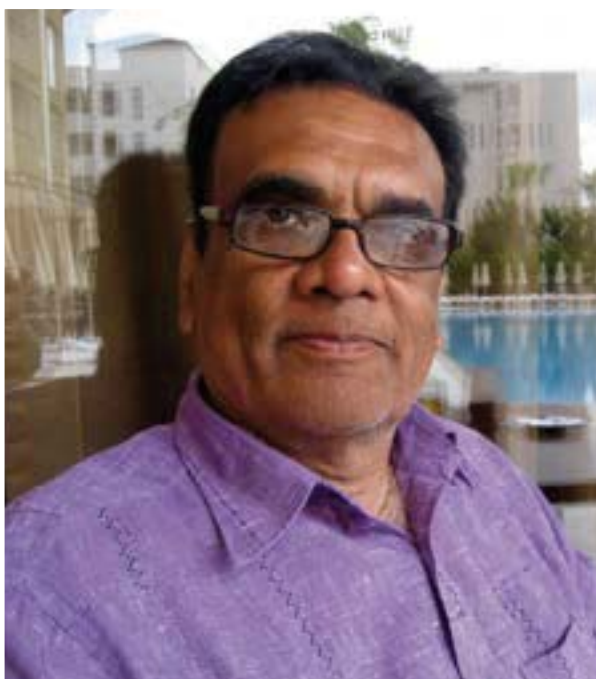
Det är viktigt att påpeka tre betydelsefulla aspekter i samband med diskussionen om diagnoser.

För det första är det önskvärt och en styrka för samhället att vi är olika varandra även på det psykiska planet, och vi ska ha en tolerans för måttliga avvikelser från genomsnittet. Det är bara när individen har betydande funktionsinskränkning, beteendestörning eller lidande som en diagnos blir aktuell.

För det andra är det minst lika viktigt att ta i beaktande i vilken fas av sin sjukdom (diagnos) som individen befinner sig, och inte bara vilken diagnos individen har. En person som har diabetes där han klarar sig med kost och motion eller tabletter, hans funktionsnivå är betydligt bättre än en person som har epilepsi som trots medicinering får oförutsägbara generella kramper någon gång per vecka. Men en person vars diabetes är så svår och avancerad att han har återkommande njursvikt och synproblem, hans funktionsnivå är betydligt sämre än en person med epilepsi som klarar sig utan kramper med välinställda mediciner.

För det tredje är psykiatriska diagnoser och diagnoskriterier inte statiska utan revideras fortlöpande i takt med forskning om psykologiska företeelser i allmänhet, om psykiska symtom i synnerhet samt det man har lärt sig om sambandet mellan kroppsliga parametrar och psykiska symtom.

**Jayanti Chotai**  
**Professor/ överläkare i psykiatri**  
**Umeå**  
**Foto privat**



## Seniora psykiatriker ...

... bidrar i dag till att upprätthålla en fungerande psykiatrisk verksamhet!

Många av oss har betydande erfarenheter från många olika områden som kliniskt arbete, mentorskap och handledning, undervisning och FoUU, och har dessutom kanske börjat fundera över olika aspekter på psykisksjukdoms utredning, diagnos, behandling, etiologi, kunskaps- utbildnings- och behandlingsrelaterade frågor, samhällsaspekter samt hur olika organisations- och ledningsaspekter kan påverka allt detta.

Vi skulle gemensamt kunna bidra till att vara både en referensgrupp, bollplank, erbjuda föreläsningsförslag, föreläsningar, seminarier och olika typer av utbildning för att komma med både nu- och framtidsinriktade förslag för att utveckla den psykiatriska verksamheten och forskningen med avseende på utredning, diagnostik/differentialdiagnostik och behandling/åtgärd vid olika psykiatriska tillstånd.

Undertecknad fick av SPF:s nya styrelse den 14/3 i uppdrag att ta reda på om det finns intresse att vara en del av eller till SPF knuten eller associerad grupp av seniora psykiatriker med olika bakgrund och intressen enligt ovan.

Upplever du, som senior psykiatriker, att något av ovanstående appellerar till din situation och dina intressen var god maila till undertecknad samt ge förslag på tid och lämplig mötesplats i Stockholm (ev. restaurang, ev. med tillgång till avskilt rum eller något annat) där vi skulle kunna träffas första gången för att påbörja en diskussion utifrån ovanstående.

**Ange namn, mailadress, telefonnummer och intresseinriktning.**

Med stora förhoppningar om en positiv utveckling för psykiatrin!

**Björn-Erik Thalén**  
**Överläkare allmänpsykiatri, legitimerad psykoterapeut samt handledare i KBT, PhD.**  
**[bjorn-erik.thalen@comhem.se](mailto:bjorn-erik.thalen@comhem.se)**



### Evolutionspsykologi - en kritisk introduktion

Red. Viren Swami  
Studentlitteratur, Lund 2013

#### Vad är det som lönar sig i det långa loppet?

Allt som kan underlätta utvärdering av mänskliga olikheter, framför allt i termer av bättre och sämre, tycks vara intressant inte minst i kulturer präglade av konkurrens. Inom evolutionen handlar konkurrensen om överlevnad. De egenskaper premieras som leder till att arten frodas, helst "tar marknadsandelar", och överlever och fortplantar sig. Det handlar dock inte i första hand om att skaffa avkomma utan om att sprida sina gener. I en mening är vi huvudsakligen värddjur för våra gener. Inte bara egenskaperna hos en framgångsrik art är intressanta utan också att framgången också säger något om den miljö i vilken arten frodas, menar evolutionspsykologerna. Om vi har några gener för – låt oss säga - beteende som avspeglar uppfattningen "människors lika värde" behöver de "rätt miljö" för att komma till uttryck.

#### Evolutionpsykologin under lupp

I en fyllig antologi om elva kapitel redovisar och kritiserar elva brittiska och amerikanska forskare inom evolutionspsykologin hur denna disciplin kan bidra till förståelsen av den mänskliga naturen och mänskligt beteende. En utgångspunkt är att människor har en evolutionärt utvecklad mental arkitektur som styr deras beteende.

Kritik har riktats mot evolutionspsykologin framför allt från evolutionsbiologer men även från samhällsvetare. Vissa av disciplinens mer "populära" fynd tycks ha baserats på studier med alltför långtgående förenklingar i metodologiskt upplägg, oklara begreppsdefinitioner eller åsidosättande av neurofysiologiska forskningsfynd. Disciplinen kritiseras också för en syn på evolutionära förändringar som gradvisa medan molekylär- och populationsgenetikens resultat pekar på en kraftfull acceleration i adaptiv evolution under de senaste årtusendena.

#### Heta fynd

En författare framhåller att evolutionspsykologer är väl försiktiga vad gäller att utforska skillnader mellan grupper, påverkade av den kritik som riktades mot sociobiologin beträffande teorier om skillnader mellan kön, ekonomiska klasser och etniska grupper och kulturer, då dessa tagits som argument för till exempel ohämmad kapitalism, rasistisk invandringspolitik, rashygien eller tvångssterilisering.

Detta trots att de varit mycket små jämfört med de inlärdade skillnaderna som vuxit fram genom selektion av skilda genuttryck i olika miljöer. Författaren efterlyser mer välgjord forskning beträffande skillnader mellan människor till exempel vad gäller partnervälspreferenser, trohet, promiskuitet, empati, altruism, samarbetsvilja, social läggning och uppfinningsrikedom.

#### Jägar-samlargenerna

Den brittiske psykoanalytikern Bowlby utgick ifrån att det finns många mänskliga egenskaper som inte tycks ha något överlevnadsvärde i vår kultur, men som kunde haft det i den miljö där de först utvecklades. Författarna i antologin undersöker frågan om vi i moderna samhällen lever med samma hjärna som utvecklades på stenåldern. Står sig då vår "uråldriga" genuppsättning i dagsläget? Det tycks inte finnas något enkelt svar. Den genuppsättning som människan förfogade över efter separationen från primater och hominoider, för kanske 100.000 år sedan, utrustade oss med matchande psykiska, affektiva, kognitiva och beteendemässiga, grundläggande reaktions- och beteendemönster som passade den tidens miljö. Miljön har radikalt förändrats. I vilken utsträckning har hjärnan hunnit med?

Tidsspannet fram till nutiden tycks bädda för en adaptiv fördröjning som röjs i "spontanadekvata" otidsenliga reaktioner till exempel på stress. Detta perspektiv ifrågasätts dock, dels på grund av den stora spridningen vad gäller utformningen av förfädernas miljö, dels framhålls att även om vi har den basala genuppsättningen kvar, så talar epigenetiska mekanismer för att det "under resans gång" har funnits perioder av stort selektionstryck mot modifiering av genuttryck. Människan har också, som enda djur, i stor utsträckning kunnat forma miljön efter egna behov vilket gynnat selektionen av vilka gener som kommer till uttryck i funktion och beteende. Detta gör att en adaptiv fördröjning inte torde vara så stor.

## Många uppslag

Även om antologin bitvis är ganska torr "akademisk" om än "principiellt viktig" har den forskning som åberopas en stor variationsvidd och berör en mängd djurarter, inte minst primater, vilket kan belysa såväl primärt mänskligt beteende som mänsklig neurofunktion. Det finns dock prunkande blomster i den akademiska rabatten! Ett antal intressanta aspekter avhandlas. Det gäller dels generella aspekter av beteende, kognition och personlighet, social överföring av information, dels också specifika aspekter som samarbete och altruistisk hjälpsamhet, partner- och könsurval, skönhet/attraktion, fortplantningsbeteende, familj och föräldraskap, psykisk sjukdom. I texterna finns också många spännande hypoteser, intressanta ofta detaljerat redovisade experiment och fascinerande iakttagelser.

Några exempel: Man kommer att utvecklas snabbare i puberteten om man påverkas av någon riskfaktor i barndomsmiljön. Menopausen är funktionell därför att kvinnans gener sprids bättre om hon stöder barn och barnbarn snarare än att få än fler egna barn – mormorshypotesen. Det är oklart om män blir bra fäder för att det är effektivt sätt att sprida gener genom att ta väl hand om sina barn eller om denna barntillvändhet är ett sätt att göra sig attraktiv för kvinnor som uppskattar ett bra fadersbeteende och därigenom får tillfälle att sprida sina gener.

## Evolutionpsykologi och psykiatri

I avslutande kapitel görs kopplingar mellan differentialpsykologi och psykiatri. Författaren menar att det förmodligen går att koppla alla personlighetsstörningar till Femfaktorteori; Vänlighet, Neuroticism, Samvetsgrannhet, Extraversion och Öppenhet. Ett tablå över sådana kopplingar redovisas - den tvångsmässige har till exempel hög grad av neuroticism och noggrannhet, den narcissistiske visar låg nivå av vänlighet och neuroticism.

En bred tvåfaktorteori för såväl grundläggande kognition som psykiatriska sjukdomar presenteras också. Mycket förenklat uttryckt är den ena kognitiva modaliteten den mekanistiska, objektiva perceptionen av den fysiska världen och den andra den subjektiva, mentalistiska som rör den inre världen. Normaliteten handlar dels om i vilken utsträckning dessa är utvecklade, dels hur de balanserar varandra. Mentalisering angående den fysiska världen avspeglas i vidskepelse och magi och har en ytterlighet i paranoia och schizofreni med dess vanföreställningar. Mekanisering angående den subjektiva världen innebär brist på "theory of mind", social oförmåga och autismspektrumstörningar. Bipolaritet, menar författaren, kan kännetecknas av överdriven mentalisering i den depressiva fasen och motsvarande överdriven mekanisering i den maniska.

Den biologiska grunden är så kallade präglade gener som kännetecknas av att de bara kommer till uttryck om de ärvs från bara den ena föräldern och aldrig från den andra.

Författaren talar om faderstyrda och moderstyrda hjärnor. Denna sorts modersgener är kopplade till mentalisering och fadersgenerna till mekanisering. Samtidigt finns stor överlappning mot gener som kopplar till olika former av kreativitet; förmåga till skarpsynt observation och fantasifullt expansivt tänkande vilka, inte minst i kombination, var avgörande för människans utveckling. Priset man fått betala är de psykiatriska störningstillstånden. Argumentationen är väl underbyggd av vetenskapliga studier och har sina poänger även om frågetecken bjuder sig ur såväl vetenskapsteoretisk som klinisk psykiatrisk synpunkt.

## Bitvis krävande läsning

Texterna i boken ligger övervägande på en vetenskaplig snarare än populärvetenskaplig nivå med noggrann redovisning av vilka studier som talar för och emot de hypoteser som presenteras, metodologiska problem diskuteras ofta ingående. Litteraturreferenserna är mycket omfattande. Den höga abstraktionsnivån, disciplinspecifika terminologin och komplexa diskussionen balanseras i varierande grad av sammanfattningar i slutet på varje kapitel.

## Vart är vi på väg med vår miljö och därmed våra genuttryck och vår framtid?

Det evolutionspsykologiska perspektivet reser viktiga frågor för framtiden. Vi antas forma vår miljö för att skapa bra livsomständigheter, vilket i moderna komplexa samhällen bara delvis tycks vara sant. Vi förefaller vara flexibla nog att åstadkomma genpåslag som får oss att finna oss tillrätta också i tämligen destruktiva miljöer som stöds i och med att vi anpassar oss till den. Finns det något i den epigenetiska cirkulariteten mellan arv och miljö som främjar att vi utvecklar oss själva som art, så att vi kan tygla de krafter som bygger överordnade destruktiva system vilka ibland tycks leva sitt eget liv?

Med andra ord, ställa det så att vi inte tar kål på oss genom vår enastående uppfinningsrikedom.

**Björn Wrangsjö**

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm**

# Rådgivande anvisningar för handläggning av kalciumbalansen hos litium-behandlade patienter

## Bakgrund

Kalciumjonen är av stor betydelse för en lång rad fysiologiska processer, inte minst inom nervsystemet, varför dess koncentration i serum är noggrant kontrollerad [1]. Förenklat uttryckt regleras serumkoncentrationen genom de 4 bisköldkörtlarnas (paratyreoideorna) aktivitet. Friska paratyreoideor läser av den extracellulära kalciumjonkoncentrationen; vid tendens till sjunkande kalciumkoncentration ökas sekretionen av parathormon (PTH) och vid ökande kalciumkoncentration minskas sekretionen. PTH ökar nedbrytningen av skelettet så att kalcium frigörs och går ut i blodbanan [2]. Man har länge känt till att kalcium i serum och cerebrospinalvätska har betydelse för psykiskt välmående [3] och att kalciumkanaler spelar en viktig roll i regleringen av neuronfunktioner. Ytterligare stöd för detta har nyligen framkommit i en omfattande genetisk studie: man identifierade fyra gen-loci som var associerade med ett flertal psykiatriska diagnoser, däribland bipolär sjukdom; två av dessa gällde kalciumkanaler [4].

D-vitamin är den andra viktiga kalciumregleraren; dess viktigaste uppgift är att öka resorptionen av kalcium från kosten. D-vitaminet har ett intrikat samspel med PTH, njuren och extracellulärvätskans kalciumkoncentration. Det tydligaste sambandet är att låga nivåer av D-vitaminets förrådsform, 25-hydroxy-D-vitamin (25(OH)D), tenderar att öka frisättningen av PTH [5].

## Överfunktion av bisköldkörtlarna (hyperparatyroidism, HPT)

Primär HPT (PHPT) är en mycket vanlig sjukdom hos postmenopausala svenska kvinnor med en prevalens på 1-2 %, hos män och premenopausala kvinnor är prevalensen knappt 1 % [6].

Sjukdomen innebär att en eller flera paratyreoideor tappar sin förmåga att korrekt läsa av kalciumkoncentrationen, vilket leder till att mer PTH utsöndras än vad som är behövt med resultatet att blodets kalciumkoncentration stiger. I mer än 80 % av patienterna föreligger en enda förstörd paratyreoidea (adenom) och hos övriga är 2-4 körtlar överproducerande (hyperplasi) [7]. Hyperkalcemin kan vara alltifrån obetydlig med få eller inga subjektiva symtom hos patienten till kraftigt stegrad med svåra och ibland livshotande symtom. Majoriteten av patienter har dock en lätt-måttlig stegring av kalciumkoncentrationen.

Minst 90-95 % av patienterna med PHPT normaliserar sin kalkbalans efter kirurgi och majoriteten förblir botade; hos äldre (>70 åå) bedöms operationsnyttan individuellt [8].

## Litium-associerad hyperparatyroidism (LHPT)

Garfinkel et al år 1973 [9] rapporterade först risken av hyperkalcemi vid litium-behandling. Kunskapen är bristfällig men man tror litium direkt stimulerar paratyreoideaceller och att 10-30 % av litiumpatienter utvecklar LHPT [10].

### Vi vet INTE:

- om och hur hyperkalcemin påverkar den bipolära grundsjukdomen
- om LHPT över huvud taget ger patienten några påtagliga symtom
- om skelettet påverkas lika negativt som vid vanlig PHPT
- om hyperkalcemin kan förstärka litiums negativa effekt på njurfunktionen
- om obehandlad LHPT medför negativa hälsoeffekter på längre sikt
- om kirurgisk behandling gör någon nytta eller vilken metod är rätt
- vid vilken grad av hyperkalcemi/hyperparatyroidism som kirurgi behöver tillgripas
- om innebörden av samtidig D-vitaminbrist vid LHPT

### Vi VET däremot:

- att sedvanlig HPT-kirurgi på LHPT-patienter ger en mycket hög frekvens av recidiv
- att litiums effekt på paratyreoidea och därmed blodets kalciumnivå är vanligtvis långsam och att akut hyperkalcemi sällan uppkommer hos dessa patienter

## Praktiska riktlinjer för handläggning

### Basal provtagning - Kalcium

Vid insättning av Litium tas S-Ca (totalt, albumin-korrigerat eller joniserat Ca, det sistnämnda bäst men dyrast), PTH och 25(OH)D. Därefter mäts S-Ca årligen, tidigare vid ändrat psykiskt tillstånd. Joniserat kalk kan rimligen tas om S-Ca närmar sig förhöjda värden, förslagsvis >2,45. Detta borde generera mycket få falska normokalcemier [11-13]. För tolkningsstöd samt handläggningsförslag se Algoritm 1.



#### *Hur ställs diagnosen LHPT?*

Detta vet ingen med säkerhet, men en rimlig tumregel kan vara:

#### *Ska Litium sättas ut vid konstaterad LHPT?*

Nej!

Utsättning kan komma ifråga vid mycket höggradig LHPT om patienten av något skäl inte vill/kan opereras. Utsättningen ska göras av psykiatriker! Hyperkalcemin förefaller kvarstå i de flesta fall där litium satts ut.

#### *Vilka patienter med LHPT bör opereras?*

Detta vet vi inte ännu, men om jon-Ca stiger över 1,50 mmol/l är det rimligt att patienten blir bedömd av endokrinkirurg. Kombinationen hyperkalcemi och nedsatt njurfunktion ökar sannolikt indikationen för kirurgi.

#### *När skall 25(OH)D mätas?*

25(OH)D såsom PTH bör beställas med viss eftertanke [14]. Hos många människor är årstidsvariationen stor och det är olämpligt att ta prov under sommaren eller tidig höst, då otypiskt höga värden genereras. För personer med låg solexponering, eller är mörkhyade, gör solfaktorn ingen skillnad och provet kan tas året runt. Ändring av 25(OH)D-nivåerna, t.ex. i samband med behandling, går långsamt och därför bör minst 3 månader gå mellan proverna [5,14].

Ett utgångsläge på 25(OH)D i samband med Li-start är rimligt. Därutöver föreslås 25(OH)D i följande lägen:

Vid första PTH över normalgränsen

Vid  $Ca < 1,20/2,20$

Vid klinisk misstanke om D-vitaminbrist oberoende av PTH- och kalciumnivåer

#### *När skall D-vitaminbrist behandlas?*

Behandlingen syftar till att optimera D-vitaminstatus; Algoritm 2 ger behandlingsförslag. Målvärde föreslås ligga på 75 – 125 nmol/l. Även PTH bör tas om för att se om eventuell förhöjning normaliserats. Om hyperkalcemi uppträder under D3-behandling är det inte alls givet att D-vitamin är orsaken. Det kan dock i sådana fall vara lämpligt med dosjustering eller seponering.

Ett brett upplagt vetenskapligt projekt om litium och paratyreoideafunktionen pågår f.n. i samarbete mellan Örebro och Jönköping. Forskargruppen lägger nu fram ett förslag att dessa anvisningar implementeras för handläggningen av samtliga litiumbehandlade patienter och välkomnar därför läsarnas kommentarer på anvisningarna.

**Mats Humble**

**Överläkare**

**Psykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro**

**Adrian Meehan**

**Doktorand och ST-läkare**

**Geriatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro**

Korrespondens till:

Mats Humble ( mats.humble@orebroll.se )

Algoritm 1 och 2 samt referenser finns på  
[www.svenskpsykiatri.se/tidskriften](http://www.svenskpsykiatri.se/tidskriften)

# Hearing om patienternas rättigheter i den psykiatriska tvångsvården

Anders Printz, psykiatrisamordnare på Socialdepartementet hade bjudit till en hearing den 2 september 2013 med företrädare för brukarorganisationer, Socialstyrelsen, Inspektionen för Vård och Omsorg och Statens Medicinsk-Etiska Råd. Fokus var patienternas rättigheter. Jag själv hade förmånen att delta och tillsammans med Catrin Hägerholm på SKL tala om patienträtt utifrån erfarenheter från "Bättre Vård – Mindre Tvång". Här är mina intryck av dagen.

## Anders Printz

inledde med att berätta att beredningen av förslag efter utredningen Psykiatrin och Lagen har påbörjats utifrån alla remissvar som lämnats i november 2012. Det är dock inget lätt arbete och frågor kring gränsdragning mellan ev. statligt ansvar och landstingens ansvar med vidhängande finansiering är en av de saker som är svåra att lösa. Det som påbörjats är arbete "underifrån" och här finns en del områden där man hoppas på att kunna lägga en departementspromemoria i början av 2014.

## Sofia Åkerman

var första talare ut. Hon har tillsammans med Therese Eriksson skrivit boken "Slutstation rättspsykiatri". Denna bok belyser området patientens rättigheter utifrån intervjuer med ett trettiotal unga kvinnor som vårdats enligt LPT men på rättspsykiatrisk klinik. Sofia beskrev att många av dessa ofta hade problem sedan tidig ålder men att intrycket var att de snarare försämrades av den psykiatriska slutenvården. Många gånger ser det ut som att vården ofta har ett fokus på standardmässiga behandlingar som till exempel läkemedelsbehandling - inte sällan med höga doser och många olika preparat. Dialektisk beteendeterapi är också relativt vanligt. I den intervjuade gruppen kom DBT ofta sent i förloppet.

Hon beskrev en vårdmiljö som fokuserar på skydd och att många av dessa åtgärder ibland kan ha en motsatt effekt. Skyddsåtgärderna som kan bestå i extravak, att ta bort allt som kan användas att skada sig med, tvångsåtgärder som bältesläggning, avskiljning och mediciner har för många inte tagit bort själva behovet att skada sig. Detta behov kan i denna miljö både eskalera och ta sig mer "kreativa" former.

Hon underströk att hon inte var emot varken tvångsvård eller tvångsåtgärder men beskrev hur dessa många gånger använts som straff eller som ett försök att uppfostra patienten att inte självskada sig. Varje gång man exempelvis plockar bort alla dricksglas blir avståndet till den riktiga världen större. "Jag är inte generellt mot tvångsåtgärder. Jag upplever dock att det finns mycket att göra för att minska tvång".

Men det kan uppstå en situation där tvångsåtgärden kan vara det mest skonsamma – men det handlar om hur den

genomförs – den behöver inte vara en traumatisk upplevelse. Tvång ska utövas av omsorg kring patienten, för att skydda. Det intervjuade personer berättade var att det ofta mer var en konsekvens av vissa beteenden och användes för att få patienten att sluta med dessa, inte sällan som ren bestraffning.

## Tvångsåtgärdsnämnden

nämndes vid flera tillfällen. Sofia Åkerman som nu läser juridik uttryckte farhågor för att man genom att lösa ett problem kan skapa andra som kan drabba en bredare grupp. Just självskadebeteende kan vara en grupp som kan drabbas hårt när dispens ska ges för tvångsanvändning utanför det som är tillåtet enligt lag.

## Erfarenheter från "Bättre Vård – Mindre Tvång"

Detta projekt som nu är inne på sitt fjärde år och som engagerat strax under tvåhundra olika team från slutenvårdsavdelningar från hela landet är det största projektet i svensk sjukvård någonsin räknat i inblandade personer. I stort sett alla team har arbetat med frågor rörande patientens rättigheter, oftast i form av eftersamtal, delaktighet i vårdplanearbete, olika former av närstående kontakt.

Individuellt anpassad information är något som finns på budget både i Hälso- och sjukvårdslagen (§2), Patientsäkerhetslagen (§6) samt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (§ 30, 48). Delaktighet kan inte skrivas fram lagmässigt på samma sätt men är självklart mycket väsentligt inte minst när det gäller att hantera kroniska psykiska störningar.

Vi visade talrika exempel på hur olika team arbetat med delaktighet och mätt förändringar samt utifrån resultatet gått vidare i ett ständigt utvecklingsarbete som är en av grundpelarna i Genombrottsmetodiken.

Vi slog ett slag för Eftersamtal efter tvångsåtgärder - något som finns reglerat som obligatoriskt erbjudande i den danska tvångsvårdslagen men i den svenska utredningen viftas undan med att det "saknas evidens". Detta känns märkligt inte minst på grund av den stora samlade erfarenheten i projektet kring betydelsen av denna relativt enkla åtgärd.

## Inspektionen för vård och omsorgs tre deltagare

berättade om sin nystartade verksamhet. De sorterar direkt under Socialdepartementet. Karl-Otto Svärd, mångårigt medicinalråd sedan tidigare på Socialstyrelsen, tog upp att följsamheten mot gällande lagstiftning nog är större idag än vad den har varit om man ser längre tillbaka i tiden.

Ett ledord idag är att vårdgivaren ska säkra verksamhetens kvalitet genom egenkontroll. Detta kan innefatta allt från attityder hos personal till att granska handlingar.

Man slog ett slag för den med patienten upprättade gemensamma vårdplanen. Även krisplan lyftes – vad händer när det börjar svikta – tidiga varningstecken. Stora problem är många gånger bristen på vårdplatser som kan utgöra ett hinder för ex. krisplanen. Bristen på personalkompetens – främst bristen på specialister och specialistsjuksköterskor lyftes fram.

Man tog också upp detta med allas rätt att vårdas utifrån HSL och PSL. LPT är ett tillägg. Detta är ett viktigt grundläggande tänk som man ser missas ibland. Frågan kring stödpersoner via patientnämnd togs upp. Detta skulle kunna vässas till. Kanske ombud med speciell kompetens behövs.

Förnyad medicinsk bedömning inskriven i lag är tydligare än second opinion som uppfattas som mer "kollegial".

### **Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)**

Deltagarna berörde frågan med sviktplatser. Erfarenheter som finns av dessa i vårt land är från brukarorganisationernas sida goda. Man berörde även erfarenheter från Norge med vårdplatser där patienten själv kan bestämma om att kortvarigt lägga in sig som positiva. Antalet tvångsvårdsdryg sjönk kraftigt och även det totala antalet vårddryg för de patienter som fått chans till detta jämfört med mätperiod innan. Man efterlyser enheter i vårt land som skulle vilja pröva detta.

Kompetensinsatser för att stärka patientens ställning i samband med implementering av ny lag underströks. Det behövs fler vårdplatser men kanske inte alla i traditionell slutenvård – bland annat efterlystes sviktplatser.

Sekretess lyfts i olika sammanhang fram som ett hinder för informationsutbyte. Frågan om det är patienter eller personal som är mest intresserade av sekretess ställdes.

Vårdöverenskommelser måste ju vara ett delat beslutsfattande – tar tid att inlemma i ett system – men vi som patienter och närstående känner att detta är viktigt.

Ordförande i RSMH Jimmie Trevett underströk att det händer flera positiva saker inom psykiatrin. "När jag hade en psykos på 80-talet var det inte tal om gemensam vårdplanering". Man påpekade att psykiatrilagstiftningen och utredningen är skriven utifrån ett juridiskt perspektiv och inte ur ett vårdperspektiv. Även brukarorganisationerna ser kritiskt på en tvångsåtgärdsnämnd. Verkar inte vara en framkomlig väg – vilken kompetens ska de ha för att per telefon kunna sitta och fatta beslut om komplexa ärenden.

Delat beslutsfattande bör ligga till grund för en säker vård och för bra resursutnyttjande.

Ingemar Engström, ordförande i Läkarsällskapets etiska kommitté, tog i den efterföljande diskussionen upp frågan kring etiskt tänkande. Den som inte tycker tvångsvård kräver etiskt tänkande borde fundera på yrkesval.

Vore en idé att till varje vårdintyg foga en etisk analys som berör vilka värden som står på spel.

### **Patientberättelser**

Efter lunch fick vi ta del av Agnetas, Mikaelas, Åsas och Magnus berättelser och egna upplevelser av tvångsvård. Här fanns både ljus och mörker. Men sammantaget var erfarenheterna av slutenvården många gånger minst sagt problematisk. Tvångsåtgärder hade hos flera satt djupa spår som exempelvis hos Åsa som puttats omkring avdelningens TV på grund av den psykotiska övertygelsen om att den var livsfarlig för både personal och patienter. Hon blev snabbt bälteslagd och fick två stora injektioner och inget eftersamtal vilket i hennes tillstånd gjorde henne osäker på om det som hänt verkligen hade inträffat.

Agnetas kunde ge en lite annan vinkel om en av hennes bältesläggningar: "De hämtar bältesängen. Äntligen jag ser ett slut. Jag sparkar - de håller fast, de spänner fast. Jag spricker inte, jag får hjälp att hålla ihop, vila. Efter en tid börjar orden att leta sig ut över mina frusna läppar. Det är över för den här gången."

Kommunikationsproblemet var återkommande. Magnus berättade om beskedet han fick från överläkaren när han avviktit och själv återkommit efter fem dagar till den rättspsykiatriska vården. En läkare sa till mig att han skulle hålla mig i 70 år och ge mig starka mediciner om jag rymde igen.

Mikaela har haft många vårdepisoder. Ofta depressioner, självska debeteende, suicidtankar. Hon beskrev hur maktkamp och det som hon uppfattade som bestraffning bara ledde till ett svårare och svårare självska debeteende och längre och längre till utskrivning. "Slutenvårdserfarenheterna jag skaffat mig har lett till att jag inte sätter min fot där igen. I skräck för slutenvården avstod jag att söka när jag egentligen hade behövt det".

I flera av berättelserna fanns också den viktiga personen som såg människan. Kanske mest tydligt i Magnus berättelse om vårdaren Anders som "mötte mig som vuxen människa – mötet med honom där vi började rita om min karta och började tala om vad vi kan göra framåt". Jag var instängd på obestämd tid förhandling varje halvår. Jag ville arbeta med musik – jag berättade det för en sjuksköterska och hon svarade "du som är så sjuk varför skulle du få arbeta i musikaffär när det finns så många friska som inte får göra det". Anders sa att jag inte skulle bry mig om det. Jag gick till en musikaffär – fick praktikplats – 2009 – nu 2013 har jag fast anställning.

**Herman Holm**  
**Överläkare psykiatri**  
**Malmö**

Bilder till denna artikel finns på sidan 29



## Varför jag ville bli psykiater

Då mina läkarstudier började närma sig sitt slut så tänkte jag att jag ville antingen bli psykiater eller gynekolog, dessa specialiteter var de som lockade mig mest.

I mitt motiv till att bli psykiater fanns bland annat att det skulle vara en genväg till att lära känna sig själv bättre och få mer insikter om sig själv och andra. Ett annat motiv var att det var den specialitet som låg närmast humaniora såsom psykologi, filosofi och skönlitteratur vilket också var mer lockande för mig än en helt naturvetenskaplig specialitet.

Mitt första vikariat efter AT var på Rålambshovs sjukhus 1979, det är ett numera nedlagt mentalsjukhus. Mitt första intryck var att det var en väldigt dyster miljö men det ändrades ganska snabbt och jag blev istället fascinerad och stannade i många år och jag blev FV(ST)-läkare där.

Där fanns bland andra Ruth Ettlinger, Gertrud Sjövall och Åsa Söderqvist som var erfarna och inspirerande och som blev mina mentorer och förebilder. Det var en spännande och inspirerande tid, också med mycket förändringar och omorganisationer. Jag fick möjlighet att lära mig tung psykiatri från grunden och också att uppleva att det gick att bota patienterna, som då var i princip sängliggande, genom möten och olika former av aktivering via sådant som socioterapi och arbetsterapi. Patienterna blev sedda och då kunde de komma upp ur sängarna och via olika aktiviteter och träningsgrupper komma ut från sjukhuset på dagarna och få tillbaka ett intresse för omvärlden och sin egen framtid.

Mycket har hänt under mina år inom psykiatrin som fört utvecklingen framåt och kunskapsläget är idag ett helt annat. Ett perspektiv som är lätt att glömma bort.

Jag tycker fortfarande att mitt jobb är väldigt roligt och utmanande och att varje möte med en ny patient är spännande och unikt.

Det jag tycker att jag haft mest nytta av i mitt arbete är min psykoterapeututbildning som hjälper mig i förståelsen av patienterna men också att skapa allianser och hitta sätt att kommunicera på.



Det är också så roligt att få vara med och uppleva att så många olika perspektiv som förut varit helt oförenliga i dag kan integreras och skapa en ökad förståelse istället.

Jag känner mig mycket nöjd med mitt val av specialitet och har aldrig ångrat mig, och tycker att lusten att lära mig nytt inte avtagit. Orosmoln är naturligtvis trenden med ekonomisk styrning som kan leda till mekanisering av psykiatrin och en urvattning som inte gagnar våra patienter.

**Astrid Lindstrand**  
Överläkare  
Norra Stockholms psykiatri

**Annons**



## Kritik mot psykiatri på 1960-talet – en tillbakablick

Under 1960-talet växte det kritik mot psykiatrins verksamhet, en rörelse som 1967 myntades "antipsykiatri" av psykiatern David Cooper (1). Den antipsykiatriska rörelsen var en brokig samling av psykiater och samhällsdebattörer med diverse synpunkter. Det hade redan från 1800-talet funnits misstro mot det man uppfattade som drastiska behandlingsmetoder på ett växande antal mentalsjukhus, och en del uppfattade intagning på mentalsjukhus som ett sätt för samhället att utöva förtryck och social kontroll över obekväma personer.

En påtaglig inspiration för den antipsykiatriska rörelsen kom från skrifter av den franske filosofen Michel Foucault (2) med en bok 1961 som sedermera fick den svenska titeln "Vansinnets historia under den klassiska epoken". Han redogjorde för hur begreppet galenskap egentligen var en kulturell konstruktion som varierade i olika tider och med olika civilisationer.

David Cooper menade att en psykos uppstod när individens egen identitet inte kunde förenas med den identitet som tvingades på individen av samhället. Hans psykiaterkollega Ronald D. Laing hävdade att den psykiatriska verksamheten betraktade psykiska störningar som biologiska fenomen och försummade de kulturella, sociala och intellektuella dimensionerna. Han hade också invändningar mot att sätta diagnoser inom psykiatri och förkastade "en medicinsk modell" för psykiska störningar och beteendestörningar – han tyckte att det var fel att diagnoserna baserades på individens beteenden och upplevelser men behandlades med biologiska metoder.

Psykiatern Thomas Szasz (3) skrev 1961 sin bok "Psykisk sjukdom – en myt", i vilken han var negativ till användningen av begreppet sjukdom för tillstånd som låg på det psykiska eller beteendemässiga planet. Han menade att sjukdom är något man "har" liksom en kroppslig sjukdom medan beteende är något man "gör" och inte borde klassas som en sjukdom. Szasz gav historiska exempel där man felaktigt hade sjukförklarat vissa beteenden – ett exempel var att de svarta slavar som flydde från ägarna ansågs uppvisa ett sjukligt beteende, ett annat exempel var begreppet hysteri som han menade användes för att sjukförklara vissa beteenden hos kvinnor.

En inflytelserik roman, Gökboet 1962 av Ken Kesey (4), blev snabbt en succé. I romanen betraktas psykiska sjukdomar som en social konstruktion som drabbar dem som inte anpassar sig till samhällets normer. En film 1975 baserad på denna roman blev också en succé. Filmen visar på de ständigt närvarande frågorna om den svåra balansen mellan individens självbestämmande och samhällets eller gruppens dynamik, så filmen känns givande även idag.

Den italienske psykiatern Franco Basaglia propagerade 1964 för en avveckling av alla mentalsjukhus på en internationell socialpsykiatrisk kongress. Han ansåg att mentalsjukhusen ledde till institutionalisering av patienterna, att patienterna förlorade sitt självbestämmande och sin självkänsla, blev passiva och var helt styrda av institutionernas och myndigheternas beslut om både små och stora saker. Hans strävanden ledde till en lag som antogs 1978 av parlamentet i Italien (Basaglia-lagen, lag 180), att alla mentalsjukhus i landet snabbt och successivt skulle avvecklas och att man istället skulle inrätta stödsatser i kommunerna.

Hur ska man idag se på denna antipsykiatriska rörelse? Denna rörelse kan delvis ses inom ramen för 1960- och 1970-talens allmänna upprorsanda och radikala samhällskritik. Rörelsen bidrog uppenbarligen till en snabbare avveckling av mentalsjukhusen i många länder. Tillkomsten av de två viktiga antipsykotiska läkemedlen reserpin och klorpromazin under 1950-talet hade redan skapat de praktiska möjligheterna för att kunna genomföra en sådan avveckling. I det stora hela ser man idag positivt på en sådan avveckling i Sverige. På vissa håll i världen har samhället inte klarat av att samtidigt bygga upp kommunala insatser för att kompensera för denna förändring, så en del psykiskt sjuka personer har säkert farit illa av denna utveckling.

Den antipsykiatriska rörelsen spetsade till en del viktiga frågor av etisk och juridisk natur och detta var uppfriskande (om än besvärande) för den fortsatta utvecklingen inte bara av psykiatri utan även av övrig sjukvård.

Å andra sidan har kritiken i linje med Szasz, där man förnekade existensen av psykiska sjukdomar och kallade dem för myter, sådan kritik har lyckligtvis fått ge vika för en mer fruktbar utveckling inom neurovetenskap, psykoterapi och läkemedelsbehandling.

Den tudelning av psyke och soma som har funnits i alla tider kommer sannolikt att finnas kvar i olika skepnader, men att som Szasz hävda att psykiska störningar huvudsakligen berodde på det man "gjorde" (var själv ansvarig för förloppet) i motsatsen till somatiska störningar som ansågs bero på det man "hade" (blev drabbad av något utanför ens kontroll), den tudelningen är mer till skada än till nytta för patienterna.

Personer med psykiska åkommor kan också sägas vara drabbade av sin sjukdom, utan tillräcklig kontroll över sina symtom. Flera psykiska sjukdomar har ju även ett starkt genetiskt underlag (5). Att psykiska åkommor huvudsakligen skulle orsakas av psykosociala faktorer och bör behandlas med psykosociala metoder medan somatiska åkommor huvudsakligen skulle orsakas av biologiska faktorer och bör behandlas med biologiska metoder, denna föreställning är förlegad idag. Man behöver bejaka såväl psykiska som somatiska företeelser i varje form av ohälsa, både psykisk och somatisk.

**Jayanti Chotai**  
**Professor/ överläkare i psykiatri**  
**Umeå**

#### Referenser

- (1) Cooper DG. Psykiatri och antipsykiatri. Stockholm: Aldus/ Bonnier, 1970.
- (2) Foucault M. Vansinnets historia under den klassiska epoken. Stockholm: Aldus/ Bonnier, 1973.
- (3) Szasz TS. Psykisk sjukdom – en myt: en grundteori om det personliga beteendet. Stockholm: Aldus/ Bonnier, 1970.
- (4) Kesey K. Gökboet. Stockholm: AWE/ Geber, 1976.
- (5) Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013;381(9875):1371-9

## Nytt om kultur och kontext i DSM-5

Diagnoshandboken DSM-5 innehåller nytt om betydelsen av kultur och kontext vid psykiatrisk diagnostik. I DSM-5 tas följande nyheter upp:

- Viktiga aspekter kring betydelsen av kultur och kontext har inkluderats i inledning och i anslutning till diagnoser och nya begrepp har introducerats.

- En patientcentrerad kulturformuleringsintervju med 16 frågor inriktad på att ta del av kultur och kontext utifrån patientens perspektiv har inkluderats i DSM-5:s del II om utredningsmetoder. Intervjun är tänkt att användas före den symptomriktade intervjun. Motsvarande intervju finns även för närstående.

- Ytterligare intervjuer finns vid behov av fördjupning samt för äldre, barn och ungdomar, flyktingar och invandrare med fokus på migrationen och en intervju för den som tar hand om patienten. Samtliga intervjuerna finns på APA:s hemsida: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures#Cultural>

Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting anordnar en konferens om nya perspektiv på kultur och kontext i DSM-5 den 7-8 november i år. Erfarenheter från Sverige och övriga Norden blandas med föreläsningar av två av dem som varit drivande i utvecklingen med att få med kultur och kontext i DSM-5, professor Laurence Kirmayer från Kanada och professor Roberto Lewis-Fernández från USA. Roberto Lewis-Fernández ledde utvecklingsarbetet om kultur i DSM-5 samt har även varit med i den arbetsgrupp som arbetat med trauma, ångest och dissociation.

På konferensen blandas föreläsningar på svenska och engelska med interaktiva workshops. Bland annat behandlas följande:

Praktisk användning av nya kulturformuleringsintervjun  
Förändrade klassifikationer av ångest-, traumarelaterade och dissociativa störningar  
Ohälsa hos utsatta grupper i samhället  
Kultur och kontext i klinikers vardag

Mer information finns på: [www.slso.sll.se/tc](http://www.slso.sll.se/tc)

**Sofie Bäärnhelm**  
**Maria Sundvall**  
**Batja Håkansson**  
**Karima Assel**  
**Överläkare Transkulturellt Centrum**

**B**

# PSYKIATRIFONDEN

GRUNDADES 1993

## Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en svensk, ideell insamlingsfond med målsättningen att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet. Medel delas ut årligen, senast 100 000 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 gå in på [www.psykiatrifonden.se](http://www.psykiatrifonden.se) eller tag kontakt med Psykiatrifondens ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, [lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se](mailto:lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se)

### Jag stödjer Psykiatrifonden:



Sofia Åkerman

Foto: Carol Schultheis

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

*Välkommen!* Sök forskningsanslag från Psykiatrifonden!

Läs mer på [www.psykiatrifonden.se](http://www.psykiatrifonden.se)

*Välkommen med Din ansökan!*

