

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#4

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



ATT SKADA SIG SJÄLV



Ansvarig utgivare:
Lena Flyckt



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionsruta
- 3** Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4** SPF styrelseruta , Ledare. *Lena Flyckt*
- 5** SFBUP styrelseruta , Ledare. *Lars Joelsson*
- 6** SRPF styrelseruta , Ledare. *Kristina Sygel*
- 12** Bokrecension: Tryggare kan flera vara. Samtal med små barn och deras föräldrar, *Björn Wrangsjö*
- 14** Kommande temanummer
- 16** Tigers krönika, *Mikael Tiger*
- 20** Bokrecension: Compassion-fokuserad terapi, *Björn Wrangsjö*
- 46** Bokrecension: Smalast när hen dör vinner, *Hanna Edberg*
- 56** Kalendarium
- 66** Bokrecension: Så länge vi lever. Hur insikten om livets korthet kan tydliggöra nuet och dess möjligeter, *Lars Albinsson*
- 69** 10 frågor till Isak Sundberg, ordförande i SLUP, *Stina Djurberg*
- 70** Bokrecension: Ibland finns det inga enkla svar, en bok om självskadebeteende och ätstörningar, *Margareta Malm*

Aktuell information:

- 9** Satsning på vetenskaplig forskning för mental hälsa, *Lena Flyckt, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Martin Schalling*
- 13** En något förändrad redaktion, *Tove Gunnarsson*
- 13** Ny förening för att sprida kunskap om psykodrama, *Ingvar Karlsson*
- 19** Ny redaktionsmedlem, *Maria Larsson*
- 27** Är du ST-läkare? Engagera dig i SLUP! *SLUP-styrelsen*
- 38** METIS-kansli, regional studierektor för specialister och ST-läkare. - Västra Götalandsregionen satsar på kompetensutveckling inom psykiatri! *Margareta Malm, Lise-Lotte Risö Bergerlind*
- 42** Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri
- 43** Kallese och dagordning till årsmöte med Svenska Psykiatriska Föreningen
- 49** Pånyttfödelsen av en kongress, *Hans-Peter Mofors*
- 50** Svenska Psykiatrikongressen, 12-14 mars 2014 Program
- 56** Föreslå hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen
- 57** SPF:s vision, mål och handlingsplan 2010-2015. Hur går vi vidare? *Lena Flyckt, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Maria Larsson*
- 59** Levnadsvanor och psykisk hälsa i hög ålder, *Ingvar Karlsson*
- 80** Psykiatrifonden - din möjlighet att göra skillnad, *Simon Kyaga*
- 85** Samordnare med kommunikationsbehov, *Lotta Jernström*
- 88** Levnadsvanor ges hög prioritet, *Jill Taube*

Debatt, diskussion, annat:

- 33** En välplanerad räkmacka, *Isak Sundberg*
- 44** Stigmatisering av psykiskt sjuka personer, *Jayanti Chotai*
- 71** Den förändringsbara hjärnan. Finns framtidens psykiatri redan nu? *Björn-Erik Thalén*
- 82** Hur kan en vuxenpsykiatrisk mottagning samverka med vårdgrannar och slutenvård? *Lars Albinsson*
- 89** Ett systemiskt perspektiv på BUP - med bland annat fokus på vårdgaranti, *Bo Lundin*

Tema:

- 7** Varför jobbar man så mycket egentligen? *Daniel Frydman*
- 18** Det är inte vår patient eller min verksamhetschef är starkare än din! *Maria Larsson*
- 26** Prel. resultat från DBT-teamen vid SÄS, *Tommy Skjulsvik*
- 28** Ny behandlingsmetod för personer med självskadebeteende utvärderas i Sverige, *Johan Bjureberg*
- 29** Pressmedelände om ny behandlingsmetod mot självskadebeteende.
- 32** Från hopplöshet till framtidstro. Upplevelser av mentaliseringsbaserad terapi, *Vendela Wihlborg*
- 34** Vad fick dig att sluta skada dig själv? *Johanna von Schedvin*
- 46** Bokrecension: Smalast när hen dör vinner, *Hanna Edberg*
- 61** Vårdkedja för patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning/borderline, *Stina Djurberg*
- 68** Att döva själens smärta, *Rebecca Anserud*
- 70** Bokrecension: Ibland finns det inga enkla svar, en bok om självskadebeteende och ätstörningar, *Margareta Malm*
- 76** Patologiskt internetmissbruk, depression och suicidalitet hos ungdom, *Rigmor Stain, Danuta Wasserman*
- 92** Självet och suicidaliteten, *Jan Beskow, Anna Ehnvall, Gunilla Klensmeden, Ullakarin Nyberg*

Rapporter från möten och resor

- 10** Rapport från AACAP 2013 i Orlando, *Lars Joelsson*
- 22** Barcelona! ECNP 5-9 oktober 2013. *Svante Bäck*
- 31** En helt vanlig vecka i en BUP-ST-läkares liv! Epikris AACAP-kongressen i Orlando, USA, *Nina Delling, Ulrika Åhlund*
- 35** Ryssen kom, såg och bjöd oss tillbaks, *Isak Sundberg*
- 36** Besök i Moskva - hur blev det? *Olof Bouveng, Jerker Hanson, Per Nettelbladt, Johan Reutfors, Isak Sundberg*
- 40** UEMS höstmöte i Lissabon. *Maria Markhed*
- 47** Möte med Joint Committee i Helsingfors, 8-9 november 2013, *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
- 58** Svenska Psykiatriska Föreningen på Bok- och Biblioteksmässan 26-29 september i Göteborg, *Lise-Lotte Risö Bergerlind*



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)

Maria Larsson
(maria.larsson@ki.se)

Gloria Osorio
(oskvika@hotmail.com)

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/© ChameleonsEye

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

Många sidor blev det

... igen. Den här gången har vi fått så många bidrag att vi tvingats spara på några till nästa nummer. Vi begränsas av att vi av tekniska skäl måste ha ett sidantal som är jämnt delbart med fyra, och att vi inte kan ha fler än 96 sidor. Se där vilket lyxproblem! Men vi är så väldigt glada att ni skriver, så sluta inte med det!

Temat *Att skada sig själv* har tolkats på mer än ett sätt, bidragen handlar inte enbart om våra patienter utan även om hur vi gör oss själva illa.

I nästa nummer blir temat **Vändpunkter**.

Även det är ett begrepp som vi tror att man kan vrida och vända en del på.

Vad är det som händer när en människa blir drabbad av psykisk sjukdom? Hur gick det till? Och vad ledde till förbättring eller tillfrisknande? Går det att identifiera något avgörande i form av behandling, händelse eller möte? Har Du kanske själv varit med om en vändpunkt i Ditt yrkesliv? Något som fick Dig att se på Ditt arbete, eller på diagnostik och behandling i ett nytt ljus? Kanske har Du bytt specialitet – vad var det i så fall som ledde fram till det? Här går det förstås att knyta an till förra numrets tema Varför blev jag psykiater – egentligen?

Ämne är intressant även ur större, historiskt perspektiv – vilka vändpunkter har psykiatrin varit med om?

Må de förestående helgerna innebära att ni alla får en tids välförtjänt vila. Och att det blir extra tid att skriva bidrag till Svensk Psykiatri!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör svensk Psykiatri

Välkomna!

Med detta nummer vill vi rikta oss till alla psykiatriker i landet, både medlemmar och blivande medlemmar. Vi vill göra er alla uppmärksamma på de fördelar man får som medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen. Genom SPF får man gratis tillgång till företagsoberoende fort- och vidareutbildning utifrån senaste evidens: CPD on-line är en utbildningsportal på vår hemsida där man kan testa sina kunskaper i de flesta specialismråden. Om man då märker att man behöver förkovra sig kan man finna både inlärningsmoduler och föreläsningar. Som medlem får man dessutom tidskriften Svensk Psykiatri, Nordic Journal of Psychiatry och The Nordic Psychiatrist.

Som medlem i SPF är du även medlem i World Psychiatric Association (WPA) och Nordic Psychiatric Associations (NPA) vilket bl.a. innebär reducerad kongressavgift. Nästa möte för WPA är 14-18 sept 2014 och för NPA i Köpenhamn 2015.

SPF syns, deltar i och arrangerar ett stort antal symposier och kongressen; Almedalsveckan, Sommarskolan för hemvändande utlandsstuderande läkare, Bok- och Biblioteksmässan, Läkaresällskapets Riksstämman och dessutom en kommande (2015) nationell kongress om metabol sjukdom vid psykisk ohälsa arrangerad av SPF tillsammans med Svensk Förening för Diabetologi, Svensk Förening för Allmänmedicin och Socialdepartementets Anders Printz som representant för PRIO-satsningen.

SPF har publicerat ett stort antal kliniska riktlinjer och är på gång med ytterligare ett antal. I oktober i år lanserades det senaste riktlinjearbetet: Psykiatrisk tvångsvård - kliniska riktlinjer för vård och behandling. Det är den första kliniska behandlingsriktlinjen inom området tvångsvård någonsin! Andra aktuella riktlinjer är Äldrepsykiatri, Suicidnära patienter och Kliniska riktlinjer för ECT-behandling, varav den sistnämnda kommer ut i början av 2014.

SPF driver viktiga frågor för sina medlemmar genom remissvar. Bara i år har vi levererat 10 remiss-svar på angelägna frågor från "metoder för bedömning av sjukskrivningar", "den nya patient-rättighetslagen" till "patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga".

Andra viktiga frågor där SPF har engagerat sig är förslaget till slopad AT-tjänstgöring och förslaget till ny tvångslagstiftning. Genom debattinlägg och skrivelser direkt till ansvariga politiker har psykiatriker genom SPF en röst som hörs och tas till vara. Ett exempel på konkret effekt av ett debattinlägg i Läkartidningen var att läkemedlet perfenazin i depå-form fortsatte att tillverkas för de nordiska länderna.

En annan fråga där SPF har engagerat sig är gentemot den alltmer ökande administrativa bördan som ersättningssystemet och andra registreringar har fört med sig.



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lena Flyckt

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Hans-Peter Mofors

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Cecilia Mattisson

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Ullakarin Nyberg

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: 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

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

Föreningen har respekt för att man bör redovisa effekter av psykiatrisk behandling, men anser att det bör ske med få och väl valda mått som ansluter till evidens.

Sist men inte minst är Svenska Psykiatrikongressen årets stora tilldragelse som kommer att vara späckat med debatter, föreläsningar, seminarier, vetenskap och kulturella spår. Livsstilsfrågor och somatisk översjuklighet är också något som belyses. ST-läkarfrågor som handledning, utbudet av ST-kurser och nya målbeskrivningar redovisas. Två stipendier kommer att delas ut, Cullbergs resestipendium och det Pedagogiska priset till Raffaella Björcks minne...

Välkomna till vår gemenskap!

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

Lars
Joelsson
LEDARE SFBUP



Har du lust att dra i nödbromsen?

För ett par år sedan läste jag om en svensk filosof, Ladislaus Horatius, som våren 1993 drog i nödbromsen på X2000 som demonstration mot vår kultur som dyrkar snabbheten som självändamål. Hans ord var "effektivitet, snabbhet och billighet är som ett framrusande tåg på kollisionskurs mot kvalitet, eftertanke och möjlig poesi". Det känns som tåget är ännu snabbare i dag. Runt omkring hör jag hela tiden arbetskamrater och vänner som känner sig stressade och som inte tycker att de hinner med. Det gäller i allra högsta grad också patienter som klagar på att de är stressade av kraven från skolan.

Det sägs att vi aldrig har varit så många läkare i Sverige som just nu och ändå är vi mer stressade än någonsin. Tekniken som tillåter oss att alltid vara uppkopplade och direkt svara på mail bidrar säkert. Jag kan ju själv se hur stressad jag blir av att se min inkorg i mailen efter två veckors frånvaro. Det fanns då flera mail som jag redan borde svarat på. Men viktigare är nog att det blivit mer fokus och krav på oss i sjukvården att vara effektivare. Det gäller alla discipliner, även barn- och ungdomspsykiatri.

Allt detta framkallar önskan att dra i nödbromsen och längta tillbaka. Men var det verkligen bättre då? Jag kom att tänka på hur det var när jag började som läkare i Norrbotten i slutet av 70-talet. SVT:s Nord Nytt frågade dåvarande lanstingsrådet Erik Hammarstedt hur han såg på kvaliteten inom sjukvården. Han svarade då att den var utmärkt, det fanns inga köer till operationer av höftplastik, gråstarr eller coronar by-pass. Det var hans och säkert mångas syn på sjukvårdens kvalitet då. Ingen nämnde psykiatri eller för den delen barn- och ungdomspsykiatri. Så är det inte i dag, mycket fokus ligger på just barn- och ungdomspsykiatri, vilket i grunden är bra. Myndigheter, föräldrar och vi själva inom verksamheten ställer krav på effektivare behandling och kortare väntetider. Kravet på oss läkare att vara med i utredningar och behandling ökar hela tiden, vilket är mycket positivt. Problemet är dock att vi fortfarande är för få. Det blir lätt att läkarna skall rycka in när det inte fungerar och erbjuda mediciner eller att medverka till att barnet får en diagnos så snart som möjligt. Många av oss känner att man inte är med i själva utvecklingsarbetet.

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@sll.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
Webmaster: Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)

Styrelsen vill försöka att fånga upp läkarnas arbetsmiljö och arbetsvillkor. Varje läkare skall ha en delegation som tydliggör det medicinska ledningsansvaret. Men hur många har det?

Om vi skall kunna behålla och rekrytera fler läkare till barn- och ungdomspsykiatri så är dessa frågor mycket viktiga. Jag kan stå ut med en del stress om jag samtidigt känner att jag har inflytande på min arbetssituation.

Ibland är inte saker som man tror när man läser tidningar och hör på radio och ser på TV. Jag läste Manpower Work Lifes undersökning att läraryrket nu hade seglat in på tio i topp av de mesta populära yrkena. Vem kunde tro det när man hör hur alla klagar på skolan och dess lärare. Det var den roligaste och trevligaste nyhet som jag läst på länge. Jag hoppas verkligen att fler duktiga ungdomar satsar på läraryrket. Det tråkiga i undersökningen var dock att läkarna, som 2011 kom på 5:e plats, nu helt hade försvunnit från tio-i-topplistan. En väckarklocka så god som någon.

I förra ledaren beskrev jag min känsla av maktlöshet när jag satt vid köksbordet hemma hos en flicka som inte ville prata med mig och hur hoppet återvände när jag fick en kopp kaffe. Nu har jag åter träffat henne vid köksbordet. Denna gång fick jag prata med en betydligt gladare flicka som vaknat upp efter flera månaders depression. Jag kände mig glad och lätt efter besöket och det stärkte mig i att man inte skall ge upp och att det ibland kan vara bra att det finns mediciner.

Lars Joelsson
Ordförande i BUP-läkarföreningen, SFBUP

För egen motor

Kristina
Sygel

ORDFÖRANDE
LEDARE SRPF



Vi i SRPF:s styrelse kan glatt konstatera att en av våra största satsningar, ST-utbildningen i rättspsykiatri, börjat gå för egen motor. Den första ST-kursen av rättspsykiater för blivande rättspsykiater (Generell riskbedömning inom rättspsykiatri och kriminalvård) har hållits i Rättsmedicinalverkets regi under höstterminen. På kursen fanns ST-läkare och nyblivna dubbelspecialister samt flera utredande forensiska psykologer och socialutredare. Stämningen var god och kunskapsnivån mycket hög. Självt höll jag ett seminarium under vilket eleverna redovisade en riskbedömning och etiska reflektioner som de haft i hemuppgift. Redogörelserna var så pass intressanta att vi nog hade suttit där fortfarande om jag inte ställt mitt tidtagarur på att kvacka som en anka var sjunde minut för att signalera att det var dags att byta talare. Nu är det tänkt att våra 4 kurser av rättspsykiater och för blivande rättspsykiater skall löpa på, en per termin, och SRPF har bidragit till Socialstyrelsens KUST-projekt för att beskriva kursernas stora drag. Vi vill under 2014 använda några av våra lärdomar från undervisningen av våra ST-läkare till att planera kurser och utbildningsinsatser även för specialister i rättspsykiatri, till exempel genom ett endagsseminarium för våra medlemmar om problematisk sexualitet. Tro dock inte att vi inom rättspsykiatrin nöjer oss med detta och nu planerar att ruva på våra kunskaper och färdigheter. Tvärt om, vill vi dela med oss till våra psykiatriska grannar och planerar en sådan insats till exempel genom vårt program på Svenska Psykiatrikongressen 2014 som vi nu planerar för fullt. Vi vill även fortsätta att representera professionen utåt genom att vara remissinstans och delta i debatter när tillfälle bjuds.

**Text och foto:
Kristina Sygel
Ordförande SRPF**



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Per Axel Karlsson

Sekreterare: Margareta Lagerkvist
(sekreteraren@srpf.se)

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

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

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

Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant:
Lars-Håkan Nilsson

ST-representant: Hanna Edberg

Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

Varför jobbar man så mycket egentligen?

En av mina uppgifter – och då också en av de finare – är att som redaktionsmedlem lämna bidrag till Svensk Psykiatri. Det är inte så mycket, bara en recension eller två, tankegods som bidrag till aktuella nummer etc.

Sen brakar verkligheten in. Det är då frågan om vad "att skada sig själv" kan betyda. Jag försöker lära ut till andra om hur man kan tänka kring suicidprevention och föreläser gärna om det. Det är mycket roligt och även lärorikt för mig eftersom ingen grupp är lik den andra och nya perspektiv dyker upp beroende på gruppens sammansättning och situationen. Ständigt lika nyttigt. Från oktober till jul 30 heldagsföreläsningar, en tredjedel av dem i Stockholm. Väldigt roligt, lite ansträngande måhända med att vara tvungen att åka med X2000 som gör mig lite illamående (jag får komma ihåg att be arrangörerna att boka mig på långsammare tåg i fortsättningen), samtidigt som min egen mottagning har full bok de dagar jag är hemma. Bara värdefulla och mycket viktiga arbetsuppgifter, det är det ju.

Så finns musiken, när jag får en tanke på hur man kan göra ett ljud, då kan ganska många timmar gå åt för att joxa med ljudfiler, förlänga dem, dra i dem och se vad för övertoner som döljer sig i vattendroppet från en läckande tunna på landet och om de övertonerna, ifall man lägger dem i och ur fas med varandra kan bli fundamentet till en ny låt? Kanske till och med låta just det där droppljudet vara basen för vartenda instrument i låten, bastrumman om man gör si, ett orgelound om man gör så. Så kanske äntligen Lou Reeds "my house" får en svensk dräkt som gör den rättvisa, med den där känslan av vind över sjön, som jag föreställer mig. Otroligt roligt och värdefullt och viktigt, det är det ju.

Sen var det dom där texterna som skulle skrivas. Frågan är vad som styr, den som enbart låter sig ledas av lustprincipen kan ju göra ganska opraktiska val, för att tidsperspektivet förskjuts när den ena saken tar stort fokus i tankarna. Hur gör folk som är sådär disciplinerade, som har en lista där de skriver upp allt som ska göras, bockar av och gör klart? Varje sak i sin tid och allting färdigt? Det är sånt som en sån som jag kan bli djupt avundsjuk på. Kan man operera in såna egenskaper? Min far var en sån person, noggrann och systematisk. Är det inte orättvist att så liten del av det gått i arv?



Foto: Shutterstock/phaspirit

Eller, om det inte går att operera in systematiken och ordentligheten, kan den uppfostras fram? För den som minns "värstingresorna" som några illbatteringar från Stockholm gjorde på 90-talet visade sig, till skillnad från vad belackarna tänkte, inte fungera som en *belöning för dåligt uppförande* utan som en påtagligt strukturerande behandling, där de personer som flyttades bort från en oordnad miljö istället tvingades agera matrosar som under tillräckligt lång tid tvingades ta ansvar för sin del i ett större sammanhang, och som efter det inte varit så kostsamma för samhället som innan. Finns en sådan straffbehandling för psykiatrer som behöver lära sig anpassa sina åtaganden till verkligheten, eller har jag livslång amnesti? Jag gör ju ändå rätt många saker som är både värdefulla, viktiga, möjligen nyttiga, och dessutom fasansfullt roliga.

Känslan av otillräcklighet kanske bara är straffet för att saker får vara så bra? Eller hur var det nu igen?

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

ANNONS



Satsning på vetenskaplig forskning för mental hälsa

Kära psykiatriker i hela landet!

Vi startar nu en kampanj i syfte att stödja forskning om psykisk sjukdom och motverka stigmatisering av mental ohälsa. Förebilden är andra stora fonder som finansierar cancerforskning och hjärt-kärlsjukdomar.

På sjuttioalet var cancer en sjukdom för de dödsdömda. Idag lever alltför många med cancer, talar om behandlingar och ser ett ljus i tunneln. Vad gjorde skillnad?

På sjuttioalet förklarade USA krig mot cancer. Ökade forskningsanslag spred sig som en löpeld världen över. Idag slår satsningen ut i nytt hopp för dem som drabbas av cancer.

Tiden är nu mogen för motsvarande satsning på mental ohälsa! Det handlar om de stora folksjukdomarna som drabbar en av tre svenskar. Psykiska sjukdomar drabbar allt fler unga men döljs ofta bakom stigmatisering och tabubeläggning. Samhällets attityder kopplar direkt till bristande kunskaper om psykisk ohälsa. Hur kan forskningen hjälpa oss hitta hopp och nya vägar ur detta tabu?

I Sverige finns just nu forskning i framkant som med en liten knuff skulle kunna innebära enorma kliv när det gäller förståelse för, och i förlängningen bot mot mental ohälsa. Vi behöver på bred front klarlägga sambanden mellan mental ohälsa och sociala/biologiska riskfaktorer, hur behandling kan förbättras och hur tabun kring psykisk sjukdom bekämpas. Svenska samhällets kostnader för behandling, och utebliven produktion från de drabbade uppskattas i dagsläget till ca 70 miljarder kronor per år. Denna kostnad tenderar att öka då vissa sjukdomar blir allt vanligare. Till detta ska läggas markant sänkt livskvalitet och den höga risken för suicid. De sjukdomar som innefattas i satsningen är alla sjukdomar som anses kopplade till hjärnan: anorexia, bulimi, ADHD, autism, schizofreni, bipolär sjukdom, depression och olika ångesttillstånd inom allmän-, rätts-, och barn- och ungdomspsykiatri.

Ett ökat finansiellt forskningsstöd skulle innebära att forskning bättre än idag kan integreras i psykiatrisk vård och komma patienterna till del. Klinisk forskning skulle dessutom innebära en mer kunskapsstyrd vård och ökade möjligheter till utbildning av psykiatrins personal. En rad framsteg inom forskningen har på senare tid gjort att vi närmar oss en förståelse för orsakerna bakom mental ohälsa och det är därför angeläget att öka satsningen på forskning runt psykisk ohälsa. Läget stärks ytterligare av unika register och stark metodologi inom neurovetenskap. Mycket av denna utveckling sker numera inom universitet och högskolor.

Med anledning av detta nya positiva läge samt bristen på en samlad samhällelig kraft hängiven till bättre kunskap om och attityder till psykiska sjukdomar har Svenska Psykiatriska Föreningen och Psykiatrifonden tillsammans med en arbetsgrupp av engagerade forskare och intresserade tagit initiativ till denna satsning för finansiering av ny forskning och samhällsutbildning i Sverige.

Gruppens ambition är att inom ramen för Psykiatrifonden skapa engagemang och medvetenhet om de stora behov som föreligger och genom aktiv insamling av medel bidra till att dessa behov möts. Ett team med kommunikatörer kommer att utveckla en kommunikationsstrategi innehållande både kommunikationsinsatser och andra konkreta aktiviteter i syfte att skapa uppmärksamhet och engagemang för vår gemensamma sak. Arbetsgruppen kommer enbart att jobba ideellt. Målgruppen är svenska företag och individer med intresse av att främja mental hälsa såväl på arbetsplatsen som i hemmet. Förutom de medel som initialt samlas för att bekosta mediasatsningen kommer allt överskott gå oavkortat till forskning. Förmånstagare kommer att vara forskare vid svenska universitet och högskolor.

Arbetsgruppen kommer att arbeta inom ramen för Psykiatrifonden och med översyn av svensk insamlingskontroll och 90 000-konto. Syftet är att utöka stödet till vetenskapliga forskningsprojekt, täckande alla områden inklusive medicin, psykologi, biologi, kemi och fysik och sociologi. Ett öppet, kreativt arbetssätt där forskningsmedel kontinuerligt används till de forskningsprojekt som anses leda det tvärvetenskapliga projektet effektivast framåt kommer att vara vår ledstjärna. Forskningsmedelstildelningen styrs av en tvärvetenskapligt sammansatt nationellt representerad vetenskaplig styrgrupp med innovationsinriktning.

En bred satsning på vetenskapliga forskningsprojekt kring hjärnans sjukdomar enligt ovan skulle sätta Sverige i fokus och skapa ett nytt innovativt tvärvetenskapligt sätt att forska, till gagn för både patienter och för samhällets och företagets engagemang i att minska mental ohälsa i Sverige.

Psykiatrifonden har beslutat anslå medel för att underlätta starten av ovanstående kampanj. Det är vår förhoppning att du kan bidra som "medgrundare" till denna insamling och därmed på effektivt sätt stötta svensk forskning. Medlemmar kommer att få ett inbetalningskort tillsammans med medlemsavgiften.

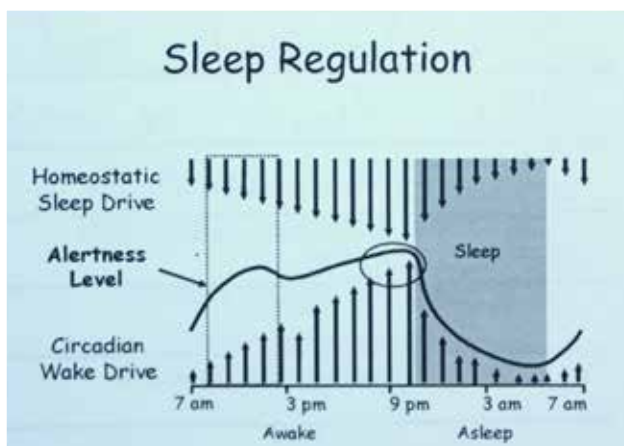
**Lena Flyckt, ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen
Lise-Lotte Risö Bergerlind, Ordförande, Psykiatrifonden
Martin Schalling, Ordförande i arbetsgruppen**

Rapport från AACAP 2013 i Orlando

I år när AACAP, dvs. amerikanska BUP-läkarföreningen, firade 60 år hade man förlagt sin årliga kongress till Orlando. Under fem och en halv dag kunde man botanisera bland allt möjligt som berör barn och ungdomspsykiatri.

Första dagen var det bland annat sammanhängande föreläsningar om psykofarmaka. Det var mycket pedagogiskt upplagt med bra föreläsare och alla power point-bilderna utskrivna. Vad lärde jag mig då under denna dag? Jag lärde mig att vi är i absoluta framkanten här i Sverige när det gäller läkemedelsbehandling. Jag tror det beror mycket på de psykofarmakologiska kurserna som Håkan Jarbin, Kerstin Malmberg och Tord Ivarsson håller varje år där man presenterar det senaste studierna. En intressant sak uppmärksammade jag dock. Det gällde hur noradrenalin och dopamin verkar i prefrontala cortex. Föreläsaren James J. McGough hävdade att noradrenalin förstärkte signalerna och dopamin minskade bruset, "noise", från externa stimuli. Det stämmer ju bra med min kliniska erfarenhet. Metylfenidat, som ökar dopamin, verkar ofta så att patienten inte störs så mycket utan kan fokusera på det viktigaste. På samma sätt så har jag märkt att patienter som har ADD och behöver tydliga signaler ibland får bättre hjälp av atomoxetin. Det var roligt att koppla ihop ens kliniska erfarenhet med nya forskningsrön.

Ett symposium som jag inte tvekade att besöka var "Everything you always wanted to know about sleep but were too tired to ask". Jag var inte ensam, salen var överfull. Det är tydligt att sömnproblem är något som alla brottas med eller så lockades folk av den roliga rubriken. Flera föreläsare visade bilden nedan (Bild1, Sömnreglering).



Den visar att det finns två system som reglerar sömn och vakenhet. Dels det homeostatiska och dels det circadiska.

Det är först när dessa system samverkar som vi blir sömna. Det betyder i korthet att vi måste vara vakna en viss tid för att bli sömna och vi måste anpassa oss till vår egen biologiska klocka. Detta är ju inget nytt men det kan vara pedagogiskt att visa bilden för patienterna. Om man till exempel sover på kvällen så förskjuter man behovet att somna. En lite tupplur på 20 min på eftermiddagen påverkar dock inte sömnen negativt. För att påverka den circadiska rytmen kan man använda melatonin. Man kan använda det på två sätt. Det som är vanligast är att ge en hypnotisk dos 3-10 mg på kvällen som sömnmedicin. För dem som har en försenad sömnfas kan man ge 0,3-0,6 mg melatonin på eftermiddagen 5 timmar innan man skall lägga sig.

Man ger då en mörkersignal så att det naturliga melatoninet insöndras tidigare på kvällen.

Enligt föreläsaren kunde man tidigarelägga melatoninfrisättningen 15-30 min på 1-3 dagar. (Bengt Eckerberg som dog hastigt i september 2013 har skrivit detaljerat om detta på sin hemsida, <http://www.eckerberg.se>). När det gällde zolpidem och zopliklon så var man lite försiktig med att rekommendera dessa preparat. Speciellt zolpidem som kan ge hallucinationer i upp till 7,4%. Antidepressiva läkemedel kan öka "restless legs". Bäst i så fall är att använda mirtazapin i låga doser, 7,5 mg.

Det viktigaste budskapet var nog ändå att ge råd om sömnhygien. Som att man skall ha ljus på morgonen och mörkt på kvällen, lägga sig samma tid varje dag och undvika att sova länge på helgerna. Sover man sex timmar längre på lördag och söndag så är det samma sak som att resa sex timmar västerut, dvs. till New York. Det kan ju vara trevligt men det blir jobbigt när man skall hem igen på måndag, då blir det som att stiga upp mitt i natten. Tänk också på att det blå ljuset från datorskärmen hämmar melatoninfrisättningen, detta ljus kan man filtrera bort i Windows och via vissa hemsidor. Man skall undvika energidrycker och kaffe till kvällen. Energidrycker ökar dramatiskt i USA och ofta mixar man med alkohol som i sin tur ökar icke-REM-söm och minskar REM-söm och stadium I. Alkohol minskar också muskeltonus och kan öka sömnapnéer om det finns sådana. Koffein blockerar adenosin som är viktigt i den homeostatiska regleringen för att etablera djup sömn.

På ett symposium presenterades tio års uppföljning av den kända MTA-studien. Denna studie hade fyra grupper. En grupp som medicinerade med metylfenidat, en som fick beteendeterapi, en som kombinerade dessa behandlingar samt en som var sedvanlig klinisk behandling (i alla grupperna var det tillåtet med medicinbehandling).

Efter 14 månader var det bäst effekt i medicingruppen och den kombinerade gruppen. Den randomiserade studien avslutades vid 14 månader och fortsatte som observationsstudie. Efter 36 månader fanns det ingen skillnad mellan grupperna. Nu presenterade man data från tio års uppföljning. Man kunde se att den grupp där medicinanvändningen ökade mest var beteendegruppen medan de andra grupperna minskade medicinförbrukningen. I slutändan kunde man inte se att man kunde påverka ADHD-symtomen så mycket men däremot kunde man se minskade trotssymptom hos barnen som ingick i studien.

Ett av de roligaste och mest kreativa symposierna som jag besökte var ett där åtta unga forskare fick 7 minuter på sig att presentera sin forskning. I panelen satt erfarna forskare som sedan fick 3 minuters tid att kommentera och ställa frågor. Publiken fick också vara med via en hemsida där man kunde ställa frågor med sin telefon eller dator. Frågor som moderatorn sedan kunde läsa upp. Presentationen gick med en rasande fart och alla verkade tycka att det var både trevligt och roligt. Tre av forskarna undersökte gener och tre utgick från utbildningsstudier av hjärnan för att hitta biomarkörer för psykiska symtom. Detta kanske pekar på framtiden, att det blir vanligare att man forskar på gener och biologiska markörer för att hitta konkreta kriterier för diagnoser.

Jag var på AACAP 2005 och när jag jämför med denna kongress så var det nu mer nedtonat när det gällde att presentera medicinstudier. 2005 handlade mycket om bipolär sjukdom hos barn. Nu betonade man att det var viktigt att ha tydliga kriterier och speciellt på att det skall finnas episoder. En ny diagnos har tillkommit, DMDD, Disruptive Mood Dysregulation Disorder, som är ett sätt att avgränsa bipolär diagnosen. De som uppfyller kriterierna för denna diagnos skall inte diagnostiseras som bipolära. En föreläsare presenterade en liten studie där man hade spelat in två patientintervjuer och sedan hade läkare från England, Indien och Amerika bedömt hur sannolikt det var att patienterna hade bipolär sjukdom. Engelsmännen bedömde att patienterna hade betydligt mindre bipolära diagnoser än de amerikanska läkarna. Indiska läkarna var någonstans mitt emellan. Det säger också något om att det finns kulturella faktorer när vi bedömer psykiatriska tillstånd.

Under kongressen fanns det också rikliga tillfällen att ta del av poster av forskare från hela världen, även vår del. Tord Ivarsson, Gudmundur Skarphedinsson och Bernhard Weidle m.fl. från Norge presenterade en studie "Continued cognitive behavior therapy versus sertralin for non- or partial responders to cognitive behavior therapy" och Eva Norén Selenius m.fl. från Karolinska Institutet visade sin poster: "The effect of ADHD on psychosocial outcome at age 15".

Kongressen var som helhet mycket trevlig och matnyttig. När man sitter och lyssnar på föreläsarna så brukar jag alltid komma att tänka på mina egna patienter, framför allt de som jag inte har lyckats hjälpa. Ofta kan jag då få idéer hur jag skall gå vidare. Jag hoppas att fler kolleger får möjlighet att besöka både vår egen kongress och de internationella kongresserna. Det gäller ju i högsta grad våra ST-läkare.

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP





Tryggare kan flera vara Samtal med små barn och deras föräldrar

Björn Salomonsson
Carlssons, 2013

Otrygga barn

En av den svenska psykoanalysens viktiga gestalter, Johan Norman, har utvecklat en metod för att arbeta med späda barn med tecken på psykisk/psykosomatisk obalans och med deras föräldrar, i praktiken framför allt mödrar. Björn Salomonsson har tagit vid där Norman slutade genom att genomföra en kontrollerad studie av metoden. Han har också börjat göra såväl forskningsresultat som psykoanalytiskt orienterad behandling av relationsbetingade problem i spädbarnsåldern tillgängliga för en bredare läsekrets.

Författaren skapar en intressant och omväxlande framställning med utgångspunkt från sina erfarenheter som konsult på en barnvårdscentral. Han utgår från relationen mellan barn och föräldrar, spinner texter kring mötet emellan osäkra föräldrar och otrygga barn, i vilket barnets "Tryggare kan ingen vara" inte har kunnat säkerställas. Hans credo är att den tråd som tycks brista när anknytningen inte utvecklas och den ömsesidiga bindningen havererar, faktiskt kan lagas och stärkas.

En sinnrik väv

Boken är indelad i relativt korta avsnitt inom vilka författaren väver samman centrala teman och viktiga processer vad gäller föräldrar och barn i spädbarnsåldern med vinjetter från konsultationer och behandlingsarbete. Han följer sedan upp med reflekterande diskussioner om forskningsfrågor, egna och andras forskningsresultat i tillämpliga delar, och avslutar avsnitten med tankar kring BVC-personalens arbetssätt och situation. Text för samman aspekter som vanligen hålls åtskilda och han är som författare själv hela tiden närvarande i texten och guidar läsaren i ett sympatiskt tilltal genom de olika aspekterna på ett lättfattligt sätt. Han sammanfattar några av de centrala aspekter som tas upp och utvecklas i boken.

Budskap att "ta hem"

Föräldraskap och anknytning till barnet börjar långt före förlossningen som också är brytpunkt då barnet förvandlas från fantasi till realitet.

Att barnet växer i mammas kropp gör mor-babyrelationen unik och annorlunda än far-babyrelationen. Spädbarnspappans primära roll är väsentligen att stödja den intima samvaron mellan mor och baby.

Om föräldrarna misstänker och oroar sig för att barnet inte får den trygghet det behöver, väcks skuld känslor, ibland maktlöshet och ilska. Här kan BVC-kontakten bli viktig.

Orsaken till problem måste utredas från fall till fall och kan sällan tillskrivas särskilda allmängiltiga "perioder". Dock finns två avgörande skeden, "invänjning" i vilken anknytningen utvecklas och avvänjningen under vilken barnet anar att modern är en separat person, att bröstet tillhör henne och att föräldrarna har en särskild – erotisk – gemenskap.

Att arbeta psykoterapeutiskt med mor och spädbarn kräver speciell kompetens, med förmåga att skifta fokus mellan mor och baby samt att härbärgera starka, ibland svårbegripliga känslor. Terapins intensitet ökar genom babys närvaro och mammans mentala "primära moderstillstånd".

Även om det inte råder konsensus i alla avseenden om dessa synpunkter mellan forskare och klinker på fältet tydliggör ovanstående formuleringar den plattform - kanske snarare modern än postmodern - som författarens arbete bedrivs utifrån.

Några forskningsresultat

Av de mammor som sökt hjälp på BVC, lottades i Björn Salomonssons forskningsprojekt hälften till ordinarie BVC-kontakt och andra hälften till behandling med MIP (Mother Infant Psychoanalytic treatment). I den initiala bedömningen kunde två kategorier av barn urskiljas: "påverkade" och "opåverkade". Kategoriseringen av mammorna var något mer komplicerad. Man fann fem typer. Tre av dem, "Osäker mammaidentitet", "Depressiva/reserverade" och "Kaotiska" kunde sammanföras under beteckningen "Delaktiga" då de var aktiva i att undersöka hur de påverkade sitt barn. Två typer, "Ängsligt-omogna" och "Konflikt-med-partnern"-mammor kunde betecknas som "övergivna". "Opåverkade" barn visade sig – vilket verkar naturligt – ha bättre mor-barnrelation än de "Påverkade".

Efter behandlingen visade det sig bland annat att för de "Opåverkade" barnen fanns ingen skillnad mellan MIP- och BVC-behandling vad gällde relationen mellan mor och barn, men för "Påverkade" barn ledde MIP-behandling till att mor-barnrelationen blev lika bra som de "Opåverkade barnens".

MIP-behandlingen visade sig också leda till att "Delaktiga" mammor blev mer känsliga för sina barns signaler. Dessa fynd kan vara vägledande när det gäller att välja ut vilka mor-barnpar som kan ha glädje av MIP-behandling.

"Fredlig samlevnad" och brobygge

I slutet av boken finns en ordlista där viktiga begrepp utförligt görs begripliga för icke-fackkunniga. Man finner där till exempel att begrepp som "Härbärgering" som aspekt av Wilfred Bions tänkande, följs av begreppet "ICC", Intra Class Correlation, kopplat till Cohens K. Det är inte var dag begrepp från så skilda världar som psykoanalys och kvantitativ forskning "samsas" på samma sida i en och samma bok. Björn Salomonsson tycks ha funnit en form för att genomföra en brobyggande "kulturgärning" som kan passa både för professionella och en intresserad allmänhet - boken som är tänkt att inspirera till vidare egna tankar och reflektioner, vänder sig till envar som är intresserad av små barn och deras föräldrar samt vårdpersonal, men kan med fördel också läsas av alla som är intresserade av nutida psykoanalys i praktiken.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

En något förändrad redaktion

I Svensk Psykiatri redaktion ska det förutom en huvudredaktör finnas två representanter från vardera SPF, SFBUP och SRPF.

Kristina Sygel som länge varit ensam SRPF:are i redaktionen (den andra posten är vakant) har tyvärr inte möjlighet att fortsätta sitt uppdrag. Tack, Kristina, för inspirerande diskussioner, idéer och bidrag! Vi saknar dig och hoppas får arbeta med dig igen längre fram.

Hanna Edberg som sedan en tid varit den ena SPF-representanten har gått över till rättspsykiatri, och därför föll det sig alldeles naturligt att hon tog Kristinas plats.

MEN då blev det ju en vakans på SPF-sidan! Till vår glädje har dock Maria Larsson tackat ja till att fylla tomrummet. Redaktionens sammansättning är således följande:

Huvudredaktör	Tove Gunnarsson
Från SPF	Maria Larsson och Daniel Frydman
Från SFBUP	Björn Wrangsjö och Gloria Osorio
Från SRPF	Hanna Edberg och en vakans

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Ny förening för att sprida kunskap om psykotrauma

Traumarelaterade psykiska sjukdomar, oftast posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), är sjukdomar som har ökat. Prevalensen PTSD i Sverige anges till ca 6 %. Hos asylsökande är prevalensen väsentligt större. PTSD kan vara en livslång sjukdom, associerade sjukdomsbilder är depression och ångestsyndrom. För att öka kunskap om dessa sjukdomar bildades i maj i år Svenska Psykotraumaföreningen (SPTF).

Vid det konstituerande mötet beslutades följande:

Föreningen har som ändamål att öka och sprida kunskap om psykotrauma genom

att skapa ett nätverk av individer verksamma inom eller intresserade av psykotrauma ur ett helhetsperspektiv

att främja forskning och utbildning inom psykotrauma

att samråda nationellt och internationellt med myndigheter och andra organisationer i frågor rörande psykotrauma

Föreningen har en hemsida, www.psykotrauma.org, där det finns information om föreningen och aktiviteter inom detta område. Föreningen är öppen för olika yrkesgrupper som arbetar med psykotrauma och vill samla kunskande i ett helhetsperspektiv.

Intresserade välkomnas till föreningen!

Ingvar Karlsson
Vice ordförande, docent, överläkare

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2014

NUMMER 1 2014

Tema: Vändpunkter
Deadline 12 februari
Utkommer vecka 10

Nummer 2 2014

Deadline: 14 maj
Utkommer vecka 23

Nummer 3 2014

Deadline 27 augusti
Utkommer vecka 38

Nummer 4 2014

Deadline 12 november
Utkommer vecka 49

Nr 1 och 2 kommer att fokusera på förlopp.
Förutsatt att DSM-5 då introducerats på svenska kommer nr 3 och 4 att ha diagnostema.

Skriv i Svensk Psykiatri

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

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

Skicka gärna med en bild!

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

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

Redaktionen

Postadress: Svensk Psykiatri

c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **12/02**



ANNONS

Inte vid sina sinnens fulla bruk



Går det att operera? frågar hon efter att ha gråtit en stund. Den tårögd kvinnan har under ett vredesutbrott skällt ut sina tonåringar. Situationen sammanfattas som så ofta av ett Churchill-citat: "Håll ett tal i vredesmod och du håller det bästa tal du någonsin ångrat". Jag försöker erinra mig evidensläget för Deep Brain Stimulation och säger att en operation för hantering av ilska nog inte är möjlig idag, men kanske i framtiden. Det visar sig att vad patienten ville var att under känslostormarna operera bort stämbanden, helt enkelt ett uttryck för coping-strategin galghumor. Som framgår är denna person mycket insiktsfull, och i någorlunda lugnt läge kan hon mycket väl uttrycka vad som är klokast att göra. När hon är arg eller ilsken är det dock som att hennes pannlober frikopplas, lite som hos hulken, men med röd snarare än grön hy.

En funktionell magnetkamera-studie publicerad i tidskriften Science 2007 av Mobbs och medarbetare ger visst stöd för att det är ungefär vad som händer i hjärnan vid kraftig rädsla. I studien såg man att försökspersonerna aktiverade prefrontalkortex när de navigerade undan en hotande elstöt, så länge hotet befann sig på behörigt avstånd. När faran var nära växlade aktiviteten från prefrontalkortex till hjärnstammen och områden involverade i mer primitiva reaktioner, som "fight or flight". Evolutionsbiologiskt kan vi bättre förstå den arma kvinnan, eftersom vi under årens lopp många gånger ändrat vår livstil samtidigt som vi har kvar i stort sett samma gener som när vi levde på savannen. Samma adrenalinrusch som gör oss bättre rustade för att möta ett lejon, faller inte lika väl ut i en dialog med tonåringar.

Det tycks vara svårt att tänka klart när man är i affekt. En gentleman med social fobi beskrev sina tankar under en presentation han höll på sin arbetsplats. Han tolkade allt som hände som tecken på att han var ett totalhaveri som presentatör. När vi benade ut det hela efteråt kunde han med små åtbörder fås att se helt annorlunda på situationen. Han tolkade det faktum att han fick frågor från sin publik som ett kvitto på att han hade stammat och hackat så erbarmligt att ingen hade hört vad han hade sagt.

Med distans till presentationen ledde den enkla frågan: går det att tolka på något annat sätt? till en mer nyanserad bild av vad som hänt. Nu kunde patienten se frågorna efter presentationen som ett intresse från åhörarna, som snarare talade för att han i någon mening nådde fram till dem han talade till.

Starka känslor av hot, som smärta, vrede och ångest, kan för en stund helt påverka vår syn på tillvaron, ungefär som i målningen Skriket av Edvard Munch. När jag jobbade som hemdoktor i palliativvården hade jag hand om en väderbiten bonde med fötterna djupt i den östgötska myllan. Han klagade sällan, trots att han hade några av de risigaste labprovresultat jag sett under min karriär som läkare. En dag bad hustrun att vi skulle komma hem till dem akut. Väl på plats finner vi bonden i svåra plågor. Han kvider och ber om dödshjälp. Vi lyckas reda ut att bonden har ont och kommer med en rimlig gissning om var smärtan kommer ifrån så att mannen får adekvat analgetikabehandling. När vi knackar på hos bonden dagen därpå har friden flyttat in i huset. Mannen ler och tar i hand, och bekräftar att han mår mycket bättre. Jag nämner att han talat om dödshjälp, varpå bonden ser helt oförstående ut. "Jag har ju min fru och mina barn, och min fina gård." Med smärtan lindrad var gubben helt nöjd med tillvaron.

Likväl behöver vi våra starka känslor såsom ilska ibland, även i våra moderna liv, långt ifrån savannen. Även om vreden här kanske inte räddar våra liv, kan den bistå med att freda oss från upplevda kränkningar och värja våra rättigheter. Aristoteles sammanfattar det hela med all sin komplexitet: "Vem som helst kan bli arg – det är lätt. Men att bli arg på rätt person eller sak lagom mycket, av rätt anledning och på rätt sätt – det är inte lätt."

Mikael Tiger
Överläkare
Psykatri Nordväst, Stockholm

17–18 mars 2014, Bonnierhuset i Stockholm

DSM 5 – vad händer sen? Att integrera ny kunskap för autismspektrum och ADHD

PROGRAM

MÅNDAG 17 mars

- 09:00-10:00 Registrering och kaffe
- 10:00-10:15 Inledningstal. *Kerstin Malmberg*
- 10:15-12:00 News in DSM 5 from ADHD and autism, and how we actually use it in clinical practice. *Catherine Lord*
- 12:00-13:00 Lunch
- 13:00-14:00 Socio-economic factors and autism. *Dheeraj Rai och Selma Idring*
- 14:00-14:30 Kaffepaus
- 14:30-15:15 Tillförlitlig diagnostik med DSM 5? – en problematisering kring diagnostiska metoder. *Mia Ramklint*
- 15:15-17:00 Irritability and Mood Disruptive Disorder. With a special reference to the DSM 5. *Argyris Stringaris*
- 17:10-18:00 BNPS Årsmöte
- 19:30 Middag på Junibacken

TISDAG 18 mars

- 09:00-09:45 *Thomas Javeblad* berättar om egna erfarenheter om att leva med odiagnostiserad ADHD
- 09:45-10:30 Vad bör man tänka på vid samsjuklighet vid autismspektrum. *Maria Silverberg*
- 10:30-11:00 Kaffe
- 11:00-12:00 Nya avhandlingar under året. *Mats Ericsson, Agneta Rosling, Gunilla Jarkman Björn, Irina Manouilenko*
- 12:00-13:00 Lunch
- 13:00-14:30 Inflammation, orsak eller verkan, vid neuropsykiatrisk sjukdom? *Magnus Lindvall*
- 14:30-15:00 Kaffe
- 15:00-16:00 Kognitiva hjälpmedel. *Ulla Otterstadh*
- 16:00-16:05 Avtackning och presentation datum för nästa års utbildningsdagar. *Kerstin Malmberg*

För mer information och anmälan besök hemsidan

www.akademikonferens.uu.se/bnps2014

E-mail:

bnps2014@akademikonferens.uu.se

Arrangör:

Barnneuropsykiatriska sektionen, Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri



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



Det är inte vår patient eller min verksamhetschef är starkare än din!



Foto: Shutterstock/ostill

Plötsligt hör jag hur min välutbildade kollega i telefonen säger till mig; "Det är inte vår patient. Min verksamhetschef har känt patienten i ett år och säger att ni ska ta patienten nu!" Varvid jag till min förvåning hör mig själv säga "Min verksamhetschef har känt patienten i tio år och säger att vi inte ska det!"

Samtalet ägde rum för flera år sedan när jag som ansvarig överläkare på en vårdavdelning för de svårast sjuka anorektikerna i Sverige, med åtta vårdplatser, diskuterade övertagande av en svårt sjuk anorektisk kvinna med psykiatrisk samsjuklighet som vårdades på en annan klinik. Samtalet har dröjt kvar i mitt minne som ett exempel på ett område inom psykiatrin som tagit större del av min kraft än komplicerade beslut kring bästa psykiatriska behandling eller

god genomförd suicidbedömning som psykiater, nämligen gemensamma psykiatriska prioriteringar. Självt har jag aldrig suttit i sandlådan och sagt att min pappa är starkare än din som liten, och att i vuxen ålder som utbildad psykiater med en förhoppningsvis ökad kännedom om interna och externa konflikter hos människor än vad jag hade som treåring, börja, kändes absurt men likaväl, var jag där. Frågan som jag funderat på sedan dess är vad jag ska göra för att aldrig hamna där igen?

Inget försvarstal

Jag skulle gärna vilja att jag inte varit delaktig till kommunikationen och skulle säkerligen kunna räkna upp ett antal faktorer och lägga skulden för kommunikationsnivån på min kollega men tyvärr "it takes two to tango" och jag

var en av danspartnerna. Därför vill jag betona att denna artikel inte är skriven som ett försvarstal för min egen låga nivå. Jag hoppas att det delvis handlade om att jag ville hitta en långsiktig lösning för patienten, men jag tror också att det handlade om de så omtalade resursbristerna och att det var överbelagt på avdelningen jag ansvarade för med kö till platserna. Detta faktum är inget som berättigar den ton jag höll, emellertid tror jag att ett svar till hur jag kan göra för att inte hamna där igen är att arbeta för att vi gemensamt lyfter våra behov av resurser på olika sätt. Till regering, riksdag, kommuner och landsting och till olika forskningsbefrämjande områden. Varför inte, till exempel, åter satsa på insamling till psykiatrisk forskning genom "Silverbandet"?

Patienten är sin

Något som med min värdegrund också i sak blir fel i diskussionen är benämningen "Det inte är vår patient." Min sanna övertygelse ligger, liksom säkerligen hos dig som läser detta, i att patienten har sin egen autonomi. Vid utövande av tvångsvård, med allt vad det innebär, är det extra viktigt att påminna sig om detta regelbundet. Jag vet att jag själv säkerligen kunnat göra detta mer vid ett flertal tillfällen med ett bättre utfall av vården för patienten. Att utöva tvångsvård gör ju automatiskt att vi plockar bort en del av individens autonomi och därför blir det extra viktigt att ständigt betona för, och påminna sig om, att patienten fortsatt är sin egen. Så om vi då utgår ifrån att den psykiatriska patienten, på HSL eller LPT, är *sin* blir diskussionen om det är vår eller inte vår patient helt meningslös i grunden. Emellertid, när det gäller den psykiatriska vården, tror jag att det är viktigt att vi ser patienten som allas. Jag tror att vi för de svårast sjuka, ofta samsjukliga, patienterna måste bli bättre på att hitta lösningar "utanför systemet" tillsammans. Det är dessa patienter som kräver mest av vår medicinska kompetens och det är därför extra viktigt att vi tänker tillsammans som ett psykiatriskt "CSI-team" för att hitta lösningar och inte istället tar varandras energi genom meningslösa diskussioner som mellan mig och min kollega. Problemet är säkert större inom storstadspsykiatrin där specialiseringens nackdelar kan leda till att patienten hamnar mellan stolar. Jag tror att en av lösningarna till hur jag aldrig ska hamna där igen är att verka för ett system där vi har patientansvariga personer som följer patienterna i alla steg i vården, jag vet att det finns på vissa ställen men det är inte en självklarhet i svensk psykiatri idag.

Tango i framtiden

I den Hippokratiska eden ingår att vi som läkare ska undvika det som kan skada patienten. Jag är övertygad om att det samtal jag hade med min kollega inte bara skadade den patienten utan även övriga jag mötte den dagen. Inte minst på grund av den frustration samtalet ledde till hos mig och de överföringar som de måste ha gett både till nära kollegor och andra patienter jag mötte, för att inte tala om mina egna anhöriga.

Så slutligen tror jag att jag som psykiater med den kompetens jag har får ta ett eget ansvar kring den samtalston jag har i framtiden och hur jag bemöter en liknande kommentar.

Jag hoppas att jag får möjlighet att möta den kollega jag hade diskussionen med i samarbete kring någon annan patient i framtiden, och att den samtalston vi höll i telefonsamtalet var steget bakåt, och att vi i nästa möte tar flera steg framåt i vår kommunikation, framför allt för den patient vi diskuterar då skull men också för att det blir så mycket roligare att jobba då dansen flyter.

Maria Larsson

Psykiater, Stockholm

Ny redaktionsmedlem Svensk Psykiatri



Ny redaktionsmedlem!

Maria Larsson, överläkare Stockholms Centrum för Ätstörningar, tidigare ST-läkarrepresentant i SPF:s styrelse och sedan flera år ansvarig för den psykiatriska filmfestivalen på SPK, är nytillträdd redaktionsmedlem.

Starkt intresse, förutom psykiatri och film, för prevention av psykisk hälsa på alla nivåer. Denna vecka inspirerad av bok med citat på nya sätt som hon fått i gåva av kollega, favorit just nu:

"Om du först tittar upp på stjärnorna och sedan i ögonen på den du älskar - då vet du var du är".

Citat som har med psykiatri att göra? Ja, vad har egentligen inte det?



Compassion-fokuserad terapi

*Christina Anderson och Sofia Viotti
Naur och Kultur, 2013*

Compassionfokuserad terapi (CFT) går ut på att medvetet stimulera hjärnan och därmed organisera medvetande på olika sätt. Mer specifikt gäller att stärka de system i hjärnan som utvecklats för att vara stödjande, bekräftande och lugnande mot oss själva och andra. Metoden har framför allt utvecklats av den brittiske professorn i psykologi Paul Gilbert, grundare av stiftelsen Compassionate Mind Foundation och presenteras i en bok, *Compassion-fokuserad terapi*, av två psykologer, Christina Andersson och Sofia Viotti. Metoden har sin metodologiska bas i KBT men lånar tekniker och metodik bl.a. från psykodynamisk och buddhistisk tradition med länkar till såväl evolutionsteori, anknytnings- och affektteori, och knyter an till etiska ideal i mellanmänsklig samvaro.

En problematisk självbild

Metoden delar en utgångspunkt med all annan psykoterapeutisk behandling: skam, skoningslös självkritik och självhat och -förakt som komponenter i en negativ självbild tycks återfinnas hos många människor med ett psykiskt lidande och inte minst hos psykiatriska patienter – tanken går bland annat till psykoanalysens "arkaiska överjag". Förmågan att se försonligt på sig själv, på sina tillkortakommanden och ta hand om sig själv, är då outvecklad eller starkt konfliktbelagd, liksom ofta, men inte alltid, förmågan att möta andra med värme, vänlighet och empati. Många terapeuter delar säkert Paul Gilberts erfarenhet av att denna facett av självbilden kan vara påtagligt svåråtkomlig i behandlingsarbetet. Ett arbete med patientens smärtsamma upplevelser, t.ex. brister i anknytningen inom ramen för en empatisk psykoterapeutisk relation, ger inte alltid tillfredsställande resultat.

Ersätts av medkännande och ansvarstagande

I CFT fokuserar man specifikt på denna problematiska självbild hos klienten och dess yttringar i förhållningssätt och beteende mot så väl sig själv som mot andra. Man eftersträvar ett förhållningssätt baserat på omtanke om sig själv, samhörighet med andra och medveten närvaro, inte minst i förhållande till sitt och andras lidande. Klienten får lära sig att i serier av övningar dels visualisera ett "compassionsjäl" som kommer till uttryck i ett tillstånd av kroppslig avspänning och lugn, inre upplevelse av styrka, värme, vänlighet, icke-dömande, acceptans och vishet. Liknande övningar syftar till att bygga upp en upplevelse av ett compassionideal, en inre gestalt som präglas av samma egenskaper samt att lära sig att kommunicera med och låta sig påverkas av denna inre gestalt.

En särskild poäng är att klienten får lära sig att se på upplevelser av eget raseri, skam och andra "negativa" känslor, liksom att se på misslyckande att bygga upp goda självbilder och inre gestalter, just med medkänsla och önskan att förändra lidandet både hos sig själv och andra som kännetecknar compassion.

Hot, trygghet och utforskande

Författarna beskriver begrepp och processer som är centrala för att förstå compassion-tänkandet dvs. behandlingsrationalen bakom de olika övningar som är teknikens kärna. De redogör bland annat för en trestegscirkelsmodell för att beskriva hur motivationssystem styr känslor, tankar och beteende. Graden av aktivering av hotsystemet via HPA-axeln styr aktiveringen av utforskande- respektive trygghetssystemen. Upplevelse av trygghet är basen för alla metodens visualiseringsövningar.

Den avgörande skillnaden mellan denna metod och andra är att den, även i jämförelse med många övriga KBT-baserade metoder, förefaller vara utpräglat "top down"-präglad. Klientens erfarenheter och upplevelser bemöts av terapeuten i compassion-anda och läggs till grund för övningar att visualisera och utveckla sitt compassionsjäl. Patienters plågsamma, kanske traumatiska erfarenheter och minnen som i mer utvecklingsorienterade och "bottom up"-organiserade terapimetoder, exploreras, genomlevs och kanske tolkas och integreras, hanteras här genom visualisering av nya, mer självstödjande alternativa förlopp.

Kraften i inre bilder

Hur kan nu denna metodik verka? En viktig faktor tycks ligga i kraften i inre bilder när de visualiseras i ett avslappat tillstånd som gör att processen försiggår "under radarn", i meningen utom räckhåll för den kognitiva förmågan till verklighetsprövning. På denna nivå av medvetande kan hjärnan inte skilja på om ett "nytt slut" har ägt rum i verkligheten eller i en visualiserad fantasi. På samma sätt kan den inte avgöra om ett visualiserat compassionideal är en gestalt klienten mött i verkligheten eller endast i sin fantasi.

Denna medvetandenivå för påverkan på medvetandehåll är väl känd, inte minst inom hypnoterapi. Där tycks dock utgångspunkten i stor utsträckning vara att hämta upp tidigare omedvetet material för bearbetning, i motsats till hypnotisk verksamhet där hypnotisören "top down" "installerar" de nya utgångspunkterna. Kanske man kan säga att förändringsmekanismen i compassionterapi är att klienten lär sig att med hjälp av terapeutens instruktioner, via visualiseringen, hypnotisera sig själv. Inte alla metoder som använder sig av inre bilder i ett ändrat medvetandetillstånd förlitar sig på denna mekanism. I metoder som Symboldrama och GIM (Guided Imagery and Music) arbetar man mer med "bottom up"-inriktning. Utgångspunkten är då spontant genererade inre bilder, inte aktivt visualiserade.

För vilka

Boken är väl strukturerad och pedagogiskt skriven och underbyggd med referenser inom ramen för KBT och psykologisk neuroforskning, mer sällan berörs parallellerna till psykologi- och psykoterapivärlden i stort. Läsaren färdas övervägande i "KBT-tunneln" utan så mycket utsikt över landskapet i övrigt. Någon gång kan man fundera på författarnas perspektiv – de menar att MacLeans modell av hjärnan ger en bra och djup förståelse av hur den fungerar. Det är möjligt att den gör, men författarnas skildring av denna modell på två och en halv sida ger enligt min mening snarare en användbar översikt än att den möjliggör en bra och djup förståelse.

Det är inte helt klart vilken som är compassionbehandlingens målgrupp. Författarna redovisar forskning som visar att compassionträning ger neurofysiologiska förändringar i hjärnan och nämner att det finns RTC-studier av en icke-klinisk population. Manualer för behandling av bland annat ångest, ätstörning, bipolaritet, social fobi och psykoser har utvecklats. Några studier av behandlingsresultat för dessa patientgrupper redovisas inte i boken. För att tillämpa metoden krävs, förutom metodspecifik utbildning, kompetens som psykolog, eller psykoterapeut med legitimation eller steg 1-utbildning. Boken är dock läsvärd för en bred läsekrets då den ger en bra introduktion till en intressant metod. Terapeuter i olika skolor kan inspireras till egen metodutveckling vad gäller arbete med patienters låsta negativa självbilder och förhållningssätt till sig själva och sina medmänniskor och den psykologiskt allmänintresserade kan säkert finna compassionövningar att pröva.

Man kan undra

För terapeuter med rötter i ett "bottom up", utvecklings- och meningsavtäckt arbetssätt kan metodiken te sig utmanande och instrumentell även om målet – en mer inkännande, respektfull och omsorgsinriktad inställning till sig själv och andra knappast kan ifrågasättas. Kanske undrar man om denna "inympling" av ett compassionsjälva kan komma att utgöra eller övergå i en helt integrerad och autentisk självaspekt.

Mot detta kan dock ställas en viss pragmatism "hjälper det så hjälper det!"

Trots författarnas belysning och diskussion av compassionbegreppet kan jag inte helt frigöra mig från ett intryck av teknikaliserings. Den djupa resonans av mellanmännisklig samhörighet som det innefattar, den djupdimension det handlar om, går heller kanske inte att fånga i den ram som författarna arbetar inom, eller kanske inte i annat än poesi. Jag saknar en tydlig problematisering av detta för att uppnå större trovärdighet. Samma sak gäller hanteringen av "vishet" - en av de centrala kvaliteter som ett compassionsjälva ska utstråla. Begreppet används väl vanligen om en mänsklig kvalitet vars totalitet knappast helt kan fångas i ord, en kvalitet som avspeglar en avklarnad inre mognadsprocess som kan genomsyra existensen på ett subtilt men ändå kraftfullt sätt och som brukar ta tid att utveckla. Å andra sidan hävdas det till exempel inom ego-statepsykologin att individen bär med sig en "självpotential" som kan manifesteras sig även i tidiga år, inte bara i den ålder Jung och Erik H Erikson fokuserade på – den senare delen av livscykeln.

Vart vi är på väg

I förlängningen – och det har inte med compassionmetodik i sig att göra - kan man fundera på hur långt det kommer vara möjligt att utveckla metodik för att gå under hjärnans verklighetsprövande "radar" och installera "erfarenheter" och "minnen" som kommer att framstå som självupplevda, eller åtminstone svårt att skilja eget minne från "självinstallerade imaginationer". Tanken kan gå till hjärntvätten i auktoritära miljöer. I terapi får man dock lära sig att själv tvätta sin hjärna – terapeuten står vanligen bara till tjänst med "tvättmedlet".

Just nu står goda anknytningserfarenheter i blickfånget vad gäller socialiseringen av små barn. Kan man i framtiden komma att förbise tidig anknytning om det går att "installera" ett "gott föräldraobjekt" genom visualisering senare i livet? Tanken vandrar vidare till det faktum att vissa människor får motivation och mening i tillvaron genom att leva i gemensamt konstruerade virtuella världar där man själv bestämmer personlighetsegenskaper hos den rollfigur man skapar. Kanske införlivar man dessa egenskaper genom virtuell interaktion med andra rollfigurer som egentligen heller inte "finns". Möjligheter öppnar sig som tål att reflektera över.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Barcelona!

ECNP 5-9 oktober 2013

Spaningar på och vid sidan av kongressen av överläkare Svante Bäck

ECNP (European Congress of Neuro-Psychopharmacology) är på väg bli en europeisk APA, den stora amerikanska kongressen varje maj, och en god ersättare för Amerikaresan.

Den är stor nog att ha så många parallella spår att man måste välja en egen profil för att inte bli "galen" av all information. Det finns "Brainstorming sessions" med start 07.45 och Satellite symposias som slutar 18.30. Under dagen fem spår samtidigt. Så denna kongress- och reserapport blir personlig och en spaning kanske mest sann bara i mina ögon.

Jag har valt ut följande teman:

1. Bipolär sjukdom
2. Våld på psyk-avdelning
3. Inflammation och uppväxttrauma
4. Barcelona; staden, maten och de sköna konsterna
5. Kongressresor i framtiden

Bipolär sjukdom/depression

Angående depression betonade Roger McIntyre (Toronto) att vi inte kan nöja oss med RESPONS, inte ens REMISSION utan måste sträva efter FUNKTIONELLT TILLFRISKNANDE. Bara 20 % av alla patienter idag lyckas få detta!

I ett annat symposium om bipolär sjukdom får RM sällskap av professor Eduard Vieta (Barcelona) och professor Guy Goodwin (UK). Man konstaterar att för flera stora folksjukdomar såsom stroke, AIDS, hjärtsjukdomar och leukemi har prognosen dramatiskt förbättrats under senare år. Men inte för bipolär sjukdom!

Man konstaterade också att litium är effektivt och ensamt om att kunna visa på att sänka antalet suicid! S-Li ska dock ligga på minst 0.6 mmol/l.

I vår grupp (jag åkte med en grupp svenska läkare) diskuterade vi problemet att litium hamnat vid sidan av. Det händer att ST-läkare inte under sina 5 år varit med om att sätta in detta alls. Kanske hänger det ihop med svagt stöd från forskningen och läkemedelsindustrin för detta gamla läkemedel. Eller rädsla för biverkningarna som dock måste omprövas.



Symposiet underströk att litium "numera" inte anses ge svår njurskada. Ålder, diabetes mm kan dock göra det. Litium ger heller inte fosterskador vilket länge varit en sanning. Så kunskapen om litium behöver uppgraderas.

Professor Vieta hade jämfört psykoedukation (p-e) med KBT för bipolär sjukdom. Psykoedukation var bättre för mani-återfall och likvärdigt med KBT för depression. Kostnaden för p-e (i grupp) var 180 dollar jämfört med 1200 dollar för KBT!

P-e hade utmärkta långtidseffekter dessutom.

Kanske för att p-e tydligare talar för vikten av medicinfölsamhet och att leva klokt:

Get up and go to bed at the same time, even on holidays. See people. And take your medication!

Ett problem är att vi bör behandla många bipolära patienter med 2 eller flera läkemedel. Men våra studier jämför enst tablett A med placebo eller möjligen med tablett B. Men aldrig A+B tillsammans eller A gentemot C eller D. Vår jämförande kunskap om läkemedel är från stora undersökningar där man jämför A och B och C gentemot placebo och sen extrapolerar fram en lista genom metaanalys över läkemedlens effekter från A---Ö.

Ett annat problem är att placeboresponsen tycks bli 1 % bättre för varje år och det därför blir allt svårare att få fram en skillnad mellan läkemedlet och placebo. Svårare och dyrare. En orsak tycks vara att studiepatienter inte är samma som våra riktiga vardagspatienter. De i studien är ofta mindre sjuka och svarar bättre på placebo.

Våld på psyk-avdelning

Ett symposium om våld och tvångsinsatser på psykiatrisk avdelning lockade.

Det visade sig att detta var dåligt utforskat och att det saknades guidelines. Sverige hade i studier lägst bältesanvändning och var "bäst" medan Polen och UK hade mest med ca det dubbla i en Europaöverblick bland 770 tvångsintagna i allmänpsykiatri. Vi var i gengäld i topp när det gällde tvångsmedicinering/injektion så det handlar väl om medicin eller bälte...

Man frågade patienterna vad dom föredrog och det blev oavgjort resultat. Samt – om du blir mycket orolig och vi tvingas använda tvång, vad vill du vi ska använda på dig i så fall? Svaret antecknades och underlättade valet vid senare behov.

Agitation föregick oftast våld, det gällde att ingripa och avleda i tid.



Man summerade att vi dels borde använda något skattningsinstrument för att låta personalen mäta riskökning och sen vara snabba med tvångsmedicinering när våldet var nära, men i tid. Broset Violence Checklist var en av skalorna som användes. Personalen mätte två gånger dagligen och själva mätandet hade i sig en lugnande inverkan! (På både personal och patienter!)

Inflammation och uppväxttrauma

Tyvärr är det många barn som får en farligt dålig uppväxt visade en forskare från London, dr Andrea Danese. En studie "Dunedin study" följde ca 1000 barn från födsel till 32 års ålder. 20-30 % av dessa hade traumauppväxt åren 3-11.



Detta ledde bl.a. till återkommande och svårbehandlade depressioner, åtföljt av förhöjda inflammationsparametrar bl.a. fibrinogen. Kombinationen av depression och uppväxttrauma gav extra höga inflammatoriska värden. Kanske ska vissa depressioner framöver även behandlas med anti-inflammatoriska läkemedel.

En annan seneffekt av uppväxttrauma är DESNOS/ komplex PTSD, en särskild form av PTSD som karaktäriseras av dissociation, är min egen reflexion.

Barcelona

Barcelona grundades av romarna runt Kristi födelse. Det finns en del av en romersk ringmur i stadens centrum. Det finns en mäktig medeltida stadskärna med smala krokiga gränder, mysiga torg och mäktiga gotiska katedraler.

Staden har ett antal stora konstnärer som verkat här bl.a. Miro, Dali och Picasso som alla har museer. Den som dock formgivit staden är arkitekten Antoni Gaudi med sin unikt lekfulla feelgood-formgivning av fasader, parker och hans egen grandios galna nygotiska kyrka "La Sagrada Familia" där han själv ligger begravd i kryptan. Staden har ett människomyller som jag inte sett sen jag besökte Istanbul. Huvud-gågatan La Rambla är känd som ficktjuvarnas paradys, och båda gångerna jag varit här har någon i min närhet blivit bestulen.



En kväll besökte jag och min grupp tre olika tapasbarer. Ett mycket smidigt sätt att till ett måttligt pris - ca 15 kr styck - ta tapas från en disk. Pålägget på den lilla smörgåsen hålls på plats av en stor tandpetare.

Man äter stående eller sittande. Och till sist betalar man efter hur många träpinnar man har på tallriken - en per tapas. Kommer man ensam är det lätt att börja tala med vem man vill i vimlet.



Kongressresor

Det verkar som detta var sista kongressresan med läkemedelsbolag som delsponsor och där man själv (eller arbetsgivaren) betalar den andra delen. De stora bolagen verkar styra avvecklingen av dessa vetenskapliga oaser som troligen snart upphör. Tråkigt nog.

Och dumt, inte har väl landstingen plötsligt fått mer pengar att skicka medarbetare på kongress för? Det är avsevärt

smidigare att resa med en grupp än att ordna allt själv. Det har åtminstone för mig starkt bidragit till min möjlighet att "hänga med" vad som händer och få lära mig nytt. Och att då och då träffa kollegor inte bara från egna landet utan även Norden – Europa och hela världen. Och att själv kunna få ställa en fråga till professor Eduard Vieta. Att känna pirret när man fylls av en nyfiken undran och knälar fram till mikrofonen och ställer en fråga. Jag tycker nu att jag "känner" honom och flera av de andra stora, även om jag anar att dom inte känner mig.

Detta med att kongressresor i grupp upphör borde man väl kolla upp och försöka påverka/förändra..... jag lämnar över stafettpippen!

Till sist

Åker jag hemåt med en stark känsla av att det pågår forskning även inom vårt område. Långsamt binds genetik-virus-psykologi och läkemedel ihop i ett starkt psykiatriskt nät. Mångfalden behövs och inget förmår ensamt förklara allt. Framtiden känns lite mer hopp- och förväntansfull.

Genuint nya läkemedel verkar komma allt glesare och vi får i stället fortsätta förfinas det vi har.

En föreläsare citerade en amerikansk politiker som sa de självklara men tänkvärda orden:

*There are things we know,
there are things we don't know and
there are things we don't know that we don't know...*

Text och foto:

Svante Bäck

Överläkare, (Chöl och verksamhetschef)

Psykiatri i Västervik

Svante.back@ltkalmars.se

Preliminära resultat från DBT-teamen vid SÄS samt Behandlingsenheten Solhem

Vid SÄS användes under 2009-2012 ett omfattande utvärderingsbatteri för att mäta utfallet för den vuxenpsykiatriska kliniken DBT-patienter. Huvudutfallsmåttet var CORE-OM (Evans et al., 2002), ett frågeformulär som även validerats för svenska förhållanden (Elfström et al., 2012). CORE-OM består av 34 frågor och avser att mäta allmän psykisk ohälsa oavsett problematik och svårighetsgrad.

Preliminära analyser visar att det, för de patienter för vilka det finns kompletta för- och eftermätningar, finns signifikanta positiva skillnader efter terapi på de flesta av de utfallsmått som använts. Den aktuella gruppen består av 22 patienter, 20 kvinnor och två män (9,1 %). Medelåldern vid terapistart var 30 år (SD = 6,8). Den genomsnittliga tiden i DBT var knappt två år (23,2 mån, SD = 8,5).

Poängen på CORE-OM var signifikant lägre vid eftermätningen (M = 12,9) än vid förmätningen (M = 22,3), $T = 24$, $p = 0,001$. Behandlingseffekten var stor ($d = 1,86$) och indikerar att patienterna i genomsnitt mådde bättre efter genomgången DBT.

I en studie om behandlingseffekter av samtalsbehandling i primärvården rapporterade Holmqvist et al (2013) att patienterna efter behandling i genomsnitt hade 13,7 poäng på CORE-OM. Den grupp DBT-patienter vi här har tittat på mådde således bättre än primärvårdspatienterna efter terapi, och nådde i genomsnitt ned till det gränsvärde (13,0) för icke-kliniska poäng ("frisk") som Holmqvist använde. Saxon & Barkham (2012) rapporterade resultat från CORE-OM för patienter i primärvården som fullföljt samtalsbehandling, och rapporterade en stor behandlingseffekt ($d = 1,55$). Även Holmqvist et al (2013) rapporterade en stor behandlingseffekt ($d = 1,37$), en siffra som överlag är i linje med rapporterade utfall från andra oberoende dataset (Saxon & Barkham, 2012). Behandlingseffekten för den aktuella gruppen patienter som fått DBT vid SÄS var således jämförelsevis stor.

Suicidrisken, mätt med SUAS-S minskade signifikant efter DBT. I genomsnitt låg poängen över gränsvärdet för suicidrisk vid terapistart, medan det efter terapi låg betydligt under. Även här var effekten stor ($d = 1,95$). Liknande positiva resultat kunde ses avseende dissociation, mätt med självskattningsformuläret DES.

Ett annat utfallsmått var grad av mindfulness (medveten närvaro), som mättes med självskattningsformuläret FFMQ, och resultaten visade på en signifikant och stor positiv effekt efter DBT, dvs. ökad mindfulness.

Slutligen mättes även graden av interpersonella problem med självskattningsformuläret IIP, och resultaten indikerade på stora och signifikanta förbättringar, dvs. mindre interpersonella problem efter DBT.

Avseende självskadebeteende, mätt med självskattningsformuläret DSHI-9, syntes ingen signifikant förbättring efter DBT. Detta kan bero på en golfeffekt, flera patienter var inte aktivt självskadande vid terapistart, och kunde alltså inte förbättras ytterligare.

Överlag ser de preliminära resultaten för DBT lovande ut. Vi har dock endast analyserat utfallet för de patienter för vilka vi har både för- och eftermätningar. Även (Saxon & Barkham, 2012) rapporterade dock data från just "completers", och det är därför rimligt att data från "DBT-completers" vid SÄS jämförs med dessa.

Behandlingsenheten Solhem

Från BES finns i nuläget data på CORE-OM för 59 patienter som genomgått gruppbehandlingen (tio veckor med dagliga besök). I jämförelse med de som påbörjade DBT var problemnivån lägre vid behandlingsstart, och den minskade inte till så låga nivåer som för full DBT vid avslut. Förbättringen efter behandling var signifikant, men effekten var inte lika stor som vid full DBT. Ett tioveckorsprogram kan således göra skillnad, men förefaller inte kunna ersätta sedvanlig DBT.

Tommy Skjulsvik
Leg psykolog,

Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

Doktorand vid Institutionen för Beteendevetenskap och
Lärande, Lindköpings universitet

Referens finns på www.svenskpsykiatri.se

Är du ST-läkare?

- Vill du påverka din utbildning, din arbetsituation och psykiatris utveckling?
- Vill du ha roligt tillsammans med andra?
- Vill du lära dig mycket om psykiatri?

Då så: engagera dig i SLUP!

Kontakta Sara Öster i valberedningen:
sara_oster@hotmail.com

Välkommen att höra av dig!
SLUP-styrelsen



www.slupsykiatri.se

Ny behandlingsmetod för personer med självskadebeteende utvärderas i Sverige

Nu implementeras och utvärderas för första gången i Sverige en ny behandlingsmetod som är specifikt utvecklad för personer med självskadebeteende. I pilotstudien, som beräknas pågå under år 2013 och 2014, deltar 15 vuxenpsykiatriska mottagningar (med start i september 2013) och två barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar (med start i januari 2014). Projektet genomförs på mottagningar i olika delar av landet och koordineras genom Centrum för psykiatriforskning vid KI/SLL i samarbete med Lunds universitet. Förhoppningen är att behandlingen, som administreras i grupp som en tilläggsbehandling till annan pågående behandling, ska förstärka svensk öppenvård psykiatri och kunna spridas som en väl fungerande behandlingsmodell i hela landet.

Den 14 veckor långa behandlingen heter Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) och bygger på traditionell beteendeterapi, dialektisk beteendeterapi (DBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och emotionsfokuserad psykoterapi. Behandlingen syftar till att minska frekvensen av självdestruktiva handlingar genom att öka färdigheter att hantera känslor, något som personer med självskadebeteende ofta har svårt för.¹ Behandlingen inleds med att utforska vilka funktioner som självskadebeteende och känslor har för patienten. Den fortsätter därefter med interventioner som syftar till att öka medvetenhet och acceptans av känslor samt minska användning av undvikande och ohjälpsamma regleringsstrategier och svårigheter att kontrollera beteenden i kris. Slutligen syftar interventionerna till att minska ovillighet att uppleva negativa känslor samtidigt som patienten engagerar sig i aktiviteter som personen upplever som meningsfulla. Metoden har utvecklats av den amerikanska docenten Kim Gratz och har utvärderats i tre studier med lovande resultat.²⁻⁴

Två medarbetare från varje mottagning som deltar i studien (totalt 34 behandlare) har genomgått en ERGT-utbildning ledd av Kim Gratz i slutet av augusti i år. Varje mottagning ska behandla en till två grupper under regelbunden handledning.

Parallellt med ERGT-projektet planerar även projektgruppen bakom ERGT-studien att utveckla och utvärdera en individuell internetadministrerad version av ERGT med terapeutstöd som vänder sig till ungdomar med självskadebeteende och deras vårdnadshavare. Forskning har visat att många ungdomar inte berättar om sitt självskadebeteende för vuxna eller vården och en vanlig förklaring är att de skäms.⁵ Många ungdomar med självskadebeteende använder internet som informationskälla och många internetsidor består av ohjälpsam eller direkt farlig information som tipsar om olika sätt att skada sig själv på.⁶ För många andra

psykiatriska problem, inklusive depression och ångest, har internetbaserad KBT med terapeutstöd visat sig vara effektivt.⁷ Internetbaserad KBT påminner mycket om vanlig KBT, patienterna gör samma saker för att må bättre, men den största skillnaden är att man har kontakt med sin psykolog via internet istället för att träffas. Internetbaserad KBT kan innebära dramatiskt ökad tillgänglighet genom att färre utbildade terapeuter behövs och geografiska avstånd saknar betydelse. För ungdomar som självskadar och ofta skäms över detta kan tröskeln att söka hjälp också minska om de vet att de inte behöver resa till en psykiatrisk mottagning för att få hjälp utan istället kan ha kontakt med sin behandlare via internet. Förhoppningen är att detta projekt skulle kunna vända sig till ungdomar i ett tidigt skede, innan deras besvär har blivit väldigt svåra och omfattande.

ERGT-projektet genomförs inom ramen för Nationella självskadeprojektet som är en satsning i samarbete mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet med satsningen är att samordna den kunskap som finns i landet och skapa ett tidigt omhändertagande av unga personer med självskadebeteenden. Det övergripande målet är att förebygga och minska antalet unga med självskadebeteende, men projektet syftar även till att utveckla vården på området.

Johan Bjureberg

Leg. psykolog

Nationella självskadeprojektet

Referenser

1. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 2007; 27: 226–39
2. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2006; 37: 25–35.
3. Gratz KL, Tull MT. Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2011; 2: 316–26.
4. Gratz KL, Tull MT, Levy R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med* 2013; : 1–14.
5. Whitlock J. Self-injurious Behaviors in a College Population. *PEDIATRICS* 2006; 117: 1939–48.
6. Whitlock JL, Powers JL, Eckenrode J. The virtual cutting edge: The Internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology* 2006; 42: 407–17.
7. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2010; 5: e13196.

Pressmeddelande

2013-10-30

Ny behandlingsmetod mot självskadebeteende prövas i Sverige

Nu prövas för första gången i Sverige en behandlingsmetod specifikt riktad mot patienter med självskadebeteende. 15 vuxen- (med start september 2013) och 2 barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar (med start december 2013) deltar i pilotstudien som beräknas pågå i ett år. Studien kommer att följas av ett antal handledare som samtliga har specialistkompetens inom psykologisk behandling och självskadebeteende. Det är även de som ansvarar för utvärderingen. Förhoppningen är att metoden ska kunna spridas som en väl fungerande behandlingsmodell i hela landet.

ERGT står för Emotion Regulation Group Therapy och är en gruppterapi med fokus på hantering av känslor, något som man vet att många personer med självskadebeteende upplever som svårt. Metoden har utvecklats av den amerikanska docenten Kim Gratz, som har använt ERGT sedan början av 2000-talet med goda resultat. Två medarbetare från varje mottagning som deltar i studien, totalt 34 behandlare, genomgick en ERGT-utbildning ledd av Kim Gratz själv i slutet av augusti i år. Utbildningen var förlagd till institutionen för psykologi i Lund.

De mottagningar som deltar i studien är:

Affektiva mottagningen, psykiatriska kliniken, Sundsvall
Landstinget Gävleborg, Allmänpsykiatriska mottagningen
PRIMA Unga vuxna Danderyd, Stockholm
Behandlingsenheten City Stockholm
PRIMA vuxenpsykiatri Liljeholmen, Stockholm
Borderlineenheten Karolinska sjukhuset, Stockholm
Psykiatriska mottagningen Kronan, Stockholm
DBT-teamet BUP, Stockholm
Vuxenpsykiatriska mottagningen, Kungälv
Vuxenpsykiatrisk mottagning Solhem, Borås
Vuxenpsykiatriska mottagningen, Kungsbacka
Psykiatrisk mottagning, Värnamo
Allmänpsykiatriska mottagningen, Helsingborg
Aleris psykiatri, Lund
Allmänpsykiatriska rehab-enheten DBT-teamet, Lund
Integrerad närsjukvård, Malmö
BUP, Malmö

Kontaktperson för ERGT-projektet är leg. psykolog Johan Bjureberg vid Centrum för psykiatriforskning i Stockholm. Han sitter i ERGT-projektets nationella styrgrupp och är en av de handledare som kommer att följa och utvärdera studien.

Genom Johan Bjureberg kan man komma i kontakt med de mottagningar och de behandlare som deltar.

Telefon: 070-000 91 88

Mail: johan.bjureberg@ki.se

ERGT-studien sker och finansieras inom ramen för **Nationella självskadeprojektet**. Det är en gemensam satsning som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting gör under 3 år med början 2012 med en budget på 13 miljoner kronor per år. Syftet är att samordna den kunskap som finns i landet och skapa ett tidigt omhändertagande av unga med risk för eller med allvarliga självskadebeteenden. Det övergripande målet är att bli bättre på att förebygga och att antalet unga med självskadebeteende ska minska, men projektet syftar också till att utveckla vården på området.

Mer information om projektet finns på www.nationellasjvalvskaeprojektet.se/

ANNONS

En helt vanlig vecka i en BUP- ST-läkares liv!

Epikris AACAP-kongressen, Orlando, USA

Kongresstid: 22-26/10 2013

Bakgrund: 2 ST-läkare på BUP i Halmstad reste som del av utbildningen på 1 veckas kongress i USA tillsammans med klinikens chöf Håkan Jarbin.

Planeringen började tidig sommar, och efter en del missöden med amerikansk gränskontroll anlände vi efter en 27 timmar lång resa till kongresshotellet i Orlando.

Socialt: Vi lämnade varsin man och totalt sex barn i Sverige för att under veckan dela ett rymligt hotellrum och plötsligt bli varandras familj. Vi anpassade oss snabbt till varandras vanor (... och ovanor). På ledig tid fick vi förmånen att umgås med härliga kollegor från olika delar av landet. Uteaktivitet med bad, sol och shopping kunde också klämmas in i vårt schema, och mysiga luncher vid poolen under kongressdagarna.

Förlopp: Ett digert programutbud med massor av intressanta föreläsningar... beslutsångesten var total, men vi lyckades pricka i många guldgrubbor. Registreringen första dagen blev en wow-upplevelse där vi insåg att det vi längtat efter och planerat så länge plötsligt var verklighet.



Nina och Ulrika har koll på barnen hemma

Det blev en häftig känsla av samhörighet med BUP-läkare från världens alla hörn som gick omkring med likadana namnskyltar och var lika förväntansfulla som vi.

Hela första dagen var vi inbokade på ett institut kring psykofarmakologi. En bra start på resten av veckan med en översiktlig introduktion i alla diagnosgrupper och deras behandlingar. Det var upplyftande att känna igen sig i behandlingsstrategier och inse att svenska riktlinjer följer internationella.



Västkusten möter Stockholm

Resterande dagar valde vi varierande områden, ibland ämnen som inte lyfts så mycket i Sverige, exempelvis diskussioner kring könsdysfori. Andra dagar valde vi mer traditionella ämnen som utagerande i skolan och ADHD-forskning. På en föreläsning som vi tyckte var intressant diskuterades de stora diagnosgrupperna utifrån forskning på anatomisk hjärn nivå. Där sas bl.a. att man vid autism har funnit förändringar i hjärnstammen som skulle kunna förklara den annorlunda sensoriken vissa patienter upplever.

Det var kul att få ett ansikte på stora föreläsare som känns igen från litteraturen. Det enda som möjligtvis skulle kunna förbättras är längden på föreläsningarna, en liten pedagogisk miss med 3-timmarspass utan paus.

Bedömning: En fantastisk vecka, ett påfyllande avbrott från en normalt ganska stressig vardag med jobb i kombination med vardagspussel med dagis och skolhämtningar, aktiviteter och annat som hör familjelivet till.

En bra blandning av såväl det fina föreläsningsschemat som den härliga sociala samvaron med goa kollegor.

Åtgärd: Med ny inspiration åter hem till familj och arbete.

Stort tack till BUP Halland som möjliggjorde detta äventyr.

Planering: Omsätta nya insikter i den kliniska vardagen.

Rekommendation till Sveriges ST-kollegor att göra liknande resa om möjligt!

Nina Delling
Ulrika Åhlund
ST-läkare, BUP Halland
Foto: Lars Joelsson

Från hopplöshet till framtidstro

Upplevelser av mentaliseringsbaserad terapi

Det finns idag flera olika behandlingsformer för borderline personlighetsstörning (BPD). En av dem som har bäst evidens är mentaliseringsbaserad terapi, MBT (se t.ex. Leichsenring et al, 2011; Paris, 2010; Gunderson, 2008). Det är ett manualiserat behandlingsprogram som utvecklats av Anthony Bateman och Peter Fonagy (Bateman & Fonagy, 2004). Mentalisering innebär i korthet att förstå sina egna och andras handlingar utifrån bakomliggande mentala avsikter. Enligt mentaliseringsteorin utgör grundproblematiken i BPD brister i mentaliseringsförmågan. Det övergripande målet i MBT är därför att öka patienternas mentaliseringsförmåga, vilket sker genom grupp- och individualterapi.

MBT bedrivs inom Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) sedan 2008. Hur upplevs egentligen behandlingen av patienterna och vilka förändringar tycker de själva att de genomgått? Dessa frågeställningar var utgångspunkten för mitt examensarbete (Wihlborg, 2013). Fem kvinnor som deltagit i MBT vid två öppenvårdspsykiatriska mottagningar inom SÄS fick berätta om sina upplevelser. De intervjuade hade diagnosen BPD eller ospecificerad personlighetsstörning.

Alla deltagare berättade om hur de från början varit mycket negativt inställda till MBT. Deras inställning förändrades dock från misstro och skepsis mot trygghet och tillit, allteftersom behandlingen fortskred. Det moment deltagarna upplevde som mest krävande var gruppterapin. De tyckte det var påfrestande att känna att de fick ta plats hos någon annan. Flera beskrev processen mot att börja öppna upp sig som smärtsam, men nödvändig. De lyfte fram vikten av terapeuters utmanande frågor och kontinuiteten i terapisesionerna.

Trots att behandlingen upplevdes som svår, tyckte samtliga deltagare att MBT varit den rätta hjälpen för dem. De berättade att de utvecklades genom att höra de andra gruppmedlemmarnas berättelser, och att de genom att känna igen sig i varandra inte längre behövde känna skam över sig själva.

De intervjuade beskrev stora förändringar i sina liv till följd av terapin. De berättade uttryckligen om förändringar i mentaliseringsförmågan, genom att de upplevde en ökad förståelse av sig själva och andra nu jämfört med före MBT. De beskrev till exempel en större medvetenhet om sina egna tankar och en ökad förmåga att ta andras perspektiv.

”Innan var det liksom, kunde jag bara se mig själv från den situationen jag var i just nu. Nu kan jag ta ett steg tillbaka och tänka litegrann.”

Deltagarna beskrev även andra förändringar som skulle kunna ses som en följd av en ökad mentaliseringsförmåga. De berättade om en bättre självkänsla, en större öppenhet gentemot andra och mindre destruktiva relationer. De beskrev även en ökad förmåga att välja sina handlingar, vilket bland annat resulterat i minskad självdestruktivitet. Samtliga beskrev positiva förändringar i arbetssituation och ett ökat hopp inför framtiden.

Resultaten från studien stämmer väl överens med de formulerade målen för MBT vid de aktuella psykiatriska öppenvårdsmottagningarna. Min studie bör i första hand ses som ett bidrag till hur patienter själva kan uppleva MBT och de förändringar behandlingen medför. De intervjuade ger en bild av hur hopplöshet och oro kan bytas till framtidstro och en begynnande trygghet hos patienter som genomgått MBT.

Vendela Wihlborg
Psykologstudent
Psykologiska institutionen
Göteborgs Universitet

Referenser

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Gunderson, J. G. (2008). Borderline personality disorder: An overview. *Social Work in Mental Health*, 6, 5-12.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Paris, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12, 56-60.
- Wihlborg, V. (2013). *Att öppna upp och släppa in – patienters upplevelser av mentaliseringsbaserad terapi*. Opublicerat psykologexamensarbete, höstterminen 2013, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.

Här följer ett bidrag på förra numrets tema "Varför blev jag psykiater – egentligen?". Redaktionen tar gärna emot flera bidrag av detta slag i kommande nummer!

En väl planerad räkmacka

Kirurgi, allmänmedicin och psykiatri – i den ordningen – var mina alternativ efter läkarprogrammet. Tur, tillfälligheter och trevliga psykiatriker kastade om ordningen.

Kursen i psykiatri var intressant. På AT hade jag bra kliniska handledare i Säter och i Mora, jag gavs utrymme att träffa patienter själv med strukturerad handledning emellanåt samt fri tillgång till överläkaren när det behövdes. Jag tyckte nog att jag hade lite fallenhet för att prata med patienterna och tyckte att det var roligt. Det var också häftigt att se de seniora kollegornas kliniska skicklighet i samtalen, precis som jag blev imponerad av en duktig kirurg.

På AT-stämman gjorde dåvarande SPF-ST (föregångaren till SLUP) reklam för specialiteten och jag tog mig även iväg från Dalarna till Lund under vårdcentralplaceringen för att bevista Psykiatrins ansikten, en satsning för att värva fler till psykiatrin. Där föreläste flera duktiga specialister och ST-läkare om placebo, psykiaterrollens utveckling och om rättspsykiatri, minns jag. Antingen var det på Psykiatrins ansikten eller AT-stämman som jag deltog i en tävling där vinsten var deltagande i SPK – Svenska Psykiatrikongressen.

Efter AT funderade jag fortfarande på kirurgi och vikarierade därför på kirurgen. När jag så vann deltagande på SPK fick jag kasta om några nattjourer för att kunna ta mig ner till Göteborg för att inkassera min vinst. Där möttes jag av en sprudlande Maria Larsson, dåvarande ordförande i SPF-ST, samt ett väldigt trevligt gäng ST-läkare som tog hand om oss som kommit dit genom tävlingen. Vi gick på inspirerande föreläsningar ("ok, det här verkar faktiskt seriöst och intellektuellt spännande..."), åt räkmacka och drack öl på kvällen ("hm, de här människorna är ju riktigt trevliga, dem skulle man vilja jobba med!").

Ungefär så gick det till när jag till slut sökte mig en ST-tjänst i psykiatri istället. Jag hade ju ansträngt mig för att låta mig påverkas; tydligen hade jag en dragning till psykiatrin. Men utan dessa sammanträffanden, och utan dessa medvetna satsningar från trevliga, engagerade kollegor som ordnar vetenskapliga och sociala sammankomster och som försöker förbättra psykiatrin och locka nya medarbetare, så hade valet kunnat bli ett annat.

Det är bland annat mot denna bakgrund som det blivit naturligt för mig att engagera mig i SLUP, där jag varit verksam i princip hela min ST, nu som ordförande. ST-föreningens verksamhet hade stor påverkan på mig, därför har det varit extra roligt att vara på AT-stämman och träffa blivande kollegor, höra hur de resonerar och svara på deras frågor, delta i SPK och inte minst vara med och arrangera den årliga nationella ST-konferensen. (Miss inte denna, ni som har möjlighet att åka!)

Vi har förstås alla ett ansvar att inspirera kandidater, AT-läkare eller andra kollegor, och försöka förbättra verksamheten, var vi nu jobbar – det spelar roll! I det sammanhanget hoppas jag att SLUP kan fortsätta bidra till att rekrytera fler psykiatriker och att vi kan fortsätta påverka vår ST-utbildning och vår arbetssituation i en gynnsam riktning.

Jag är tacksam till de positiva förebilder som bidragit till mitt val av specialitet och jag ser med spänning fram emot min fortsatta karriär som psykiater!

Isak Sundberg

ST-läkare i psykiatri

Ordförande SLUP - Sveriges läkare under utbildning i psykiatri



Foto: Shutterstock/ Barbro Bergfeldt

Vad fick dig att sluta skada dig själv?

“Vad var det som gjorde att du slutade skada dig själv?”. Det är en fråga jag fått många gånger. Men ändå är den alltid lika svår att svara på. För det finns inget konkret, bara diffusa ledtrådar om hur jag tog mig ur det jag bara kan benämna som ett rent helvete. Så till alla er som letar efter en lösning och ett svar som visar vägen kan jag dessvärre inte leva upp till era förväntningar. Men det innebär inte att jag inte har en förklaring till varför jag sitter här idag. Min förhoppning är att den kan sprida hopp och fungera som en vägledning för dem som är självdestruktiva idag och för deras anhöriga.

För mig var vägen ifrån mitt självskadebeteende lång och i perioder har jag fallit tillbaka, efter långa uppehåll. Men orsaken till återfall har varit olika med årens gång. Den största skillnaden har varit varför jag hållit mig ifrån självskadandet och hur eller om jag hanterat mina känslor på ett annat sätt.

En del verkar tro att det bara är att bestämma sig för att sluta skada sig själv, som en dålig vana som helt enkelt bör brytas. När jag första gången försökte sluta tänkte jag så, för jag hade aldrig fått någon annan förklaring eller förståelse för varför jag självskadade. Jag klarade strax över 100 dagar innan jag drabbades av återfall till den grad att jag blev inlagd på barn- och ungdomspsykiatriens slutenvård.

Tips och råd:

1. Förstå vad självskadebeteende fyller för funktion för dig.
2. Ta reda på vad som utlöser självskadandet.
3. Finn ett annat sätt att hantera det på.
4. Hitta något som ger livet en mening. Tex: ridning, fotografering, resa, astronomi etc.



Foto: Therese Wiklund

Grunden till att kunna bryta ett självskadebeteende ligger i förståelsen för att det fyller en funktion. Något som behöver ersättas med andra medel och metoder. För att göra det krävs att man ransakar sig själv, de situationer och känslor som leder till självskadehandlingar.

När det är gjort börjar ett tungt arbete. För det är aldrig så lätt som att “bara sluta”. Men det går.

För mig kom vändningen när jag fick min diagnos (emotionellt instabil personlighetstörning) och insåg att känslor är vägledande och behöver upplevas, inte kvävas. Att det finns en funktion av att känna allt ifrån kärlek till rädsla och ångest på så vis att de ger oss ledtrådar om vad som är rätt och fel i livet. Men också att de kan hamna ur balans och bli missvisande om vi inte lyssnar till dem.

Med denna insikt kunde jag för första gången uppleva en stabil och realistisk framtidsvision. Först då kunde jag hitta tillbaka till saker som förgyller vardagen och börja leva igen. Med tiden har självskadebeteendet kommit att blekna bort i skenet av det liv jag idag lever, inte bara överlever.

Johanna von Schedvin

Ryssen kom, såg och bjöd oss tillbaks

Från 3 till 14 juni 2012 tog SLUP emot en delegation ryska ST-läkare från Moscow Research Institute of Psychiatry. Bakgrunden var Jerker Hansons intresse och engagemang för östeuropeisk psykiatri och att vi föreläst om svensk ST-utbildning i psykiatri på ryska motsvarigheten till SLUP-konferensen 2011. Nu i höstas besökte några svenska ST-läkare och några mer seniora psykiatriker Moskva (se separat artikel). Här följer ett kort referat av ryssarnas besök i Stockholmsregionen.



En stor skillnad mellan Ryssland och Sverige är att deras ST endast är ett par år. Vidare har vi en betydligt mer utbyggd öppenvård i Sverige. De använder sig mindre av strukturerad diagnostik, har mer tysk påverkan och egen rysk diagnostisk tradition. KBT har en starkare ställning här i Sverige, för att bara nämna några olikheter.

Sammantaget en lyckad vecka – tack till alla som generöst föreläste, delade med sig av sina kunskaper och visade sina verksamheter!

Vi får se i vilken riktning besöken kommer ifrån, eller vart vi svenskar åker nästa gång!

Isak Sundberg
Ordförande SLUP
Foto: Jerker Hanson

Först vill jag tacka alla som ställde upp under denna dryga vecka – de ryska kollegorna (och vi från SLUP som följde med) bjöds verkligen på ett läckert smörgåsbord med mycket av det bästa svensk psykiatri har att erbjuda. Ryssarna var väldigt imponerade och tacksamma. I Huddinge besökte vi bland annat Internetpsykiatri, Affektiva mottagningen och Sexualmedicin. I Solna bland annat Mobila Akutenheten och psykosöppenvård. Vi fick även en föreläsning om beroende och beroendevården i Stockholm. BUP:s DBT-team på Södermalm imponerade med beskrivningen av sin verksamhet. I Uppsala förelästes om strukturerad diagnostik på Mottagningen för unga vuxna och vi besökte ett nästan färdigt Psykiatrinns hus. (Ryssarna tittade även storögt på det otal ekipage med skrålade gymnasie studenter som åkte runt i stan denna dag...). Man besökte också Psykiatricentrum Södertälje för att se på samarbete mellan olika aktörer.



Besök i Moskva - hur blev det?

En slavist har sagt att han aldrig känner sig så väl tilltalad som i Ryssland. Vi kan förstå honom efter en vecka på psykiatriska kliniker och forskningsinstitutioner, muséer, på krogar och i tunnelbanan.

Giljarovskij psykiatriska sjukhus No 3, Preobrazjenskij-distriktet, är Moskvas äldsta psykiatriska klinik och stod färdigt 1808. När sjukhuset fyllde 200 år skrevs en lovsång till sjukhuset:

”Hör du rösten, Ryssland, hör du nyheten? Vi går till mötes ett ovanligt jubileum. I 200 år har sjukhuset stått här på Matrosskaja Tisjina, en välkänd syn. Dessa väggar är Moskvas historia. Storslagna, tidigare generationers ande. Inom dessa väggar gav de bästa läkarna bot och gav människorna klarsynen åter. Åren har förändrat ditt utseende och boten var annorlunda förr, men den röda tråden finns - ur själens djup - KÄRLEKEN TILL DEN SJUKE! Och från Sabler till våra dagar har denna princip väglett oss. Så var stolt över din historia och det berömda sjukhusets personal. Det tredje räknetaget räknar dagarna och är ännu ett oskrivet blad. Men fortsätt dina traditioner på den goda vägen, Preobrazjenskij sjukhus!”

Vasilij Fedorovitj Sabler arbetade på sjukhuset från 1828 till 1872. Han var en erfaren kliniker, god organisatör och medicine doktor. Verkstäder, trädgård, köksträdgård, förbättrad kost till patienterna och journalföring är exempel på det reformarbete som han bedrev. 1832 befriade han likt en rysk Pinel patienterna från deras bojar. En annan psykiater, Vasilij Aleksevitj Giljarovskij, som arbetade på sjukhuset 1910-1919, hedrades 1978 med att hans namn lades till sjukhuset. Här hade också Sergej Sergejevitj Korsakov en kort tid sitt första förordnande som underläkare 1875.

Vi togs emot i ett nästan heligt rum som hyst patienten Ivan Jakovlevitj Korejsja (1783-1861). Korejsja föddes i en prästfamilj i Smolensk. Han utbildade sig vid prästseminariet, började undervisa, men enligt legenden lämnade han mitt under en lektion skolsalen i maj 1806 och begav sig ut på pilgrimsfärd och gick i kloster. Så småningom återvände han till Smolensk och började undervisa igen, vilket tråkade ut honom. Han fann ensamheten i ett övergivet badhus med en köksträdgård, som gav honom föda. Han fick snart rykte om sig att vara en ”dåre i Kristus” och invånarna i Smolensk sökte sig till honom för att få råd. Då han tröttnade på att de världsliga frågorna dominerade över de andliga, satte han upp en skylt ovanför sin dörr att han bara tog emot personer som kröp på alla fyra.

Även andra egenheter som ”vansinnesskrik”, ogrundade anklagelser för stöld och meningslöst mummel fick folk att betrakta honom som vansinnig. Men det fanns också de som menade att han med avsikt simulerade att han var vansinnig för att få vara i fred. Till slut bosatte han sig i en skogskoja.

1817 överfördes han till Preobrazjenskij-sjukhuset, där han slog sig ned vid kakelugnen bakom ett streck, som han hade dragit framför denna. Han höll sig sedan innanför detta streck, som ingen besökare fick överträda. Hela Moskva besökte honom för att ta del av hans profetior mot viss ersättning. Han var vida berömd och förekommer i flera av de stora ryska 1800-talsförfattarnas verk (Dostojevskij, Tolstoj, Leskov m.fl.). Han dog den 6 september 1861 enligt den gamla tideräkningen och begravdes på Tjerkizovskij-kyrkogården i Moskva, dit folk vallfärdar än i dag för att få tröst och bot.

På sjukhusets museum stod fåtöljer fyllda med sand, så att patienterna inte skulle kunna använda dem som tillhygge. Ett imponerande porträtt av den i helskägg klädd Sergej Korsakov blickade ned på oss från en vägg. Han grundade ”Moskvas psykiatriska skola” till skillnad från ”Sankt Petersburgs psykiatriska skola” grundad av Vladimir Bechterew. Det var en speciell känsla att bläddra i hans lärobok, som gavs ut efter hans död. Vi bläddrade andaktsfullt i Korsakovs lärobok.

Intill sjukhuset ligger *Matrosskaja Tisjina*-häktet, där bland andra oljemagnaten Chodorkovskij hade suttit i tre år. Från ett bevakningstorn tillhölls vi skarpt att inte fotografera.

Professor Alla Guehkt, på *Soloviev neurosklinik* har en hög internationell profil med bl a kontakter i Sverige. Man hade även ett imponerande SPA – se bild!

Konstsamlaren *Pavel Michaylovich Tretyakov* samlade bara rysk konst som nu finns i ett museum med hans namn – värt resan i sig. Vi guidades i Nya Tretyakov-museet med rysk konst efter 1900 – också värt en resa – se bild!

Våra värdar på *MRIP, Moscow Research Institute of Psychiatry*, med chef professor Valery Krasnov ordnade ett mycket välbesökt seminarium om bl.a. diagnostik där vi föredrog Lundbyprojektet (Per N. på ryska!) och ett inlägg om operationell diagnostik samt EBM (JH). Ryska psykiatrer föredrar nosologisk diagnostik som man anser vara mer professionell och inte kokboksstyrd. Man är skeptisk till evidensbaserad medicin då man anser att underliggande undersökningar kan vara korrumpade.

Vi besökte ytterligare två stora sjukhus – *Gannushkin-sjukhuset* och *Mental Health Research Centre*, chef är professor Alexander Tiganov sedan 1994. Det senare tillhör *The Russian Academy of Medical Sciences, RAMS*. Tidigare chef var bl.a. Andrey Sneshnevsky, känd i väst för begreppet "smygande schizofreni" som drabbade många dissidenter på sin tid, något man inte diskuterade nu. Professor Kaleda (se bild) guidade och diskuterade med oss.



Åter på MRIP besökte vi en enhet för patienter som utreddes för misstänkta epileptiska anfall. De flesta fick daglig infusion C-vitamin, annan antioxidant eller nootropika (= bra för minnet). Man visste att detta inte var "evidensbaserat" men var ändå övertygad om att det var bra. En reflektion är att man har ett etiskt juste sätt att använda sig av placeboeffekt utan påtaglig risk för medicinska biverkningar. En dagvårdsenhet för kroniska psykospatienter drivs tillsammans med New Choices – en stor brukarorganisation. Man trycker böcker och häften på uppdrag av externa beställare – bra kvalitet och förmånliga priser. Kanske vore fint för den som disputerat inom, säg, inflammationsmarkörer vid psykosjukdom, att få sin avhandling tryckt här?

Ett symposium om psykoterapi med psykolog Yakov Kochetkov och intresserade underläkare väckte en diskussion om huruvida KBT var bra för alla patienter.

Denna näst sista kväll bjöds på ryskt kulturliv. Först Moskvakonservatoriet, där vi under kristallkronor andäktigt lyssnar till pianokonsert av Sergej Rachmaninov och ouvertüren till *Romeo och Julia* av Peter Tjajkovskij. Därefter utgick OP:s, medan YP:s klämdes in i en lite för liten taxi till nattklubben Jagger. Den har av våra ryska vänner beskrivits som "europeisk", ett tveklöst positivt epitet år 2013. Natten blev lång, energisk och med klara inslag av rysk kultur, europeisk nattklubb eller ej.

Sista dagen blev det åter en rejäl dos rysk kultur: Kreml, många fina kyrkor, museer, nya stadsmiljöer, promenad längs flod och i parker och kebab på azerbajdzjansk restaurang. Avskedet blev varmt och nästan lite sorgset.



Olof Bouveng
Jerker Hanson
Per Nettelblatt
Johan Reutfors
Isak Sundberg
Mail till jerker.hanson@telia.com



METIS-kansli, regional studierektor för specialister och ST-läkare

- Västra Götalandsregionen satsar på kompetensutveckling inom psykiatrin!

Inom Västra Götalandsregionen (VGR) finns sedan flera år ett halvtidsuppdrag som regional studierektor inom psykiatrin. Uppdraget består av två delar, tjugofem procent som regional studierektor för ST-läkare och tjugofem procent med inriktning mot specialisternas fortbildning.

Organisatoriskt är uppdraget som övergripande ST-studierektor knutet till, och finansieras av, vuxenpsykiatrins medicinska sektorsråd (som består av verksamhetschefer och chölar från alla vuxenpsykiatriska klinker i regionen). Fortbildningsuppdraget är knutet till det regiongemensamma medicinska kompetensutvecklingsrådet (MUR). I MUR ingår regionövergripande studierektorer från flertalet specialiteter inom VGR. MUR har möten två-tre gånger per termin och är ett mycket bra forum för att diskutera och hitta gemensamma strategier i fortbildningsfrågor, utbyta erfarenheter, tipsa om praktiska upplägg av fortbildningsprogram mm. MUR är också ett nätverk för specialisternas övergripande studierektorer inom regionen.

Den regionala studierektorn för psykiatri har tidigare rent geografiskt varit placerad på den klinik där hen arbetat sin andra halvtid, vilken ofta bestått av kliniskt arbete. När nuvarande studierektor tillträdde i början av hösten valde vi att göra på ett annat sätt. Studierektorsuppdraget är nu knutet till Kunskapscentrum för psykisk hälsa i VGR och studierektorn har sin arbetsplats på halvtid där. Detta tror vi kommer att innebära många fördelar, bl.a. får studierektorn en naturlig anknytning till många andra utbildningsprojekt inom regionen, får insyn i arbetet med utvecklingsplaner och vilken ny kunskap som är under implementering. Det innebär också ett utvidgat kontaktnät.

Vilka är regional studierektors uppgifter i VGR?

När det gäller fortbildning av specialister är kontakterna med klinikerna och specialisterna förstås grundläggande. Det är viktigt att träffas rent fysiskt, t.ex. genom att

studierektor besöker läkarmöten i regionen, och att ha mycket mailkontakter. Detta för att kunna föra en dialog om fortbildningsbehovet och beakta både specialisternas egna behov och önskemål liksom aktivt se till att ny kunskap förs ut, nya nationella (och regionala) riktlinjer implementeras etc. Studierektorn arrangerar 4-5 utbildningsdagar/år där temat är aktuell kunskap inom viktiga psykiatriska områden. Exempel på teman som tagits upp är nya behandlingsstrategier inom bipolär sjukdom och psykossjukdom, behandling och bemötande av patienter med självskadebeteende (med speciellt fokus på DBT), forskning och behandling inom beroendetillstånd och suicidologi.

I uppdragsbeskrivningen för regional studierektor betonas också vikten av att i olika sammanhang arbeta för att specialisterna regelbundet erbjuds att delta i fortbildning och verkligen har *möjlighet* att delta i den. Det sistnämnda extra viktigt i en bristspecialitet som psykiatri och där det finns en nedslående trend nationellt att specialister deltar allt mindre i fortbildning.

När det gäller ST-utbildningen finns lokala studierektorer och den regionala SR-rollen är mer samordnande t.ex. genom att ordna regionala SR-träffar två gånger per termin och vid behov vara stöd åt verksamhetschefer och lokala studierektorer. Handledarutbildning samt fortsatt kompetensutveckling och stöd till handledarna är andra frågor att arbeta med. I uppdraget ingår också att kontinuerligt följa utvecklingen inom specialistutbildningsområdet rörande författningar, riktlinjer och metoder liksom att delta i studierektornätverk regionalt och nationellt (t ex Läkarförbundets studierektornätverk).

En annan viktig uppgift blir att regionalt delta i processen med fortsatta METIS-kurser. Inför 2014 har vuxenpsykiatrin i VGR ansökt om att få ge femton METIS-kurser och detta kommer att kräva ett gediget arbete med bl.a. kursadministration (något som förstås inte kan skötas av regional studierektor).

Glädjande nog har det nyligen blivit klart att VGR satsar på att starta ett METIS-kansli just för kursstöd/kursadministration. Det rör sig om en hel tjänst administrativt stöd/kurssekreterare och tjugofem procent psykiater. Tjänsterna kommer att vara knutna till Kunskapscentrum för psykisk hälsa och arbeta nära den regionala studierektorn. Rekrytering av dessa personer har just inletts.

En rolig och växande uppgift är att delta i arrangemang för utlandsstudier och att vara förmedlande länk när de behöver praktikplatser i Sverige eller vill flytta hem och börja arbeta som psykiater.

Förutom kontinuerliga, fortlöpande kontakter med Sektorsrådet och MUR skriver regional studierektor årligen en kort verksamhetsrapport till berört sektorsråd och till HR-strategiska avdelningen på Regionkansliet, VGR.

Margareta Malm
Regional studierektor inom psykiatri VGR

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Enhetschef Kunskapscentrum för psykisk hälsa i VGR

UEMS höstmöte i Lissabon



Efter sex timmars flygresa landade jag i ett sommarvarmt och soligt Lissabon (för den litteraturintresserade rekommenderas Pascal Mercier's "Nattåg till Lissabon" om man nu inte har möjlighet att resa IRL).

Mötet i Lissabon inleddes traditionsenligt under dag 1 med en inblick i värdlandet Portugals psykiatri. Delegationerna hälsades välkomna till "Centro Hospitalar de Psiquiátrico de Lisboa" av dr Luiz Gamito, tillika Portugals UEMS-delegat. Sjukhuset är landets största och byggdes på 1940-talet efter schweizisk förebild med mindre paviljonger, öppna dörrar och mycket grönska i den omgivande parken. Idag är sjukhusområdet öppet för allmänheten som "Health Park of Lisbon" och andra verksamheter har flyttat in såsom hematologklinik, alkoholklinik m.fl. Att flygplatsens landningsbana låg strax intill och att det kändes som man nästan kunde nudda flygplanen tycktes inte störa vare sig patienter eller personal!



Besöket inleddes med kortare presentationer av landets organisation av psykiatrisk sjukvård och dagen avslutades senare med rundvandring på några av sjukhusområdets avdelningar.

Dr Almeida gav en presentation av landets hälsolagstiftning. Portugal var ett av Europas första länder att anta en nationell lag, "Mental Health Law" (1963), vilken skulle möjliggöra uppbyggnad av "mental health centers" i varje distrikt, integration av psykiatrisk vård i primärvård samt socialpsykiatri. Situationen i landet är, trots den aktuella "Portuguese National Mental Health Plan" (2006-2016), otillfredsställande. Endast 1,7 % av förväntade 5-8 % av befolkningen har tillgång till psykiatrisk vård.

Det råder en omfattande snedfördelning av såväl ekonomiska som professionella resurser i landet. Slutenvård i storstadsområdena Lissabon, Porto och Coimbra står för 83 % av resurserna.

Av tradition har såväl patienten som anhörigföreningar aldrig haft en stark ställning i landet.

Målen för den psykiatriska vården är dock att öka tillgängligheten fr.a. på landsbygden med nya "family health units", tillskapandet av "mental health units" i nya allmänna sjukhus där rehabilitering skall fokusera på patienternas deltagande i samhällsaktiviteter typiska för orten.

Det gavs en orienterande föreläsning om specialistutbildningen i landet av professor Marques-Teixeira, professor Cerejeira och dr Bastos.

Professionell kompetens bygger på tre hörnstenar; "basic clinical skills", "scientific knowledge" och "moral development".

Man menar med detta att medicinska kunskaper skall tillämpas med empati. "Patient care" skall vara "compassionate and effective"! Just den empatiska förmågan hos utbildningsläkarna betonades starkt. Kanske något att diskutera även i Sverige? Har vi tappat bort en del av det humanistiska perspektivet?

Specialistutbildningen omfattar 5 år och antalet utbildningsplatser bestäms av "Portuguese College of Psychiatry" tillsammans med "Ministry of Health".

Skillnaderna är stora mellan universitetssjukhus och mindre sjukhus när det gäller specialistutbildningens kvalitet och innehåll.

Antalet utbildningsplatser har ökat men det råder fortfarande stor brist på färdiga specialister i landet samtidigt som många specialister är arbetslösa pga. det svåra ekonomiska läget och detta i sin tur leder till att en del väljer att emigrera. S.k. "brain drain" är en realitet i Portugal.

Under rundvandringen på sjukhusområdet besöktes bl.a. en akutintagsavdelning där patienterna observerades under maximalt 5 dagar. Det var en öppen avdelning med endast ett fåtal sjuksköterskor på drygt 20 patienter. Män och kvinnor vårdas i separata enheter. Atmosfären var vänlig men det bestående intrycket var att patienterna tedde sig sederade.

Vi fick också besöka en rehabavdelning där patienterna kunde vårdas i 3-bäddsrum under flera år.



Man visade stolt upp sin arbetsterapiavdelning som innehöll allt från tavelmålning och konstupövning till en liten friser- och sminksalong för de kvinnliga patienterna.



På kvällen hölls middag på Portugisiska Läkarförbundet där god mat, bl.a. landets specialitet Bacaláo (torkad och saltad torskfisk), ackompanjerades av Fado-sång.



Dag 2-3 ägnades åt den formella UEMS-agendan.

Mötet inleddes med genomgång av närvarande respektive frånvarande länder. Påstötningar kommer att ske till de frånvarande ländernas representantorganisationer. Frankrike har definitivt lämnat organisationen. Kroatien är ny medlem. UEMS Section of Psychiatry har fått en ny hemsida vars syfte är att nå fler med aktuell information.

Inkomsterna till UEMS Section of Psychiatry från ackreditering av CME-kurser har ökat, vilket föranledde en diskussion om hur detta överskott bäst skall användas.

Det förslag som väckte mest diskussion var huruvida man skall ge bidrag till medlemsländer som har svårt att ekonomiskt klara av att sända sin delegat. Det beslutades att i första hand undersöka VARFÖR visa länder ej närvarar.

Dr Andrew Brittelbank redogjorde för arbetet med "Standing Committee on Training" vars främsta mål är att utveckla och uppdatera nyckeldokument för specialistutbildning i psykiatri samt samarbeta med andra relevanta organisationer i frågor som rör specialistutbildning. Det yttersta målet är att harmonisera målbeskrivningarna i UEMS medlemsländer.

Ordförande Marc Hermans rapporterade från en rad möten där han representerar UEMS Section of Psychiatry.

Ett samarbete finns bl.a. med organisationer för primärvård och ett sätt att stärka psykiatrin är enligt ordförande att öka samarbetet med primärvårdsorganisationer ute i Europa. I fråga om psykoterapi under specialistutbildning finns ett samarbete med EPA, dock oklart hur detta fortskrider.

EFPT, representerat av Marisa Casanova Diaz, informerade om det utbytesprogram som trainee-organisationen har för läkare under specialistutbildning. Varje medlemsland har en nationell koordinator för detta.

Mariana Pinto da Costa, (president elect EFPT) rapporterade om "brain drain", ett fenomen som uppmärksammats av WHO och där ett projekt för kartläggning påbörjats på initiativ av EFPT. Man efterlyser bl.a. Sveriges medverkan. Från flera länder rapporteras att den ekonomiska krisen påverkar sjukvården i allmänhet och psykiatrin i synnerhet. Från Spanien sker "brain drain" till USA och Tyskland.

I Danmark har man försökt stärka patientens hopp och inflytande bl.a. genom att låta f.d. patienter närvara på vårdavdelningar.

Från Finland rapporterades att UEMS-mötet i Helsingfors i år haft stort inflytande på arbetet med specialistutbildningen där.

På Irland har specialistlönerna halverats vilket lett till att specialister flyttar till fr.a. Canada.

I Schweiz har nu rättspsykiatri erkänts som specialitet.

Österrike har inkorporerat psykoterapi i specialistutbildningen efter många års debatt.

Nästa UEMS Section of Psychiatry-möte kommer att hållas i Madrid 24-26 april 2014.

**Foto och text:
Maria Markhed
UEMS-delegat
Akademiska sjukhuset
Uppsala**

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@svenskpsykiatri.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*



Foto: Shutterstock/oriontrail



Kallelse och dagordning till årsmötet i

Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: torsdagen den 13 mars 2014 kl. 17:00

Plats: Bergakungen, Göteborg

- 1 Årsmötet öppnas
 - 2 Val av ordförande för mötet
 - 3 Val av sekreterare för mötet
 - 4 Val av justeringsmän
 - 5 Godkännande av kallelse
 - 6 Fastställande av föredragningslista
 - 7 Behandling av
 - i. styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. skattmästarens redogörelse
 - iii. revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
 - 8 Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
 - 9 Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar

a) Stadgeändringar:
Ändring av paragraf 8
Tidigare formulering:
Medlem erlägger årligen till föreningen av föreningsmöte fastställd avgift. Hederledamot är befriad från årsavgift. Medlem som underlåtit betala årsavgift anses ha utträtt ur föreningen nästföljande år.

Föreslagen ny formulering: *Medlem erlägger årligen till föreningen av föreningsmöte fastställd avgift. Hederledamot är befriad från årsavgift. Medlem som underlåtit betala årsavgift 30/4 anses ha utträtt ur föreningen.*

Ändring av paragraf 22.
Tidigare formulering: *En grupp av föreningens medlemmar eller medlemmar av annan av SLS specialitetsföreningar representerande ett specialiserat verksamhetsområde inom eller med stark anknytning till psykiatrin kan utgöra subsektion inom föreningen.*
 - 10 Val av ledamöter.
 - 11 Val av revisorer och revisorssuppleanter.
 - 12 Val av hedersledamot.
 - 13 Val av representanter till Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa.
 - 14 Val av valberedning
 - 15 Frågor som ska underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
 - 16 Övriga frågor
 - 17 Mötet avslutas
- Föreningens årsmöte beslutar om bildande av sådan subsektion samt godkänner i samband härmed subsektionens stadgar. Beslut om stadgeändring för subsektionen liksom om dess upphörande fattas likaså av föreningens årsmöte. Subsektionen utser egen styrelse och arbetsutskott och har egen ekonomi baserad på medlemsavgifter (utöver medlemsavgiften till SPF eller annan av SLS specialitetsföreningar). I det sistnämnda fallet betalas även halv årsavgift till SP.
- Föreslagen ny formulering: *En grupp av föreningens medlemmar eller medlemmar av annan av SLS sektioner representerande ett specialiserat verksamhetsområde inom eller med stark anknytning till psykiatrin kan utgöra subsektion inom föreningen. Föreningens årsmöte beslutar om bildande av sådan subsektion samt godkänner i samband härmed subsektionens stadgar. Beslut om stadgeändring för subsektionen liksom om dess upphörande fattas likaså av föreningens årsmöte. Subsektionen utser egen styrelse och arbetsutskott och har egen ekonomi baserad på medlemsavgifter (utöver medlemsavgiften till SPF eller annan av SLS sektioner). I det sistnämnda fallet betalas även halv årsavgift till SPF.*
- Cecilia Mattisson
Sekreterare i SPF
- Lena Flyckt
Ordförande i SPF

Stigmatisering av psykiskt sjuka personer

Det har jämt funnits, och finns fortfarande, fördomar mot psykiska sjukdomar i en mycket större omfattning än mot kroppsliga sjukdomar. Personer som får psykiska besvär samt deras familjer är ofta utsatta för stigmatisering, vilket innebär att de blir negativt stämplade på något sätt. Även begreppet sjukdom inom psykiatri har blivit ifrågasatt vid åtskilliga tillfällen.

Fördomar mot psykiska sjukdomar kan bero på okunskap eller felaktiga föreställningar om orsaker till psykiska sjukdomar och om de relativt framgångsrika behandlingar som faktiskt finns för dessa. Det kan även bero på en osäkerhet beträffande förloppet av psykiska åkommor. Å andra sidan gäller även för somatiska sjukdomar att det vanligen finns brist på fullständig kunskap om orsakerna till sjukdomen och osäkerhet i sjukdomsförloppet. I folkmun betraktas det dock inte lika skamligt att ha en kroppslig sjukdom som att ha en psykisk sjukdom. Det finns flera saker som bidrar till denna skillnad.

Symtombaserade diagnoser

En viktig orsak är att en psykiatrisk diagnos är symtombaserad – på vad patienten uppger som sina symtom, på patientens beteenden, på vilken sorts kommunikation man får med patienten samt på uppgifter som patientens närstående lämnar. Till dags dato kan man inte säkerställa en psykiatrisk diagnos genom några blodprover eller några kroppsliga undersökningar, även om vissa kroppsliga undersökningar kan tyda på eller kan ha ett statistiskt samband med någon specifik diagnos. En psykiatrisk diagnos blir därmed något som baseras mestadels på "subjektiva fynd" jämfört med en somatisk diagnos som har konkreta undersökningsresultat och således betraktas som baserad på "objektiva fynd".

Jämför detta med situationen då en patient söker akutmottagningen med bröstsmärtor, blir undersökt av läkaren som arbetar med kroppsliga sjukdomar, och man lägger in patienten på en vårdavdelning för observation därför att man misstänker att det kan röra sig om en hjärtinfarkt. Man tar ett antal blodprover och gör elektrokardiografi (EKG) som mäter hjärtats elektriska aktivitet, för att utvärdera om patienten har någon skada på hjärtats muskel. Resultatet av dessa undersökningar visar om patienten har haft en hjärtinfarkt eller inte, och i så fall vilken del av hjärtmuskeln som är skadad.

Påverkar relationer till andra

En annan viktig orsak till varför psykisk sjukdom har en annorlunda stigmatisering än somatisk sjukdom är att psykiska sjukdomar påverkar individens relationer till de närstående, till samhället och till myndigheter i betydligt större omfattning än vad somatiska sjukdomar gör.

Visserligen blir man till en man med en kroppslig sjukdom såsom svår hjärtsjukdom också indragen genom det extra vårdbehov som uppstår och genom lidandet hos den hjärtsjuka maken, med oro för framtida förloppet av hjärtsjukdomen. Men en person med svår depression med självmordstankar är inte bara handikappad själv, utan de anhöriga är ständigt oroliga för att denna person kan genomföra självdestruktiva handlingar. Oförutsägbarheten i detta avseende kan skapa oro hos de anhöriga och begränsa deras frihet, eftersom de hela tiden känner att de måste hålla ett öga på denna person, ofta dygnet runt, och i många fall med ovilja och motstånd från denne. Anhöriga till en person som har kraftiga ångestbesvär och svårigheter att vara i folksamlingar blir också begränsade i sina aktiviteter, de behöver anpassa sig till denna persons tillstånd och behöver ofta ändra sina dagliga planer. Till exempel måste de i sista minuten ställa in ett planerat teaterbesök ifall denna person med ångestproblematik plötsligt får en ångestattack just när de är på väg att fara.

Men det är viktigt att reflektera igen över det vi nyss har skrivit. Även en hjärtsjuk, en njursjuk eller en cancersjuk person kan plötsligt bli försämrad i sitt kroppsliga tillstånd, vilket kan innebära att de anhöriga i sista minuten måste ställa in ett teaterbesök.

Så vad är kärnan i förklaringar till varför folk ändå tilldelar psykiska sjukdomar en större grad av stigmatisering än somatiska sjukdomar med hänsyn till de omständigheter vi just beskrivit?

Kunna styra sitt beteende eller vara drabbad?

En anledning till detta kan vara folks missuppfattning att de som har psykiska besvär kan själva styra sitt beteende och sitt mående i motsatsen till en person med en somatisk sjukdom som istället betraktas vara drabbad av sin sjukdom. En person med en psykisk åkomma betraktas inte vara drabbad av någonting utanför dennes kontroll i lika hög grad som en person med en somatisk åkomma.

Somliga anser att en person med en psykisk åkomma behöver bara rycka upp sig för att bli friskare, medan en person med en somatisk åkomma anses vara beroende av medicinsk behandling utifrån för att bli friskare. Denna uppfattning är till en stor del en missuppfattning. Den egna förmågan att kunna påverka förloppet av flera av de psykiska symtomen är i själva verket mindre än vad folk i allmänhet tror, och den egna förmågan att kunna påverka förloppet av sina somatiska symtom är större än vad folk i allmänhet tror.

Tag till exempel personer som har diabetes. Somliga av dessa kan klara sig genom att hålla sin diabetes i schack med kost och motion, somliga andra behöver ha behandling i form av tabletter, en del behöver ta insulinsprutor dagligen och för en del blir förloppet allt sämre med tiden och kan leda till komplikationer i njurar och ögon. Ju mer man "sköter" sin somatiska sjukdom och ju tidigare man börjar med det, desto bättre blir prognosen och förloppet. Visserligen finns det olika varianter av sjukdomen diabetes där även genetiska faktorer spelar in, men oavsett detta lönar det sig alltid att vidta åtgärder i sitt leverne som kan förbättra förloppet av en somatisk sjukdom. Det kan handla om matvanor, motionsvanor eller att lära sig att minska de negativa hälsoeffekterna av stress i sin tillvaro. Personer som har haft hjärtinfarkt får en gynnsammare prognos om de till exempel också får psykoterapeutisk hjälp att justera sin personlighet och handskas bättre med stress.

Men personer med psykiska åkommor kan också sägas vara drabbade av sin sjukdom. De har inte tillräcklig kontroll över sin sjukdom och sina symtom. Det har också visat sig att vissa psykiska åkommor som schizofreni eller manodepressiv sjukdom har ett starkt genetiskt underlag, även om man hittills inte har lyckats identifiera specifika gener eller deras produkter i kroppen som utgör otvetydiga orsaker till dessa sjukdomar. Flertalet psykiska sjukdomar går i familjer, vilket ofta beror på en kombination av gemensamma miljöfaktorer, socialt arv och biologiskt arv.

Kan sakna sjukdomsinsikt

En ytterligare anledning till varför psykiska åkommor blir mer stigmatiserande är att personer med psykiska sjukdomar har svårare att inse att de har en sjukdom som medfört ett funktionshinder eller ett avvikande och störande beteende, jämfört med personer med somatiska åkommor. På fackspråk säger man att de kan sakna sjukdomsinsikt. De kan bagatellisera sin sjukdom och dess konsekvenser, och de kan ha svårt att tacka ja till en nödvändig psykiatrisk behandling inklusive läkemedel, psykoterapi och social omsorg, vilket i betydligt mindre omfattning gäller personer med kroppsliga sjukdomar.

Om man har en psykisk sjukdom utgör det en större risk för att man blir socialt isolerad än om man har en somatisk sjukdom. Folk har en större benägenhet att undvika den psykiskt sjuke och ofta uppvisar folk en osäkerhet i sitt förhållningssätt gentemot denne.

Till exempel kan grannar till en person med schizofreni ofta vara på sin vakt och undvikande på grund av osäkerhet med anledning av vissa avvikande beteenden hos personen.

Det är viktigt att de närstående till en person med en psykisk störning ständigt är medvetna om att denna persons tillstånd förändras hela tiden, inte bara till det sämre, utan även till det bättre. De närstående behöver hänga med individens utveckling så att individen får en chans att komma ifrån sin sjukdomsstämpel. De närstående, exempelvis make eller maka, barn, syskon eller föräldrar, behöver många gånger hjälp för att på ett positivt sätt handskas med personen som har en psykisk störning. Många nationella och internationella studier kring personer med schizofreni eller bipolärt syndrom har visat att om de närstående får en handledning med psykoedukativa metoder kan man förbättra familjens känslöklimat genom att minska känslotrycket, vilket kallas för "expressed emotions" (EE) på engelska. En minskning av känslotrycket leder till en minskning av stressnivåer hos individen vilket leder till en bättre prognos. Sätten att minska känslotrycket är till exempel att de anhöriga ser till den sjukes resurser istället för bara brister, är konsekventa i sin kommunikation istället för att vara tvetydiga, ger ett ansvar och en chans istället för att vara överdrivet omhändertagande, är accepterande inför vissa beteenden hos individen istället för att hålla på att tjata för att förändra, visar empati istället för fientlighet, är lugna gentemot individen istället för att visa aggressivitet, undviker konfrontationer på ett smidigt sätt istället för att vara konfrontativa.

En gammal föreställning

Det man behöver komma ifrån är en gammal föreställning att psykiska besvär huvudsakligen orsakas av psykosociala faktorer och ska behandlas uteslutande med psykosociala metoder, och att somatiska besvär huvudsakligen orsakas av biologiska eller fysikaliska faktorer och ska behandlas uteslutande med sådana metoder. Genom framsteg i forskning inom genetik och inom neurovetenskap samt framsteg i utvecklingen av diverse effektiva psykoterapeutiska inriktningar, har man börjat förstå alltmer att psyket och kroppen växelverkar med varandra intensivt och medelst komplexa processer, och att man måste bejaka såväl psykiska som kroppsliga företeelser i varje form av ohälsa, både psykisk och somatisk.

Jayanti Chotai

**Professor emeritus i psykiatri, Umeå universitet,
Specialistläkare i psykiatri, Uppsala
jayanti.chotai@psychiat.umu.se**



Smalast när hen dör vinner

Anton Hörnfeldt
Ariton förlag, 2013

Anton Hörnfeldt. 21 år gammal. Bördig från Örnsköldsvik, numera hemmahörandes i New York där han studerar mode vid Fashion Institute of Technology.

Detta är hans litterära debut, en drygt 100-sidig självbiografi där han på ett lika naket som välklätt på gränsen till maskerat sätt berättar om sin djupt destruktiva ätstörning.

Hörnfeldt refererar till sin ätstörning som Djävulen, alternativt Han. Denna titulatur är tankeväckande i sig och kan igenkännas från personer med ätstörningar, eller för den delen missbruk, där vederbörande söker distansera sig från något genom objektifiering, men ändå aktivt VÄLJER sitt eget kön trots möjligheten att göra tvärtom! Det säger en del om hatets riktning. Självföraktets karaktär. Låt mig återkomma till detta med objektifiering.

Jag fascinerar av att det går att skriva så djupt och så ytligt på samma gång. De tankar och händelser som Hörnfeldt återger är oerhört personliga. Självsvälten, det maniska tränandet, hetsätandet. Tankarna kring den egna kroppen, den egna personen. Han lämnar ut sig själv på ett synnerligen modigt sätt. Samtidigt är det som att försöka greppa en hal tvål. Kanske är det för att det går så fort? Hörnfeldt skriver: "Förmodligen kommer jag alltid att vara en människa som kör på i sjuhundra kilometer i timmen. Jag håller ett otroligt högt tempo i mitt liv, och jag älskar det." Det är precis så det känns. Man kommer på något sätt in i hans tillvaro mitt i och det blickas framåt och bakåt, det går i ett rasande tempo där korta dagboksutdrag blandas med citerade tankar under färden genom de sista skolåren. Till och med själva ätstörningen avhandlas på rekordtid. År 2005: började tänka på maten; 2006: slutade äta; 2007: började kräkas; 2008: skulle ta examen som den smalaste elev Härnösands kommun någonsin skådat. Chop chop. En till synes mycket omtumlande kärleksrelation återges kort på 2,5 sidor, från bäst i världen till inte kär, kaos. Jag trodde aldrig att jag skulle säga det men jag saknar utfyllnaden, stoffet, de för känslan nödvändiga detaljerna mellan berättelsens konkreta händelser. Jag vill veta vilka kläder han väljer på morgonen, vilket porslin han använder när han iscensätter "den uppätta frukosten", jag vill höra honom beskriva busschaufförens blick och lärarinnans röst. Jag vill veta vem han ÄR.

Nåväl. Hörnfeldts historia väcker mitt intresse. På insidan av bokomslaget finns en kort beskrivning av författaren och där står även två hemsidesadresser. Jag finner hans blogg, där han lägger ut bilder och texter från sina upplevelser på skolan i New York. Han är en färgstark karaktär med böljande brandgul hårman, sotade ögon och paljettkostym. Jag följer nyfiket hans livsäventyr och finner plötsligt en formulering som åter får mig att tänka på objektifiering. Han berättar att han har blivit sjuk, men har gott hopp om snart tillfrisknande och skriver: "Min kropp ska bara få vila upp sig lite först."

Min kropp.

Inte "jag".

Är det en kvarvarande uppdelning mellan person och anatomi? Det var kroppen som blev ätstörd, nu mår den bättre men när han blir sjuk är det kroppen som blir sjuk.

Glamourex. Jag kan inte låta bli att neologisera mig till denna sammanfattning av Hörnfeldts alster. Han beskriver en tillvaro av djupaste, svartaste elände. Orden stavar till allt det där som karakteriserar ätstörningens väsen, "självförakt", "besatthet", "död", "värk", "ångest". Samtidigt finns där hela tiden en motsatt kraft, en vilja. En längtan efter att älska, efter frihet, efter att förverkliga sina drömmar. Över hela hans plågade berättelse vilar ett kreativt skimmer, en väldoftande nyans av Carolina Herrera, Michael Kors och Calvin Klein. Stora namn i hans drömmar. Och banne mig, han släpper aldrig taget, Hörnfeldt. Han ger aldrig upp. Som en del av den kampen har han skrivit den här boken.

I likhet med sin dedikation:

Till alla dem som inte överlevde.

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri, ST-läkare i rättspsykiatri
Stockholm

Möte med Joint Committee i Helsingfors 8 – 9 november



- **Danmark** – på väg att ta fram en nationell psykiatriplan med mycket stort intresse från allmänhet och media.
- **Lettland** – mycket låga löner för läkare vilket gör att psykiater lämnar landet, samarbete med brukarorganisationerna.
- **Norge** – har just haft val och byte av politisk styrning. Funderingar över vilka konsekvenser det kan få för psykiatrin.

Vi diskuterade med en representant från förlaget, Informa, som ger ut våra två tidningar om avtalet som måste revideras. Nästa nordiska kongress, 20 – 23 september 2015 i Köpenhamn, var en annan fråga som vi ägnade tid åt.

Som vanligt gick tiden alldeles för fort och vi hade väldigt trevligt. Samarbetet känns meningsfullt och kan utvecklas ytterligare. Vi planerar att träffas igen efter sommaren och då på Island.

Så var det åter dags för ett Joint Committee (JC) möte. JC är en sammanslutning av de nordiska och baltiska psykiatriska föreningarna. Mötet ägde rum i Helsingfors, en stad där jag endast varit en gång tidigare. Sverige representerades av Hans Ågren, 6-årsdelegat, Hans-Peter Mofors som redaktör för The Nordic Psychiatrist samt undertecknad på delegation av SPF:s ordförande. Sverige är ordförandeland i JC fram till nästa nordiska kongress i Köpenhamn 20 – 23 september 2015.

Vi inledde med en kort rapport från psykiatrin i de ingående länderna. Lite kort från varje:

- **Island** – regeringen satsar på att få tillbaka människor i arbete genom att erbjuda dem psykoterapi utan föregående besök i sjukvården, oro pga. av att de yngre psykiaterna lämnar Island vilket gör att "återväxten" börjar bli ett problem och medelåldern ökar.
- **Litauen** – man har lagstiftat och förbjudit rökning på sjukhus vilket gett psykiatrin problem, många utbildningsaktiviteter på gång.
- **Finland** – även där är sjukskrivningar och att människor går i pension tidigt en fokus för myndigheterna.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
SPF:s styrelse
Foto: Henrik Wahlberg





Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

Nordic Journal of Psychiatry online

CPD Online

The Nordic Psychiatrist

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

www.svenskpsykiatri.se

Du som är medlem i SPF:

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

Gå till vår hemsida

www.svenskpsykiatri.se

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

www.svenskabupforeningen.se

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:

www.slpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srp.se





Pånyttfödelsen av en kongress

Svenska Psykiatrikongressen, eller "SPK" i dagligt tal, har på några år blivit ett inarbetat varumärke i svensk psykiatri. Som programansvarig vid nästa års konferens vill jag gärna berätta lite om mötets bakgrund och utveckling.

Fram till 2007 anordnade SPF årligen höst- och vintermöten. Med tiden blev den trogna besökskaran allt mindre. Styrelsen ville förändra detta - men hur?

– Låt oss göra ett "mini-APA" istället! Ett möte med parallella aktiviteter, inte bara med traditionella föreläsningar, utan även med interaktiva program. Varför inte även ta in mer "udda" inslag på konferensen – som film och annan kultur?

Så föddes idén om Svenska Psykiatrikongressen. Första mötet ägde rum på Läkaresällskapet i Stockholm. Den dåvarande styrelsen var nervöst förhoppningsfull och hoppades på mer än hundra deltagare. Döm om vår förvåning när vi, till följd av lokalernas begränsning, fick sätta stopp för flera anmälningar när antalet nådde strax över tvåhundra! Så till nästkommande konferens fick vi leta större lokaler.

För att bättre möta medlemmar där de bor, har konferensen vartannat år pendlat mellan väst- och östkusten. Intressant nog brukar antalet deltagare vara flera i Göteborg än i Stockholm. Hur kan det komma sig?

De första åren åtgick mycket av styrelsearbetet åt att identifiera intressanta teman och lämpliga föreläsare. Med tiden uppnådde vi vår inkompetensnivå (!) och införde istället en ny modell – Programkommittén. Kollegor med olika intressen och kunskap utgör i denna en grupp, vilken i sin tur kommer med uppslag på föreläsningar och personer att tillfråga. Denna modell har visat sig väldigt framgångsrik.

Vi har övervägt andra alternativ, som till exempel "call for papers", men har tills vidare valt att fortsätta med en programkommitté. I de fall kollegor spontant har hört av sig för att presentera något, har vi med glädje tagit med dem i programmet.

Planeringen för nästkommande konferens börjar egentligen innan den senaste är avslutad. En lämplig och centralt belägen lokal måste hittas, med tillräckligt många föreläsningssalar och kapacitet för 600-700 deltagare. En lämplig lokal för såväl mingel och galamiddag ska frambringas. I Göteborg

har vi hittills fått ett fantastiskt välkomnande av staden i Börshuset. Budgetarbetet är alltid närvarande, eftersom konferensen under inga omständigheter får gå back, vilket skulle kunna ha förödande konsekvenser för föreningen. Lyckligtvis har vi välfungerade kongressarrangörer:

Stina Djurberg, Carol Schultheis och med stöd av föreningens kanslist Ewa Mattsson.

Inför vårens SPK har vi samlat kraft för att göra programmet både mer omfattningsrikt och varierat än tidigare. Vi har skippat de traditionella "temaspåren", för att på så vis möjliggöra ett rikligare utbud. Nytt för i år är debatterna. Tanken med dessa är att deltagarna får ta del av argument både för och emot olika påståenden. Möjlighet kommer också finnas att själv göra sin stämma hörd! Debattmodellen är en så kallad Pros & Cons med ursprung i Oxford. Det finns också möjlighet att gå fördjupningskurser, s.k. Mastercourses, något som har uppskattats på tidigare konferenser.

Strukturen är den samma som tidigare: tider, luncher, fikapaus, onsdagsmingel och galamiddag på torsdag. Men se till att komma i säng i tid efter middagen; för även fredagen erbjuder ett brett och intensivt program!

Genom åren med SPK-arbete har en sak slagit mig: Kollegor blir som regel glada och positivt inställda när de tillfrågas om att medverka. Sällan eller aldrig händer det att någon avböjer. Jag tror det har att göra med den varma och entusiastiska stämning som präglar SPK. Det är också roligt att många företag är positiva till att ställa ut på konferensen. Utan dem vore mötets omfattning inte möjligt.

Programmet för SPK 2014 är nu nästintill klart. Du hittar det i detta nummer av tidskriften. Redan nu är det möjligt att anmäla sig till mötet. Du gör det genom att gå in på föreningens hemsida: www.svenskpsykiatri.se




Slutligen vill jag önska dig varmt välkommen på SPK. Hör gärna av dig till någon i styrelsen om du i någon form vill medverka i arbetet med SPK nästa år!

Hans-Peter Mofors
Vice ordförande SPF
Programansvarig för SPK 2014
hans-peter.mofors@sil.se









 SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN
2014

Onsdag 12 mars

	 Salong 1	 Salong 2	 Salong 3
09.00	Incheck med kaffe och fralla		
10.00-10.45	Öppningsanförande Nya tidens ohälsa - vilken är psykiatrins roll? Socialförsäkringsminister <i>Ulf Kristersson</i> SPF's ordförande <i>Lena Flyckt</i>		
11.00-11.45	Försäkringskassan: En enklare sjukförsäkringsprocess <i>Göran Modin</i>	Orsaker till psykisk sjukdom genetik och biologi <i>Martin Schalling</i>	Första utvärderingen av Nationella Riktlinjer ångest och depression <i>Lars von Knorring</i>
12.00-13.00	 Lunch		
13.00-13.45	Nytt i DSM 5 - samlarsyndrom <i>David Mataix Coles</i>	 Satellitsymposium: BioPhausia	Utmattningsyndrom och annan stressrelaterad psykisk ohälsa <i>Marie Åsberg</i>
14.00-14.45	Dysmorfofobi speglat i ett DSM 5 perspektiv <i>Johanna Linde</i>	 Satellitsymposium, forts.	The ethics in doing nothing - om sårbara individers deltagande i forskning <i>Pernilla Omerov</i>
14.45-15.15	 Kaffepaus		
15.15-16.00	Nytt om ECT från forskning, kvalitetsregister och kommande riktlinjer Nya kliniska riktlinjer för ECT <i>Pia Nordanskog</i> Kvalitetsregister ECT <i>Lars von Knorring</i>	Spaning om psykiatriska läkemedel <i>Svante Nyberg, Torgny Svensson</i>	DEBATT: Varför psykiatrins kritiker har fel: sanningen om antidepressiva <i>Peter Ankarberg, Elias Eriksson</i> Moderator: <i>Hans-Peter Mofors</i>
16.15-17.00	Nytt om ECT fortsätter Effekten av fortsättnings-ECT <i>Axel Nordenskiöld</i> Aktuell forskning baserad på hjärnabbildning i samband med ECT <i>Johan Lundberg, Pia Nordanskog</i> <i>Axel Nordenskiöld</i> , moderator	Spaning om psykiatriska läkemedel, forts.	
19.00	 Mingel		

Onsdag 12 mars

	● Salong 7	● Salong 9
11.00-11.45	SPF's riktlinjer om psykiatrisk tvångsvård <i>Dan Gothefors, Tuula Wallsten</i>	
12.00-13.00	 Lunch	
13.00-13.45	DEBATT: Mäta och räkna för att få betalt, en bättre vård eller båda? Psykiatrin kanske har något att lära av somatiken, <i>Shirin Ahlbäck, Svante Nyberg, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Sten Widmalm</i> Moderator: <i>Lena Flyckt</i>	
14.00-14.45		
14.45-15.15	 Kaffepaus	
15.15-16.00	Hundra år av svensk psykiatrisk forskning <i>Hans Ågren, Anders Printz, Lena Flyckt</i>	Rättspsykiatri Jag känner för att döda någon! Hur farlig är den allmänpsykiatriska patienten - och vad kan vi göra? Moderator <i>Hanna Edberg</i>
16.15-17.00	Mer forskning, mindre stigma - hur når vi dit? <i>Hans Ågren, Martin Schalling, Lena Flyckt, Maria Borelius</i> <i>Anders Printz</i> - moderator	Rättspsykiatri, fortsätter
19.00	 Mingel	

SYMBOLER	
	Lunch
	Satellitesymposium
	Kaffepaus
	Mingel
	Workshop
	Film

Torsdag 13 mars

	● Salong 1	● Salong 2	● Salong 9
09.00-09.45	Militär psykiatri – kliniska särdrag <i>Helena Prochazka</i>	Masterscourse: Schizophrenia state of the art 2014 Se sidan <i>Roche</i>	Motorik och fysiska avvikelser - relevans för psykisk sjukdom och social exklusion <i>Susanne Beijerot</i>
09.45-10.15	☕ Kaffepaus		
10.15-11.00	Perinatal psykiatri Bipolär sjukdom under graviditet och amning <i>Mats Adler, Lisa Fosberg, Marie Bendix</i>	Masterscourse: forts	EASE - ett stöd i differentialdiagnostik schizofreni/autismspektrumstörning <i>Lena Nylander, Maria Nilsson, Mats Bogren</i>
11.15-12.00	Vård och vårdkedja vid perinatale psykiska sjukdomar <i>Marie Bendix, Karin Monsen Börjesson, Margareta Blomdahl</i>	Masterscourse: forts	Psykiaterrollen - navet i det psykiatriska teamet <i>Lise-Lotte + Jörgen Herlofson</i>
12.00-13.00	🕒 Lunch		
13.00-13.45	Satellitesymposium: <i>Lundbeck</i>	Sexualmedicin i DSM 5. Rapport från PREVENTELL Kan sexuella övergrepp förebyggas? <i>Cecilia Dhejne</i>	DSM 5 - nyheter, risker och möjligheter <i>Jörgen Herlofson</i>
14.00-14.45	Satellitesymposium: forts.	Vansinnets diagnoser; ett historiskt perspektiv <i>Malin Hildebrand Carlén</i>	Kultur eller psykisk sjukdom? Kulturformuleringen, en nytt verktyg i DSM-5. <i>Sofie Bäärnhielm</i>
14.45-15.15	☕ Kaffepaus		
15.15-16.00	Självskadebeteende inom och utom psykiatri: Data från självskadeprojekt. Prevalensmätningen (Mia Ramklint m fl) Data från registerstudier <i>Yasmina Molero, Clara Gumpert</i>	SPF's kliniska riktlinjer för Bipolär sjukdom <i>Mats Adler</i>	Forskningsnytt Jag kan se psykos med MR <i>Carl Johan Ekman</i> Biomarkörer för hjärnskada visar oroande resultat vid bipolär sjukdom <i>Joel Jakobsson</i>
16.15-17.00	Behandling av självskadebeteende idag och i morgon Poliklinisk "intensivvårds"-DBT, <i>Bodil Persson</i> <i>Självinläggnings</i> <i>Göran Rydén</i> ERGT, Moderatorer: <i>Clara Gumpert och Lise-Lotte Risö Bergerlind</i>	Litium och njurar <i>Harald Aiff</i>	Schizofreni, depression och bipolär sjukdom kostar pengar. Men vad är det som kostar? <i>Mattias Ekman</i> Biologin bakom psykos och kognitiva störningar vid bipolära syndrom, <i>Carl Sellgren</i> Funcinal staging kompletterar diagnosen vid bipolära syndrom <i>Erik Pålsson</i> ECT till kvinnor och litium till män <i>Alina Karanti</i> Genetiska studier av bipolära syndrom <i>Mikael Landén</i>

Torsdag 13 mars

	● Salong 3	● Salong 6	● Salong 7	● Salong 5 (Film)
09.00-09.45	<p>Moderna myter om antidepressiva farmaka <i>Elias Eriksson</i></p>	<p> Workshop - Psykiatri i media Vad är och hur uppnår vi en god relation med media? <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind, Maria Larsson, Åsa Nilssonne, Tove Gunnarsson, Niklas Långström</i></p>	<p> Workshop Metis - idag och i framtiden <i>Annika Sander Björk, Peter Lönnkvist, Alessandra Hedlund</i></p>	<p> Film, titel o föreläsare inte klart</p>
09.45-10.15	<p> Kaffepaus</p>			
10.15-11.00	<p>Kognitiv medicin – nytt fokus på hjärnans funktioner <i>Anders Wallin</i></p>	<p>Neuroplasticity and psychiatry - a meeting between a curious clinician and two cutting edge researchers <i>Eero Castrén, Anders Tingström, Åsa Nilssonne</i></p>	<p> Workshop Ledarskap i ST - utbilda, handleda och bedöma. Hur? <i>Michael Andresen, Elina Sarasalo</i></p>	
11.15-12.00	<p>Kan kognitiv träning hjälpa min patient? <i>Maria Larsson</i></p>	<p>Neuroplasticity Forts</p>	<p>Ledarskap i ST, forts</p>	
12.00-13.00	<p> Lunch</p>			
13.00-13.45	<p>Vad gör D-vitamin i CNS? <i>Mats Humble</i></p>	<p>Smart psykiatri hur använder vi den nya tekniken? Hemuppgiften - en app med kognitiv träning, <i>Ulla Forsbeck Olsson</i> MADRS och AUDIT som appar,</p>	<p> Workshop: SPF:s vision, mål och handlingsplan - hur går vi vidare?" <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind, Lena Flyckt, Maria Larsson, Marcus Persson, Martin Rödholm</i></p>	<p> Funny Games - empatistörning på film Katarina Howner, Axel Haglund visar filmklipp som belyser olika typer av empatistörningar och kopplar till aktuell neurovetenskap</p>
14.00-14.45	<p>Hur får vi den psykiatriska öppen- vården att fungera bättre? Erik Hjalmarsson Moderator: <i>Fredrik Åberg</i></p>	<p>Psykologisk behandling 2.0 - telefonen som ett verktyg Hoa Ly</p>	<p>SPF vision, fortsättning</p>	<p> Funny Games - empatistörning på film, forts</p>
14.45-15.15	<p> Kaffepaus</p>			
15.15-16.00	<p>Levnadsvanor: Workshop: Att få med sig medarbetarna <i>Yvonne Lowert</i> Allm kostråd vid psykiatriska tillstånd, <i>Monica Pehrsson</i> <i>Dans som medicin för kropp och själ, Anna Duberg</i></p>			<p> Mening med livet - Hur hittar man meningen när det är som mörkast? Maria Larsson visar filmklipp och tar upp frågeställning om hur vi kan hjälpa våra patienter att återfå en mening med sina liv</p>
16.15-17.00	<p> Workshop: Hur mår kroppen vid psykisk ohälsa? <i>Karin Overgaard, Jeanette Westman</i> Rökstopp i psykiatri! <i>Barbro Holm Ivarsson</i></p>			

Fredag 14 mars

	● Salong 1	● Salong 2	● Salong 9
09.00-09.45	Nya rekommendationer om antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen, Läkemedelsverket) <i>Mussie MsGhina, Pia Rydell, Leif Lindström</i> Moderator: <i>Lena Flyckt</i>	Transference Focused Psykoterapi <i>Sophie Steijer</i>	 Filmvisning suicidprevention - rollspel <i>Nyberg, Beskow, Törnberg</i>
10.00-10.45	Psykiskt trauma - underskattad komponent i psykiatrisk ohälsa Hans Peter Söndergaard	Komplexa fall inom psykiatrin <i>Ellinor o Göran Rydén</i>	Konsten att rädda liv: suicidprevention mer än suicidriskbedömning <i>Ullacarin Nyberg</i>
10.45-11.15	 Kaffepaus		
11.15-12.00	Könsroller, könsidentitet och köns-karaktäristika vid autismspektrum-tillstånd. Presentation av kortskalet RAADS Screen-14 för screening av ASD <i>Susanne Beijerot, Jonna Eriksson</i>	Svagbegåvning och psykiatrisk symptomatologi <i>Kent Turesson</i>	DEBATT: Det är oetiskt att försöka förhindra självmord <i>Anders Almingefeldt, Jan Beskow</i>
12.05-12.50	Closing ceremony: Konsten att vara en god doktor Stefan Einhorn Lena Flyckt		



Satellitesymposium:

Onsdag 12 mars, kl. 13.00-14.45

● Salong 2

Agitation - en klinisk utmaning inom psykiatrin
BioPhausia



Satellitesymposium:

Torsdag 13 mars, kl. 13.00-14.45

● Salong 1

Varför är det så svårt att prata om alkohol?
Lundbeck

Masterscourse schizofreni

Schizophrenia state of the art 2014

Torsdag 13 mars, kl. 09.00-12.00

● Salong 2

Roche

09.00-09.45

Introduction, *Lena Flyckt*

The role of glutamate in schizophrenia,
Bill Deakin

10.15-11.00

The Neuroimmune hypothesis in schizophrenia

Sophie Erhardt

PET studies in schizophrenia

The immune hypothesis in bipolar disorders

Carl Sellgren

11.15-12.00

Cognitive functions in neuroleptic naïve psychosis

Helena Fatouros-Bergman

The Potential clinical impact of addressing negative and cognitive symptoms with new approaches, *Bill Deakin*

Q and A session (alla föreläsare, frågor)





Summary and closure, *Lena Flyckt*



Du kan redan nu anmäla Dig på hemsidan

www.svenskpsykiatri.se/spk2014.html

Fredag 14 mars

	● Salong 7	● Salong 5 (Film)
09.00-09.45	 Workshop Arkitektur för psykiatrisk vård Lennart Bogren	 Hidden pictures <i>Marie Bendix, Henrik Wahlberg</i> visar den prisbelönta dokumentären och diskuterar psykiatri och stigma i världen
10.00-10.45		
10.45-11.15	 Kaffepaus	
11.15-12.00		 Filmtajm 5 <i>Svante Bäck</i> visar filmklipp och diskuterar psykiatri



FÖRFATTARHÖRNA

På årets kongress kan Du möta författande kollegor i vår författarhörna.

Vi sätter upp ett schema varje morgon för att Du ska se vem Du kan möta.

Välkommen!

KOSTNAD:

Medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen: 4600:-
Pensionerad medlem: 3000:-
Icke-medlem: 5500:-
Med.stud.: 1000:-

MÅLTIDER:

Följande måltider ingår i kongressavgiften:
För- och eftermiddagskaffe.
Lunch onsdag och torsdag

MINGEL:

Onsdag 12 mars, kl. 18.00
Plats ännu ej klar.
Gratis

KONGRESSMIDDAG:

Torsdag den 13 mars, kl. 19.00
Clarion Hotel Post, Centralposthuset
Drottningtorget 10, Göteborg

Pris:450:-
(Alkoholhaltiga drycker ingår inte i priset)

Följande hotell har ett antal rum, till förmånligt pris, reserverade för våra kongressdeltagare.



CLARION HOTEL POST

Drottningtorget 10
Tel: 031-61 90 00
Mail: reservations.post@choice.se
Kod: SPK2014

Scandic

SCANDIC OPALEN

Engelbrectsgatan 73
Tfn.: 031-7515300 och välj individuell bokning. Kod: BSVE110314
Internet: www.scandichotels.com (skriv kod BSVE110314)
Mail: meeting.opalen@scandichotels.com

Kalendarium

1-4 mars 2014

22st European Congress of Psychiatry
München, Tyskland
www.epa-congress.org/

12-14 mars 2014

Svenska Psykiatrikongressen 2014
Filmstaden Bergakungen, Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

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>

23-24 april 2014

Svenska BUP-kongressen
Malmö
www.svenskabupforeningen.se/

24-26 april 2014

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

3-7 maj 2014

167th APA Annual Meeting
New York, USA
www.psych.org/learn/meetings/future-apa-meetings

22-26 juni 2014

29th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology
Vancouver, Canada
www.cinp2014.com

14-18 september 2014

XVI World Congress of Psychiatry
Madrid, Spanien
www.wpamadrid2014.com

18-21 oktober 2014

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

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

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

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

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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



Foto:Shutterstock/ kimson

SPF:s vision, mål och handlingsplan 2010 - 2015

Hur går vi vidare?

Mellan 2008 - 2010 arbetade SPF:s styrelse tillsammans med en arbetsgrupp fram "SPF:s vision, mål och handlingsplan 2010 - 2015". Dokumentet skapades som ett riktlinjedokument för SPF:s arbete. I förordet betonade styrelsen att "en omprövad vision med nya eller förnyade mål och handlingsplaner skall upprättas innan tidsramen för dokumentets utgång", och tiden går fort.

Tanken vid upprättande av dokumentet var att utarbeta en kort och enkel vision, därefter gå vidare till tydliga utvärderingsbara mål och slutligen ägna mest tid till handlingsplanen för att nå både vision och mål. Poängen med utvärderingsbara mål och fokus på handlingsplanen var att dokumentet skulle kunna leda till direkt handling och användande. Styrelsen har försökt arbeta mot de flesta av målen och delvis använt sig av handlingsplanerna. Vi har kommit en bit på vägen, inte minst via arbetet med Svenska Psykiatrkongressen, Läkaresällskapets Riksstämman, tidskriften Svensk Psykiatri samt deltagande i Bok- och biblioteksmässan och Almedalen, men vi har långt kvar att nå alla mål. En del mål liksom delar av handlingsplanerna behöver också revideras.

Visionen

Den vision som dåvarande styrelse enades om och efterföljande inte bedömt i behov av ändring är:

God psykisk hälsa och minskat lidande av psykisk sjukdom

Att arbeta för visionen inom SPF är något vi anser som självklart och i nuläget upplever vi inte att visionen behöver revision. Vi tar emellertid gärna emot synpunkter då en av målsättningarna när visionen skapades var att den inte skulle vara grund för energitagande diskussioner utan något alla kan stå bakom så att vi tillsammans kan "lägga" vår kraft i nästa led.

Mål

De fem huvudmål som upprättades i dokumenten är:

- *En samlad psykiatri* - Gemensam plattform mellan de olika psykiatriska delföreningarna för bästa utbyte, starka vårdkedjor och stor genomslagskraft i gemensamma frågeställningar.
- *Ständig utveckling av psykiatrisk vård* - Gynnsamt forskningsklimat med effektiv klinisk implementering av kunskap, utmönstring av ineffektiva metoder samt bästa

verksamhetsorganisation där kontinuerlig utveckling är självklarhet.

- *God kvalitet i psykiatrisk vård* - Bästa utredningsmetoder för rätt diagnostik, uppdaterad kunskap om behandling och rehabilitering till den delaktiga patienten där förnyad medicinsk prövning sker om förbättring uteblir.
- *God tillgång till psykiatrisk vård* - S snabbt tillgänglig psykiatrisk vård till den som behöver genom att psykiaterbristen täcks samt att minimera ineffektiv administrativ tid till förmån för patienten.
- *Kunskapsspridning om psykisk sjukdom och ohälsa samt om psykiatrin som organisation* - Minska stigmatisering vid psykisk sjukdom och förebygga psykisk ohälsa och lidande av psykisk sjukdom.

Alla områden som målen täcker är fortsatt viktiga. Det är nu läge för viss revidering och tillägg av nya mål.

Handlingsplan

Varje mål har i dokumenten tre till fem olika utvärderingsbara delmål med handlingsplan på hur vi kan nå dit. För att inte denna artikel ska ta för stor plats, gå gärna in och se dokumenten i sin helhet på SPF:s hemsida. Vi är glada att vi på många sätt kommit långt mot de mål vi har satt upp men ser också klara luckor att fylla. Då vi anser att handlingsplanen i sig är viktigast tror vi att det är här vi bör arbeta extra mycket inför upprättande av SPF:s vision, mål och handlingsplan 2015 - 2020.

Framtiden

Tiden för en omarbetning av dokumentet närmar sig. För att vi ska komma så långt som möjligt önskar vi att ni är med och tänker till. Maila gärna era idéer och synpunkter till oss! Hur kan vi förbättra både mål och handlingsplan så att vi tillsammans kan nå ännu längre i vårt gemensamma arbete mot förbättrad psykisk hälsa och minskat lidande av psykisk sjukdom? På SPK anordnar vi tillsammans med den forna arbetsgruppen en workshop i frågan och vi önskar er varmt välkomna då.

Den svenska psykiatrin står inför en rad utmaningar de närmaste åren, inte minst psykiaterbristen, tillsammans kan vi lösa dem.

Lena Flyckt, ordförande SPF:s styrelse
ordforanden@svenskpsykiatri.se

Lise-Lotte Risö-Bergerlind, styrelseledamot och ordförande emeritus SPF:s styrelse
lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se

Maria Larsson, arbetsgruppsledare SPF:s vision, mål och handlingsplan 2010 - 2015
maria.larsson@ki.se



Foto: Carol Schultheis

Svenska Psykiatriska Föreningen på Bok- och Biblioteksmässan 26 – 29 september i Göteborg!

Bok & Biblioteksmässan i Göteborg samlade i år drygt 90 000 besökare och drygt 800 utställare. Det är en fantastisk mötesplats med möjlighet att föra ut budskap, själv få ny kunskap och knyta kontakter.

Som tidigare, med start 2009, fanns vi med i monter "Psykiska hälsa genom livet" där några av de tidigare årens medverkande återfanns: Psynk (från SKL) där Ing-Marie Wieselgren och Lotta Jernström medverkade, Västerbottens läns landsting med sin numera fd VC Carl-Gustaf Olofsson och psykiatri-ssk Anna-Britta Lundberg, Hälsofrämjande Sjukvårds temagrupp Psykisk Hälsa (där jag är ordförande) samt SPF som representeras av undertecknad och olika lokala medlemmar från Göteborgstrakten. Nya för i år var det s.k. Självskadeprojektet samt föreningen SHEDO, Self Harm and Eating DisOrder, som i samband med Bok- och Biblioteksmässan lanserade en bok inom ramen av sitt projekt Ego Nova.

Det kom mängder med besökande till monter; personal som jobbar inom psykiatri, studerande, lärare, människor som behövde råd för egen del och för sina anhöriga. Vi delade ut mycket material och de böcker som delades ut gratis av Västerbotten och SHEDO var slut redan på lördag e.m. På torsdag och fredag stod Tuula Wallsten där med SPF:s rykande färsk kliniska riktlinje för tvångsvård. Den går nu att beställa via Gothias förlag.

På torsdag förmiddag hade vi ett program på debattscenen och söndag förmiddag pratade Jill Taube på Hälso scenen om sambandet mellan bra kost och motion och psykisk hälsa. Salongen var fullsatt och det stod åhörare efter kanterna.

Sammantaget var detta återigen en lyckad satsning där psykiatrin fanns på plats och visade upp sig på sina egna villkor. Viktigt och något vi borde göra oftare!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
SPF:s styrelse

Länkar för mer information

Om Psynk:
www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/barn_och_unga_psykisk_halsa
Om HFS:s temagrupp Psykisk Hälsa:
www.natverket-hfs.se/node/44
Om SHEDO: <http://shedo.org>
Om Ego Nova: <http://www.egonova.se/>
Om SPF: www.svenskpsykiatri.se
Om Nationella självskadeprojektet:
www.nationellasjalvskadeprojektet.se

Levnadsvanor och psykisk hälsa i hög ålder

Åldrandet innebär en rad förändringar för en människa. Att få mer tid att använda till det man önskar, att tiden inte blir inrutad av arbetet, och detta skapar en ny frihet. Åldrandet innebär också biologiska förändringar, sjukdomar och, på sikt, den egna döden. Bland de sjukdomar som drabbar vid åldrandet finns också psykiska sjukdomar. De mest skrämmande är demenssjukdomarna, de vanligaste är dock depression eller ångestsjukdom, men också bipolär sjukdom och psykotisk sjukdom kan drabba vid åldrandet.

Psykisk sjukdom i hög ålder, har till skillnad mot i yngre år, ofta en eller flera specifika orsaker. Förändringar i hjärnan, orsakade av sjukdom eller åldrande, psykosociala faktorer eller kroppslig sjukdom är de faktorer som vanligen ses som orsak till en nydebuterad psykisk sjukdom. Åldrandet innebär emellertid också en rad förändringar i levnadsmönstret, som positivt eller negativt kan påverka psykisk sjuklighet. Att kartlägga levnadsmönstret är därför en viktig diagnostisk aspekt av utredningen av en psykisk sjukdom hos äldre. De aspekter som är viktigast för psykisk sjukdom är: fysisk aktivitet, mental stimulans, stress och alkoholvanor. Självklart har också kostvanor och rökning betydelse för den äldre människan – övervikt eller andningspåverkan av rökning leder till minskning av rörligheten med nedsatt fysisk aktivitet som följd.

Minskning av fysisk aktivitet är vanligt i hög ålder. Detta kan bero på såväl sjukdom som livsstilsförändringar. Den fysiska aktiviteten har en rad positiva effekter där en är förbättring av kroppens funktioner. Effekterna på hjärnans funktioner är emellertid kanske lika uttalade och fysisk aktivitet skapar en rad positiva förändringar.

Fysisk träning stimulerar hjärnan via ökning av BDNF (brain derived neurotrophic factor). Denna peptid är involverad i depression och vid behandling av depression ökar BDNF samtidigt som depressionen förbättras. Den effekt som setts i studier av depression visar att effekten av fysisk träning är av samma storleksordning som antidepressiv medicinering. Kunskapen är ännu otillräcklig för att helt förstå sambanden. Mycket talar för att bristande fysisk aktivitet är en viktig faktor som orsak till depression hos äldre och att fysisk träning kan påverka på ett positivt sätt. Här samverkar sannolikt fysisk träning med andra psykosociala faktorer.



Foto: Shutterstock/Elena Ray

Effekten på ångest av fysisk aktivitet är påtaglig men inte lika uttalad som effekten på depression. Trots detta kan fysisk aktivitet vara en viktig behandlingsåtgärd vid ångest. Ofta finns ångest och depression tillsammans hos äldre och ter sig som ett ångest/depressionssyndrom, och grundbehandlingen är att minska depressiva symptom.

BDNF är en viktig faktor vid kognitiv funktion och demens. Regelbunden fysisk aktivitet ökar den intellektuella förmågan med förbättring av minne, mental flexibilitet och mental snabbhet.

Denna förbättring har visats finnas också hos personer över 65 år. Effekten av fysisk aktivitet liknar den man ser av intellektuell aktivitet. Sannolikt samverkar dessa faktorer.

Personer som långvarigt varit fysiskt aktiva har en lägre risk för Alzheimers sjukdom. Olika studier visar på en minskad risk på 0,55 – 0,75. Sambandet är således mycket starkt. Interventionsstudier har ännu inte kunnat visa detta och forskningen är i sin linda. Man har undersökt Alzheimerparametrar i hjärna och blod och funnit samband mellan dessa och fysisk aktivitet. Det finns oklarheter och mer forskning behövs också här. Den sammanvägda kunskapen visar dock att långsiktig fysisk aktivitet är en mycket viktig faktor för att minska risk för Alzheimers sjukdom. Fysisk aktivitet har också visat minskad risk för vaskulär demens.

I de studier som visat positiv effekt av fysisk aktivitet anges oftast "måttlig" grad. Alltför liten aktivitet ger troligen ingen effekt. Det tycks också som om det kan finnas en övre gräns men detta är ännu osäkert. Minimum är sannolikt måttligt aktivitet 30 - 45 minuter 2 gånger/vecka. Den fysiska aktiviteten skall vara syreförbrukande, dvs. belasta hjärta och cirkulation. Styrketräning är inte tillräckligt.

Ökat alkoholdrickande är en annan riskfaktor för psykisk sjukdom hos äldre. Samtidigt kan ett ökat alkoholdrickande vara ett tecken på depression/ångest. Ett begränsat alkoholintag har i en rad undersökningar visats vara positivt. Ett alltför stort alkoholintag är däremot starkt negativt. Andelen patienter i åldern 60 – 79 år som vårdas med en diagnos som kan relateras till hög alkoholkonsumtion har ökat kraftigt under perioden 2000 – 2010 enligt en undersökning av Socialstyrelsen. Ökningen uppgår till 45 procent för både män och kvinnor.

Dessutom dör allt fler äldre med en diagnos som kan relateras till alkohol. Särskilt äldre kvinnor verkar dricka mer jämfört med tidigare. Alkoholberoende leder till en rad psykiska sjukdomar: depression, ångest, sömnstörning och påverkan på kognitiva funktioner.

Levnadsvanor är således en viktig faktor för psykisk sjukdom vid åldrandet. Att hitta riskfaktorer och åtgärda dessa bör vara en grundläggande strategi vid undersökning av äldre. Att påverka en livsstilsfaktor kan både förebygga sjukdom och användas som en strategi vid behandling.

Ingvar Karlsson
Docent, överläkare

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 psykiatris och våra patienters intressen.

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

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Vårdkedja för patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning/borderline



Bodil Persson och Maria Svensson
Fotograf: Pernilla Lundgren, Medicinsk Fotograf, Södra Älvsborgs Sjukhus

Ungefär 10 minuters promenad från vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus, finns mottagningen för personlighetsstörningar. Där träffar jag överläkare Bodil Persson, vårdenhetschef Magnus Skog (som numera har bytt mottagning) samt nuvarande vårdenhetschef Maria Svensson. Det blir ett långt och gott samtal kring vårt tema "Att skada sig själv". Det är just dessa människor mottagningen främst arbetar med.

På öppenvårdsmottagningen finns dessutom en dagvårdsenhet samt sedan alldeles nyligen en ätenhet. Ätenheten är en dagvårdsenhet med ätträning, Ätenheten för patienter med anorexi, bulimi och ospecificerad ätstörning. Där arbetar sjuksköterska, arbetsterapeut, dietist, mentalskötare och sjukgymnast.

Hur började det hela?

I början av 2000-talet beslöts om en större organisatorisk förändring av vuxenpsykiatri vid Södra Älvsborgs Sjukhus. Vuxenpsykiatri har ett stort geografiskt upptagningsområde som förutom Borås stad består av kranskommunerna Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga, Bollebygd, Mark, Svenljunga och Tranemo. Totalt ca 275 000 innevånare.

Den förra chefen för psykiatri, Lise-Lotte Risö Bergerlind, beslöt att den sektoriserade psykiatri i kranskommunerna skulle bestå, däremot skulle ett antal allmänpsykiatriska mottagningar i Borås bli subspecialiserade.

De blev psykosmottagning, beroendemottagning, bipolär-mottagning, en remissmottagning samt en mottagning för personlighetsstörningar. Senare blev det en sjuätte mottagning för neuropsykiatri.

Överläkare Bodil Persson fick i uppdrag att bygga upp en mottagning för personlighetsstörningar. Som allmänpsykiater hade hon alltid haft ett intresse för denna grupp. Som många hade hon upplevt en stor frustration då psykiatrin hade svårt att klara dessa patienter. Bodil Persson är en eldsjäl som brinner för denna patientgrupp.

- Psykiatrin har under decennierna haft mycket svårt att klara dessa patienter. Patientgruppen har svårt att knyta an till vanliga mottagningar, och uteblir ofta, för att sedan komma akut och vilja ha omedelbar hjälp. På slutenvården blir patienterna ofta kvar för länge, då det är svårt att skriva ut patienten när hon säger att hon vill ta sitt liv om hon blir utskriven. Det har saknats adekvat organisation för dessa patienter, de har farit illa och personalen har varit frustrerade, berättar Bodil.

Redan från start började mottagningen arbeta med DBT i öppenvård. Sedan 2007 har man även MBT i Borås. DBT och MBT finns även på två av mottagningarna i kranskommunerna.

På mottagningen i Borås har man ett DBT-team med sju terapeuter. Man har dessutom en dagvårdsenhet, Behandlingsenheten Solhem. Där har man ett 10-veckors program som är baserat på färdighetsträning enligt DBT.

Många utbildningsinsatser

I samband med den Nationella Självskadenoden har kliniken dessutom haft möjlighet att utbilda fler, framför allt har man haft särskilt fokus på läkargruppen.



Magnus Skog

- Det har varit mycket uppskattat, säger Bodil. Charlie Swenson, läkare, professor och DBT-terapeut från Massachusetts, USA, höll en uppskattad föreläsning om "Vad en doktor bör veta om DBT". Anita Linnér m.fl. har haft grundkurser i DBT som omfattar en hel vecka.

Vidare har man startat intensivutbildningar i DBT för att kunna starta fler DBT-team i Västra Götaland.

Reglera känslor och hantera relationer

-Färdigheterna handlar om det, som vi alla som kallar oss friska, använder i vardagslag för att reglera våra känslor och hantera våra relationer. Det som gör att vi klarar våra liv hyfsat bra, säger Bodil Persson.

I Borås har man kommit en bra bit fram på vägen till en utvecklad öppenvård för diagnosgruppen personlighetsstörningar. Det ger möjligheter att ge terapier men också att förbättra livskvaliteten för dem som inte kan klara terapi av olika anledningar.

-Vi har därför utvecklat ett omvårdnadsteam, berättar Bodil Persson. Teamet gör ett sedvanligt allmänpsykiatriskt arbete men har fokus på patienter med personlighetsstörning. Då medicinering inte är "the treatment of choice" för själva personlighetsstörningen, så ökar betydelsen av bemötandet och förhållningssättet. Där har vi haft stor nytta av filosofin bakom DBT och färdigheterna, säger Bodil.

Magnus Skog har arbetat tillsammans med Bodil Persson i flera år och har varit vårdenhetschef på öppenvårdsmottagningen.

-I början la vi fokus på att få till ett gemensamt förhållningssätt för patienter som fick vård från den specialiserade öppenvården och hade socialpsykiatriska insatser. Personal inom kommunal socialpsykiatrisk vård på gruppboende och boendestödjare utbildades och handledes av DBT-utbildad personal.

Syftet var att få kontinuitet och bättre förutsättningar för att få färdigheter att generaliseras i vardagen.

Kring mycket komplexa ärenden som gällde patienter med autism, lågbegåvning och svårt självskadebeteende färdighetstränades personalen med samma färdigheter som en ordinär DBT-behandling innehåller. På ett sådant boende var idén att om personalens interna relationer, känsloregulering, närvaro etc. fungerar bättre kommer det indirekt ge ökad omsorgskvalitet till brukaren.

Nästa steg blev att arbeta med vuxenpsykiatrins akutmottagning, då det fortfarande var få patienter i DBT-behandling gjordes försök med att ha individuella krislistor på akutmottagningen för att på ett så korrekt sätt som möjligt coacha patienten att använda sina färdigheter, men också uppmuntra till funktionella inläggningar då det kan vara en del av behandlingsstrategin. Personal på akutmottagningen utbildades i grundläggande DBT-kunskaper. Sådan här kunskap och arbetssätt är dock färskvaror som ständigt måste underhållas.

Idag är det betydligt fler som går eller har gått i antingen standard-DBT, MBT eller DVBT baserad dagvård vilket medför att akutmottagningens bemötande av denna patientgrupp är mer generell och kunskap om att använda den krisplan som finns upprättad eller att efterfråga vilka färdigheter som i stunden sviktar. På akutmottagningen finns också ett mobilt team som är kompetenta i detta förhållningssätt.

Dagvårdsenheten istället för heldygnsvård

-Våra erfarenheter är att långvarig slutenvård för målgruppen sällan är effektiv, fortsätter Magnus. Det beslutades för ca 5 år sedan att vi inte skall ha någon specialiserad slutenvård för patientgruppen.

Istället utvecklades ett dagvårdsprogram inspirerat av Charles Swensson och Martin Bohus, slutenvårds-DBT. Modellen bygger helt enkelt på att komprimera ihop ett års färdighetsträning under 10 veckor i ett måndag-fredagsprogram i grupp. I början var det rullande intag men snart upptäcktes det att det blir störningar i gruppen varför slutna grupper infördes.

Således behandlas ca 40 patienter årligen på SÄS enligt detta program vilket inneburit att vi minskat ner antalet patienter med långa slutenvårdstider betydligt.

När MBT implementerades som behandlingsmodell framkom att de DBT-strategier som används på akutmottagningen fungerar alldeles utmärkt, även om språket skiljer sig något så bedömdes det rationellare att ha ett gemensamt sätt att förhålla sig när patienter med EIPS söker vård akut. Ett mentaliserande förhållningssätt vore naturligtvis möjligt att implementera i heldygnsvården.

-Men vi har valt DBT utifrån att våra patienter till största del erbjuds DBT och att vi uppfattar att DBT är mer konkret och lättare att ta till sig som gemensamt förhållningssätt, berättar vårdenhetschef Magnus Skog.

Hur undviker man att hamna i kampsituationer

Det finns grundantaganden i DBT som är bra att ha med sig i mötet med patienter i en krissituation, det underlättar samarbetet och minskar risken för att hamna i en kampsituation.

Grundantagandena i DBT:

- Patienter gör så gott de kan.
- Patienter vill bli bättre.
- Patienter måste lära sig nya beteenden i alla viktiga sammanhang.
- Patienter är inte själv orsak till alla sina problem, men måste likväl vara den som löser dem.
- Patienter kan inte misslyckas i DBT.
- Patienter måste anstränga sig mer, prestera mer, prestera bättre och vara mer förändringsmotiverade.
- Att leva det liv som patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning lever är outhärdligt.

För många patienter är just att få redskap och färdigheter att få livet att fungera nyckeln till att få ett liv värt att leva.

-Idag erbjuder vi även generaliseringsgrupp efter avslutad behandling för patienter som arbetat med att använda färdigheter och som ett stöd att bibehålla färdigheterna och det är nästan alltid relationsfärdigheterna som medför störst utmaningar.

Färdighetsträning för personalen

På en avdelning uppmärksammades avvikelser som handlade om bemötande både av patienter och anhöriga. Eftersom det ofta var kopplat till patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning genomfördes färdighetsträning på all personal under ett par års tid. Färdighetsmodulen på 40 veckor förkortades till ca 25 pass. Under ett par år på en avdelning hinner mycket att hända varför ansatsen om att utveckla specifika modeller inte lyckades fullt ut, men utvärderingen visade på andra positiva effekter för deltagarna både i relation till sina kollegor, patienter och i det privata livet.

Bodil Persson är också processledare för processen personlighetsstörningar.

I detta arbete upptäckte hon svårigheterna och frustrationer inom den somatiska akutsjukvården, framför allt på den somatiska akutmottagningen och på intensivvårdsavdelningarna. Även i patientintervjuer framkom upplevelser av kränkande bemötande i samband med somatiskt vårdbehov efter självskada.

Bodils processteam tog initiativ till att arrangera en kort utbildning till samtlig personal på dessa enheter. Utbildningen innehåller dels information om diagnos och vad som kännetecknar emotionell personlighetsstörning, vilka funktioner självskadebeteende kan ha för individen men mest fokus på bemötande och ovan nämnda grundantaganden.

Idag utvecklar man sin vårdkedja ytterligare

På öppenvårdsmottagning Borås, där Magnus Skog numera är chef, tar man emot patienter från Borås, Bollebygd och Ulricehamns kommun. Patienterna kommer dit för bedömning, utredning och avgränsad behandling.

-Här kan vi nu erbjuda behandling med ERGT (Emotional Regulation Group Therapy), berättar Magnus. Detta som en första nivå-insats för patienter med emotionell instabilitet och självskadebeteende och där vi bedömer att sådan gruppbehandling skall kunna vara hjälpsamt.

Beroende på problemnivå och ev. efter utvärdering av ERGT-behandlingen kan Standard DBT, MBT eller Dagvårdsbaserad DBT erbjudas. På så sätt hoppas vi ha hög tillgänglighet på specifik behandling tidigt i vårdförloppet men också ha större möjlighet att differentiera vårdinsatsen utifrån problematikens omfattning och patientens behov av stöd för att genomföra behandlingen.



Verksamhetschef Bengt-Arne Andersson (på bild ovan) berättar att det pågår ett arbete i hela Västra Götalandsregionen där man försöker arbeta fram en regional utvecklingsplan för gruppen med emotionellt instabil personlighetsstörning.

Diagnostisering i regionen är ojämn mellan de olika sjukhusen och det kan kopplas till graden av specialiserade bedömningsteam. Här ligger SÄS väl till jämfört med övriga regionen, man har totalt ca 14 behandlare inom DBT och 11 behandlare inom MBT på kliniken. SÄS har de kortaste vårdtiderna i Västra Götalandsregionen för gruppen.

Bodil, hur ska man tänka för att förbättra vården för denna grupp och öka deras livskvalitet?

-Det finns framför allt fyra förbättringsområden, berättar Bodil.

Slutenvården. Här vårdas våra sjukaste patienter när de mår som sämst. Det ställer stora krav på såväl personal som på läkarna.

Patienterna får alltför långa vårdtider och utsätts för alltför mycket tvångsåtgärder. Man försöker kontrollera bort det oönskade självskadebeteendet, vilket ger helt motsatt effekt.

På två av våra avdelningar har personalen fått utbildning i färdighetsträning enligt DBT. I detta sammanhang berättar Bodil att vuxenpsykiatrin i Borås aldrig skickar någon av dessa patienter till rättspsykiatrisk vård.

Då får de redskap att förmedla färdigheter till patienterna och använda färdigheterna på sig själva, när de utsätts för den ångest det självskadande och suicidhotande beteendet ger. Bodil fortsätter, samma gäller för läkarna som ska fatta de svåra besluten om inläggning och utskrivning för dessa patienter.

Vi måste ha en **bra kommunikation mellan öppen- och slutenvården**, slår Bodil fast. Tidsbrist på båda håll gör det svårt men i de fall vi verkligen får till ett bra samarbete, märker vi ju att det blir riktigt bra för patienten, ler Bodil och ser väldigt nöjd ut.

Sedan psykiadelreformen har det hänt mycket för våra funktionsnedsatta patienter vad gäller de kommunala vårdformerna för boende och sysselsättning. För våra patienter är det betydligt svårare. De har ofta häftiga humörsvängningar och kan faktiskt också svänga i funktionsgrad. Det går dock framåt – vi arbetar mycket med kontakten med personal i kommunerna, vi utbildar och vi handleder. Vi är noga med att ha gemensamma samtal med patienten och har ett praktiskt samarbete.

- Det mesta arbetet sker kring varje patient – inte så mycket på generell nivå.

Det låter som om det fungerar i Borås men när jag nämner **primärvården** ser Bodil Persson mer bekymrad ut.

-Här finns mycket att önska, säger Bodil. I vårt område har vi många vårdcentraler och många av dem är privatiserade.

Det gör att inriktningen skiftar från vårdcentral till vårdcentral.

Vi har ibland svårt att få vårdcentralerna att ta emot våra patienter, när de är färdigbehandlade hos oss, fortsätter Bodil. Det är svårt att få till en fungerande kommunikation. Det behövs ett samarbete på högre nivåer, politiskt och administrativt för att få bättre samarbetsklimat.

Är DBT:are annorlunda?

Ja, svarar vårdenhetschef Maria Svensson och Magnus Skog. Man märker på mottagningar som arbetar med DBT att det blir ett varmare och lugnare klimat på mottagningen. Man ger och tar kritik med värme och validering – kort sagt, man tar hand om varandra.

Magnus fortsätter:

- Vi som jobbar med DBT använder DBT-förhållningssätt mot varandra. Det behövs verkligen. Vi arbetar med en patientgrupp som väcker mycket svåra känslor – genom att använda DBT tror vi att vi kan motverka utbrändhet hos personalen.

Alla tre är överens om att det känns viktigt och mycket meningsfullt att få möjlighet att arbeta på ett specialiserat sätt med den här patientgruppen. Dels att som mottagning få utveckla terapiformerna MBT och DBT och sedan också utvärdera dem.

- Vi håller på att försöka förstå vilka kriterier vi behöver för att se vilken terapiform som passar bäst för vilken patient.

Det är svårt, säger Bodil bestämt. Än så länge är det fingertoppskänslan som gäller.

- Det viktigaste vi arbetar med nu är att förbättra och förfina förhållningssätt och bemötande. Om vi kan reducera frustrationsgrad hos personalen förmodar vi att patienten känner sig bättre bemött. Då behövs utbildning, flikar Maria in.

Vad är det då som är speciellt med förhållningssättet?

- Många upplever ju dessa patienter som manipulerande och jobbiga. Man känner sig maktlös och frustrerad. "Den allmänna meningen" om dessa patienter, att de skulle vara omöjliga att behandla och svåra att tas med, gör att vi ofta går in i situationen med redan förutfattade föreställningar. Därför har Marsha Linehan föreslagit vilka antaganden man kan välja att ha istället, berättar Bodil.

- Man förutsätter att patienten gör sitt allra bästa även om det verkar tokigt. Även när hon själv skadargör hon troligen det bästa hon kan för att reglera en outhärdlig känsla.

Vi vet ju att det är effektivt på kort sikt, lindrar den psykiska smärtan omedelbart, även om det på lång sikt bara blir värre. Hon vill ju i alla lägen bli bra. Samtidigt är det bara hon själv som kan göra något åt sin situation. Då måste hon arbeta i sin terapi och lära sig färdigheterna/mentaliserat.

Det är det dialektiska i bemötandet som gör det så effektivt. Validering och krav i god balans.

När jag utför den strukturerade intervjun enligt SCID II, får jag ofta reaktionen att varför har ingen frågat detta förut? Äntligen någon som försöker förstå mig. Bara detta är mycket validerande för patienten. Alltså är en varm och öppen nyfikenhet välgörande.

Vad kan jag hjälpa dig med? Samtidigt inte ta över hela ansvaret från patienten. Vad kan hon själv göra? Vad behöver hon hjälp med? Resonera om problemlösning. Ett avspänt resonerande samtal där man delar ansvaret.

Ändå är det ju inte så lätt alla gånger. Kan det vara så att det många gånger är frågan om iatrogen hospitalisering? Hur många gånger har man inte lagt in en patient i onödan? Eller inte kunnat skriva ut patienten när hon säger att hon ska ta sitt liv? För att kunna undvika detta och uppnå det avspända förhållningssättet enligt ovan krävs att man har ett team bakom sig, att man är en del av teamet, såväl i slutenvården som i teamet på mottagningen. Läkarna jobbar ofta själva utanför teamen, eller hur? Hela teamet måste genomsyras av en anda där vi validerar varandra och arbetar mot samma håll. Bra att ha med behandlare på läkarsamtalet, t.ex.

Min förhoppning är att vi inte ska tillverka så många kroniker i framtiden, avslutar Bodil Persson.

Det är inte utan att skribenten känner stolthet att arbeta vid Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus.

Du kan läsa om resultat av DBT på sidan 26 och om MBT på sidan 32

**Text och foto:
Stina Djurberg
SP redaktion**

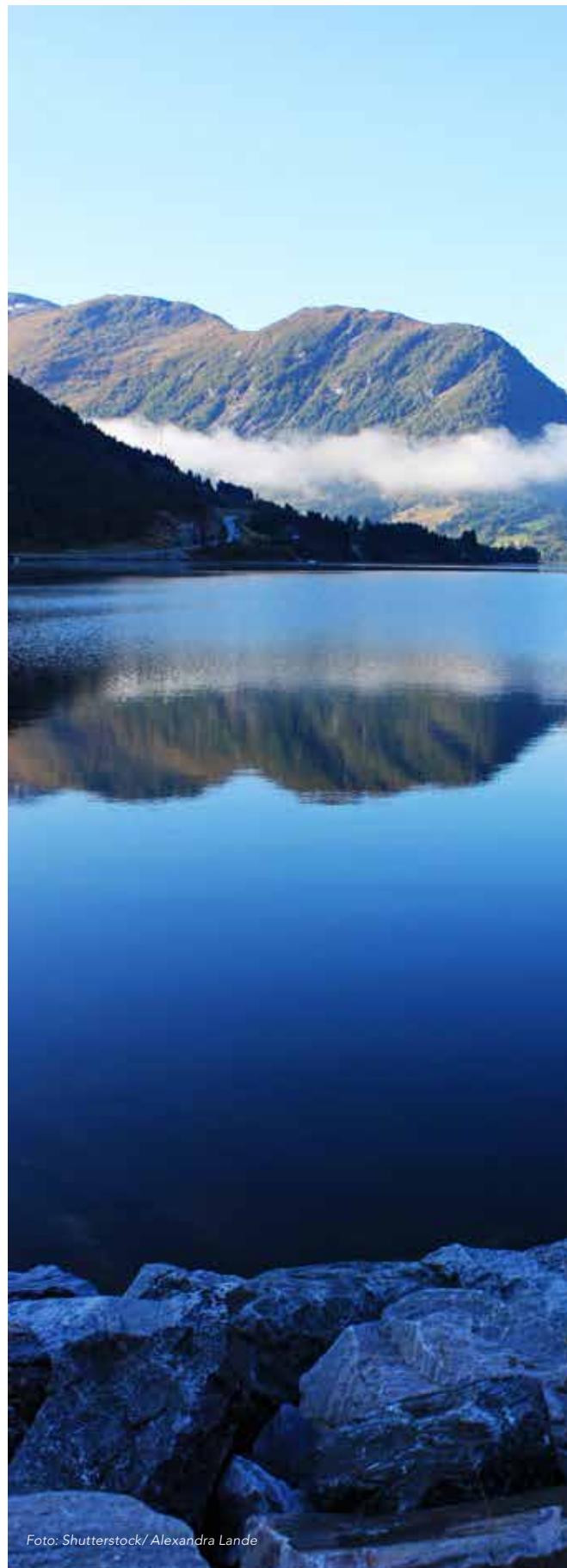


Foto: Shutterstock/ Alexandra Lande

Så länge vi lever Hur insikten om livets korthet kan tydliggöra nuet och dess möjligheter

Peter Strang
Libris, 2013

En tankebok som berör alla och kan läsas av alla.

Om författaren

Peter Strang har arbetat som cancerläkare i 30 år och är sedan 1997 Sveriges förste och ende professor i palliativ medicin. Han har skrivit ett flertal läroböcker och populärvetenskapliga skrifter inom området cancer, smärta och palliativ vård.

En huvudfråga i Peter Strangs arbete med de svårt sjuka och döende patienterna har alltid varit de existentiella frågorna. Förutom arbetet med de doktorander han handlett i dessa frågor skrev han 2007 en tankebok, *Livsglädjen och det djupa allvaret* (NoK, 2007) och tillsammans med Lisa Sand den första läroboken på svenska om existentiella frågor i sjukvården, *När döden utmanar livet* (NoK 2013). Jag recenserade den boken i vår tidskrift *Svensk Psykiatri* nr 2 2013, sid 36.

Om innehållet

I förordet svarar författaren på redaktörens fråga varför han skrivit boken *Så länge vi lever?* Svaret blev att han utifrån alla års arbete med så svårt sjuka, och forskning kring vad människor värderar när de ser tillbaka på sina liv, fått så mycket material och att det personligt berikat hans liv och att han nu vill dela med sig.

Livets korthet

Boken är uppdelad i tre delar. Den första delen handlar om Livets korthet.

Memento mori - tänk på döden. Huvudtesen i det avsnittet är att om vi, som fortfarande är friska, blir medvetna om livets korthet kan vi lättare lära oss skilja på vad som är huvudsak och bisak. Författaren ger en rad exempel från människor han mött och deras funderingar på sina liv nu, när de haft en allvarlig sjukdom och när en del står inför döden. Det är berikande att ta del av sådana berättelser. Sedan gör författaren jämförelser och funderingar kring sitt eget liv.

Boken är inte på något sätt en teoretisk filosofibok utan en mycket enkel men stilistiskt lättläst bok om våra liv.

Även om han ibland kortfattat refererar till filosofer och internationellt välkända psykiatriker är det mer som ett komplement till författarens egna berättelser och funderingar. Irvin Yalom, amerikansk professor i psykiatri, är en viktig referens. I Yaloms bok *Staring at the Sun* har Yalom samma uppfattning som författaren: döden kan man bara titta en kort stund på, precis som man kan titta på solen, sedan måste man vända bort blicken. Ett viktigt innehåll i detta avsnitt handlar om alla våra val i livet och hur vi kan förhålla oss till dem, även när vi valt fel.

Mening och meningskällor

Memento vivere - tänk på livet. I detta avsnitt funderar Peter Strang på om det finns någon mening med att leva. Han gör en intressant skillnad på mening i livet och mening med livet. När han frågar någon "vad ger dig mening i livet", blir svaret, "min familj, mina vänner, mitt arbete, naturen" och några ytterligare områden. Meningen *med* livet är en mycket större fråga med många existentiella och filosofiska frågor om vår plats i universum. Men i livets slutskede blir meningen *med* livet en syntes av det man upplevt och gjort och värderat. Här beskrivs olika människor, de som är nöjda och ser tillbaka på många stora och små saker och de som inte kan få ro. Ibland kan sjukhusprästen gå in och hjälpa till med förlåtelse för sådant som andra inte längre kan förlåta. Författaren beskriver också hur han som läkare kan hjälpa till att förmedla en förlåtelse. Vi människor är ju inte ofelbara. En viktig person i detta avsnitt är Viktor Frankl som bl.a. hävdar att det också beror på vilken inställning människan har till sitt eget lidande och globalt lidande när det gäller meningen med sitt liv.

Peter Strang är påläst när det gäller några inflytelserika psykiatrer i historien. Viktor Frankl är alltid aktuell, men Peter Strang tar även upp att C G Jung i slutet av sitt liv - han dog 1961- skrev att en tredjedel av hans patienter inte var psykiskt sjuka i kliniskt avseende, utan att deras problem var att de saknade mål och mening i sina liv.

En mycket viktig bok som har betytt mycket för Peter Strang och beskrivs i texten är Ulf Nilssons barnbok "Adjö Herr Muffin". Den handlar om ett sjuårigt marsvin som har fått ont i magen och som snart skall dö. På ett sorgligt men fint sätt tar Herr Muffin farväl av jordelivet, nöjd med att ha fått uppleva det som ger mening: att ha blivit sedd, bekräftad och älskad.

Kärleken

Det sista stora avsnittet handlar om kärleken. Författaren tar upp både egna och patienters upplevelser, men hänvisar även till evolutionsforskare som slår fast att vi människor är skapta för varandra. Gemenskap och ensamhet är ett viktigt tema i hela boken. Det patienter i livets slutskede framhåller som det viktigaste i livet är gemenskap; familj och vänner. En del framgångsrika personer som blivit patienter uttrycker ibland sorg över att de försummat sina barn. Kärlek för författaren är inte bara en fråga om Eros - den romantiska, erotiska kärleken, utan även Philia - kärleken till nära släkt och vänner och Agape - den förutsättningslösa kärleken till våra medmänniskor.

Ett viktigt tema inte minst idag, är det existentiella spänningsfält som uppstår mellan människans längtan efter frihet och hennes lika stora längtan efter gemenskap. Den absoluta frihetens pris är ensamhet, medan en (för) stark gemenskap kan bli kvävande och skapa en känsla av ofrihet. Vi har till och med statistik på att relationer är svårt: År 1900 registrerade Statistiska Centralbyrån 405 skilsmässor. De allra senaste åren har cirka 40 000 personer gift sig per år och antalet skilsmässor har varit cirka 20 000 per år. En psykiater som författaren tar upp i detta sammanhang är Eric Fromm. Fromm skiljer på den omogna kärleken – jag behöver dig, därför älskar jag dig och den mogna kärleken – jag älskar dig, därför behöver jag dig.

Avslutningsvis några personliga reflektioner

Även om detta kanske ligger lite utanför en strikt recension, kan jag inte låta bli att ha några personliga funderingar.

En tanke jag får som klinisk psykiater i många år är att man nu försöker göra oss psykiatrer till kliniska teknokrater med hjälp av New Public Management - Låt patienten fylla i fem skattningsformulär, sätt en snabb diagnos, skriv ut tre mediciner på en gång och ge återbesök på grund av kömiljarden med mer än tre månaders väntetid. Hur skall vi då kunna ha tid att diskutera med t.ex. ADHD-patienten eller den psykotiska patienten om livets mening och om ensamhet och gemenskap? Hur kan vi hinna stödja och dra in närstående för att minska våra patienters utanförskap och ensamhet?

Peter Strangs bok *Så länge vi lever* är så lättillgänglig och lättläst med fokus på livets möjligheter, att det finns en tydlig positiv underton. Boken har påverkat mig mycket och jag kommer att återvända till den många gånger.

Min fråga är om inte Peter Strang kan ha mer kunskap om människor i livets slutskede än vad Seneca hade. Det är ju Seneca som har hävdade de bevingade orden: "Nej, vi har icke för liten tid oss tillmätt men vi förslösa för mycket av den". Därför behöver vi tänka på livets korthet ibland, för att få perspektiv på livet.

Lars Albinsson

Ph. D., M.D.

lars.albinsson@hotmail.se



Foto: Shutterstock/R.S.Jegg

Att döva själens smärta

Många som skär sig allvarligt får mer än ofta diagnosen borderline. Jag valde att inte skära mig, jag valde piller och alkohol istället för att döva min inre smärta. Istället för att se blodet sippra från mina armar så valde jag att döva min ångest in i en dimma.

Jag heter Rebecca Anserud, 26 år gammal, och har diagnosen bipolär sjukdom typ 1 och ADHD. Min smärta genom åren har varit enorm. När jag insjuknade vid 15 års ålder drogs jag snabbt till alkoholens rus. Jag kände en frid i det och det blev min medicinering.

Tänk dig att jag som en livsglad tjej med stora visioner om framtiden helt plötsligt önskade att dö. Egentligen ville jag inte dö, men det var ett alternativ för då skulle min smärta i min själ försvinna. Smärtan fångade tag i mig, drog ner mig i djupet och hånskrattade åt mig. Jag var i en svart dimma där jag varken såg dagsljus eller framtid. Den här känslan var för mig helt obekant, jag trodde inte att den existerade. Att man kunde må så dåligt, bipolariteten våldtog mig.

Alkoholen tog allt större plats, under ruset lyckades jag försvinna från mina tankar för några timmar. Detsamma gäller för personer som skär sig. De väljer smärtan som överväger smärtan i själen. Jag valde dimman.

Hade min självmedicinering inneburit att jag skurit mig i den grad som jag drack och senare tog piller skulle jag sannolikt dessutom fått diagnosen borderline. Förstår du skillnaden? Tänk efter. Jag har pratat med många patienter med borderline som skär sig. Vissa av dem har fått diagnosen avskriven med åren då det visat sig vara till exempel bipolär sjukdom. Är borderline alltför ofta en slaskdiagnos?

Jag menar inte att många inte har borderline, men att många blir feldiagnostiserade med borderline för deras självskadebeteende.

Under flera år gick jag omedveten om min sjukdom och fick diagnosen som 20-åring. Senare inom psykiatri fick jag pillerburk och pillerburk efter vartannat. De försökte hitta den bästa tänkbara stämningsstabiliserande medicinen för mig. Dessa preparat gav hemska biverkningar vilket i sin tur ledde till att fler mediciner skrevs ut, allt blev värre och värre.



Foto: Andreas Wahlberg

I början var jag rädd för piller. Jag var rädd för att ta min första sömntablett. Efter att ha testat alla dessa piller kände jag ingen rädsla. Jag använde dem som ett vapen för min ångest och min smärta. Jag hade allt för många preparat hemma som jag inte var tillförskriften längre som hade tagit plats i ett helt köksskåp.

Jag började missbruka piller. Det handlade om att stänga av. Jag kunde ta karta efter karta för att döva min ångest. Tillslut vände jag mig till en nära anhörig efter en magpumpning. Hon fick ta hand om mina piller. Dela ut min dagsdos varje dag och jag kände mig trygg i det. Utan henne skulle jag kanske varit död idag.

Än idag har jag självmordstankar, men jag har bestämt mig för att leva och inte leka rysk roulette med livet. Livet och kärleken till andra är för mig mer värt än döden, hur ont det än kan göra ibland. Idag har jag inga som helst problem med att ha många tabletter hemma.

Rebecca Anserud
Författare till boken **Ett bipolärt hjärta**

10 frågor till.....

I detta nummer möter Du

Isak Sundberg

Ordförande
Sveriges läkare under utbildning i psykiatri
SLUP

Född

1977 i Göteborg, uppvuxen i Karlstad.

Bor

Uppsala.

Familj

Gift med Anna-Karin, ST-läkare i allmänmedicin, son August 5 år.

Arbetar:

ST-läkare i Uppsala.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Vi har just köpt hus, så nu blir det mycket pyssel med det. Annars umgås jag med familjen, läser gärna tidningen ordentligt, spelar tennis en gång i veckan. Gillar vintersport och vindsurfing. Går på bio när jag kan.

Favoritmat

Tycker om det mesta men är extra svag för italienskt.

Senast lästa bok

Karlsson på taket för sonen. Läste mycket skönlitteratur förr men det är svårt att få till nuförtiden. I vintras var vi i Indien, då blev det litet mer läst, bland annat "The Arabs: A History" av Eugene Rogan, kan verkligen rekommenderas.

Vad gör Dig lycklig?

Många saker. En god middag med familjen eller i glada vänners lag till exempel.

Vilka förebilder har Du?

Finns flera duktiga kliniker och forskare som jag ser upp till, ingen nämnd ingen glömd.



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

Finns många viktiga frågor och utmaningar; fortsätta medverka till högre kvalitet i den psykiatriska vården, värna läkarrollen, göra det mer attraktivt att arbeta som läkare inom psykiatri, rekrytera duktiga blivande kollegor till specialiteten. Engagera medlemmarna till att aktivera sig i föreningen. SPF har också en viktig men svår pedagogisk uppgift gentemot politiker, tjänstemän, media och allmänhet att förklara psykiatrins behov och förutsättningar, vad vi gör och varför. Det här görs ju på många sätt, genom att vara remissinstans, delta i olika debattsammanhang. Att främja god forskning och bidra till livaktigt utbyte mellan kliniken och akademien är också en angelägen uppgift.

Stina Djurberg
SP redaktion



Ibland finns det inga enkla svar, en bok om självskadebeteende och ätstörningar

Conny Allaskog
Anna Åkesson
Shedo/Ego Nova, 2013

Ego Nova är ett nationellt informationsprojekt som drivs av Shedo (Self harm and Eating disorder organisation), en förening vars syfte är att sprida kunskap om ätstörningar och självskadebeteende, ge stöd åt patienter och anhöriga samt arbeta för bättre vård för dessa patientgrupper. Ego Nova drivs med stöd av Allmänna arvsfonden.

Författare till boken är Conny Allaskog, ordförande i Shedo, och Anna Åkesson, som var med och startade Shedo 2008 och är aktiv i föreningen sedan dess.

Boken "Ibland finns inga enkla lösningar" är ganska liten och anspråkslös, cirka 150 sidor i pocketformat. Den vänder sig i första hand till dem som har eller har haft självskadebeteende eller ätstörningar, som har någon närstående som drabbats och till dem som möter människor med dessa symtom/problem i sitt arbete. I förordet riktar man sig också till den som undrar om det finns någon behandling som hjälper och som kanske är nyfiken, orolig eller skeptisk.

I boken får man möta femton personer med mycket erfarenhet av självskadebeteende och ätstörningar, författarna har intervjuat patienter, anhöriga och professionella. Som den välfunna titeln säger finns inga enkla svar på de här komplicerade frågorna. Däremot reflektioner, erfarenheter och sammansatta svar. Innanför pärnarna finns också tunga berättelser, både om lidande och svåra symtom och om vårdens tillkortakommanden. Ett av författarnas syften är att fler skall våga och vilja prata om ätstörningar t ex i fikarummet, och att färre vänder bort blicken när man ser någon med ärr på armarna. Man vill bidra till en större öppenhet och förmedla hopp. Förändring och förbättring är möjligt och vanligt.

Bland de femton intervjuade personerna stannar ett par starkt i minnet. Det är Monica, mamma till Jenny som lider av ätstörningar, självskadebeteende och depression. I perioder har det funnits stark oro för suicidhandlingar. Monica liknar situationen med dottern vid en osäkrad handgranat och hon känner sig periodvis mycket ensam. Hon saknar verktyg och utvecklar också själv psykiatrisk problematik. Hon beskriver målande hur det är att vara anhörig, flerbarnsmamma och samtidigt ha ett krävande jobb. Efterhand får både Monica och dottern goda vårdkontakter och Monica understryker speciellt värdet av att bli bekräftad och tagen på allvar i sin oro.

Maria, skolsköterska på gymnasiet, poängterar den viktiga tillgängligheten hos skolhälsovården, skolsköterskan är bara en dörrknackning bort. Hon förmedlar också sin starka tillit till samtalet. Att få berätta, prata och formulera sig tillsammans med någon som lyssnar aktivt och i en miljö där man känner sig trygg. Gör man det är man redan ett steg på väg.

Marias berättelse är viktig, inte minst i en tid där skolhälsovården skurits ner kraftigt på många håll.

Boken vill förmedla förståelse för vad som kan ligga bakom självskadebeteende och ätstörningar. Det kan finnas allvarlig psykisk ohälsa men också andra faktorer. Jonas Bjärehed, psykolog och forskare som skrivit en avhandling om ungas självskadebeteende, poängterar att det inte alltid finns vattentäta skott mellan självdestruktiva beteende som är vanliga i samhället (t ex rökning, överträning, arbetsnarkomani) och det allvarigare självskadebeteendet. "Skillnaden mellan den som skadar sig och den som inte gör det är inte så stor som man kan tro" säger han.

Sammanfattningsvis förmedlar boken viktiga upplevelser och kunskap från patienter, anhöriga och personal. Efter att själv ha arbetat många år med personer med självskadebeteende ser jag ett tydligt behov av denna bok. Trots att mycket blivit bättre är okunskapen och mytbildningen fortfarande stor, både om tillstånden och om den fungerande behandling som finns. Utöver målgrupperna som nämns i boken tror jag också att politiker och sjukvårdsadministratörer skulle ha god nytta av bokens kunskaper.

Margareta Malm
Vuxenpsykiater SU (som arbetat många år på specialiserad enhet för patienter med personlighetsstörning och självskadebeteende)
Regional studierektor VGR

Den förändringsbara hjärnan

Finns framtidens psykiatri redan nu?

Utveckling och komplexitet

Hjärnan är kroppens mest komplexa organ. Antalet celler som hjärnan består av har uppskattats till 100 miljarder. En enskild cell kan ha upp till 1000 eller fler kopplingspunkter (synapser) till andra celler. Det kombinerade nätverket är det mest komplexa vi i dag känner till. Hjärnans anatomi, struktur, organisation och funktion har under miljoner år genomgått en kontinuerlig utveckling för att överleva och utvecklas i en fysisk, biologisk och psykosocial miljö som i sig befinner sig i ständig utveckling och där inte minst människan själv genom sin begåvning, kreativitet och uppfinningsrikedom har bidragit aktivt.

Denna utvecklingsprocess har inte bara tillfört nya strukturer utan även anpassat gamla strukturer till nya funktioner. Ett uttryck för detta är det som kallats "The Triune Brain". Den primitiva reptilhjärnan (hjärnstammen med fysiologiska reaktioner och reflexer) har efterhand överlagrats med däggdjurshjärnan (mellanhjärnan med det limbiska systemet som tillåter värdering, integrering, påverkan, minnen, reglering av känslor och kommunikation i sig själv och till andra av individens tillstånd) samt med den överordnade storhjärnan (neocortex med en integrerande hjärnbalk samt två hjärnhalvor med olika typer av minnen, processande och samordnande funktioner som reflekterande, tänkande, känslomässigt och somatiskt värderande, integrering, planerande och handlande) samt en förenande hjärnbalk.

Friskt och sjukt

Det friska, ur ett evolutionsperspektiv, är det som ger släktet bäst möjlighet till överlevnad. Karaktäristiskt för det friska ur detta perspektiv är flexibilitet, adaptivitet och komplexitet ur såväl fysiska som biologiska och psykosociala aspekter. En innebörd av sjukt ur detta perspektiv, blir då brister eller allt som på olika sätt stör, hindrar eller motverkar denna utveckling. Ur ett individ- och samhällsperspektiv uppstår betydligt fler och mer komplexa frågeställningar. Ytterst handlat dock även dessa två perspektiv om vad som stör, hindrar eller motverkar olika aspekter på individuell eller samhällelig utveckling.

Begreppet hälsa har av Världshälsoorganisationen definierats som "ett tillstånd av fullständig fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande".

Inom medicinen har de fysiska aspekterna på hälsa och sjukdom betonats medan man i psykiatrin i varierande grad har betonat de psykosociala aspekterna.

Den medicinska modellen "Utredning-diagnos-behandling" betonar både de etiologiska (sjukdomsutvecklande processer) och de patofysiologiska aspekterna av psykisk sjukdom. Detta kan diskuteras eftersom hjärnan har både likheter med andra organ men fr.a. stora skillnader genom att den är utvecklad och byggd för en konstant adaptiv förändring i sin interaktion till den fysiska/materiella och framför allt den psykosociala miljön som omfattar relationer, uppfostran, fritidsrelaterade aspekter, olika typer och nivåer av skolutbildning, praktik och tillämpning samt universitets-/högskoleutbildning, olika typer av arbetsinriktning inom olika områden och på olika nivåer, eventuell FoUU-inriktning samt återkommande vidareutbildning för anpassning av kunskaper, färdigheter och förhållningssätt (attityder) till en omvärld i ständig förändring och förhoppningsvis utveckling. Mot den bakgrunden förefaller det mer konstruktivt att tala om den biopsykosociala hjärnan för att tydliggöra dess stora olikhet i jämförelse med kroppens andra organ.

Klinisk psykiatri har i relativt låg grad fokuserat på olika psykosociala aspekter som etiologiska vilket gjort att man har underskattat deras betydelse, kontinuerligt aktiva påverkan och olika bidragande inlärningsaspekter. Innebörden av begreppet adaptiv i en konfliktfylld, instabil, otrygg och mer eller mindre destruktiv miljö är sannolikt helt väsensskild från den adaptivitet som utvecklas i en trygg, stabil och förutsägbar konstruktiv miljö präglad av faktabasering, empatisk förståelse, bekräftelse, intresse och engagemang, nyfikenhet, problemorientering, reflekterande dialog, samarbete, konfliktlösning och en positiv utvecklingssyn.

Orsaker och förlopp

Ur medicinsk synvinkel har sjukdomar en orsak (etiologi) och ett förlopp (patofysiologi) och yttrar sig i form av olika symtom. Orsakerna kan vara "enkla" (virus eller bakterier) eller multifaktoriella och komplexa och sökas i både arvet, infektösa, förlossningsrelaterade, medicinska sjukdomar och kemisk påverkan.

Gradvis under åren har det skett en ökad medvetenhet och kunskapsutveckling om psykosociala faktorer betydelse m.a.p. såväl etiologi till sjukdomar och patofysiologi som till friskhet och friskhetsförlopp (normalfysiologi), och dessa olika aspekters bidrag till utveckling av olika funktioner i hjärnan.

Redan Freud pekade i sitt verk "Mourning and Melancholia" på två väsentliga faktorer som bidragande till psykopatologi, dels konstitutionella och dels tidiga erfarenhetsbaserade faktorer som förlust.

Andra viktiga bidragsgivare till att utveckla kunskaper om negativa och svåra psykosociala faktorer betydelse för den fortsatta utvecklingen och förhöjd risk för psykisk sjukdom, har varit arbeten av Anna Freud om splittrade familjer kring 2:a världskriget, René Spitz studier av barn separerade från sina mödrar samt Bowlbys studier av attachment och separation och Mary Ainsworths studier av spädbarns reaktioner vid separation och återförening vid olika typer av attachment.

Som resultat av sin psykosocialt inriktade avhandling om 222 Stockholmspojkar myntade läkaren Gustav "Skå" Jonsson begreppet *det sociala arvet intill tredje led* när han påvisade hur negativa psykosociala faktorer och samhällsattityder förmedlades från far till son i tre generationer.

Många studier av möss och apor har visat hur kortvarig separation från modern har direkta neuroendokrinologiska effekter på den homeostatiska balansen i kroppens stresssystem samt att långvarig separation har direkt toxisk effekt och kan leda till permanenta skador i form av neuronförlust i hippocampus med åtföljande minnesförsämring både i det implicita och explicita minnet.

Att hereditära faktorer har betydelse är ett ofrånkomligt och etablerat faktum. Ett annat faktum är att bara ca 60 procent av depressioner svarar på etablerade antidepressiva behandlingar (hur ser det ut inom psykos- och missbruksvård?). Både forskning på råttor och apor har pekat på den extrema stress som uppstår vid tidig förlust av modern (förlust av en anknytningsperson). Studier av barn uppvuxna på barnhem pekar i liknande riktning. Även andra tidiga svåra psykosociala upplevelser som stressade barndomsförhållanden med psykisk och fysisk misshandel, sexuellt utnyttjande och upplevelser av osynlighet, mobbing, brist på intresse, medkänsla, engagemang och bekräftelse, beröm och uppmuntran, otillräcklig fysisk tröst, ständigt bråk och konflikter, problem i skola och på arbetsplats, psykiskt störda föräldrar och missbrukande föräldrar är höggradigt representerade bland depressioner och ångestpatienter. Problemet är att dessa Z-diagnoser (DSM-10, s 726-) pga tidsbrist eller omedvetenhet inte alltid utforskas i anamnestagandet.

Forskning inom attachment och olika psykoterapierna har visat på vikten av känslomässig utveckling, lagring av positiva erfarenheter i minnen och att kognitivt och känslomässigt processande av lagrade negativa upplevelser och erfarenheter med koppling till olika dysfunktionella beteenden blivit allt viktigare delar i förståelse för konsekvenser för den etiologiska kedjans positiva eller negativa utveckling.

Aron Beck har i sina böcker noggrant beskrivet triaden tanke-känsla-beteende samt olika schemata lagrade i minnen och till dessa kopplade olika tankar och känslor som centrala i ett flertal sjukdomsprocesser som depressioner och ångest och personlighetsstörningar och också visat är de är behandlingsbara med hjälp av KBT. I kliniska sammanhang och vanligen vid svåra och komplexa fall är det en klar fördel med att kombinera den terapeutiska behandlingen med mediciner och vb multimodal behandling eller andra interventioner t.ex. case management.

Den biopsykosociala människan – ett inlärnings- och utvecklingsperspektiv

En levande organism är utsatt för ett konstant flöde av energi i form av information och känslor. Den del av detta flöde som har någon form av betydelse för ett överlevnadsvärde för individen bevaras i form av minnen. Den första minnespåverkan som den nyfödde utsätts för är troligen det som kallas *prägling* och som sannolikt kan ses som det första steget i den attachment-process som Bowlby beskrivit.

Redan på fosternivå har man emellertid påvisat enkla minnen (förknippningar) mellan moderns röst och lugnande beteende vilket också kan antas vara en del av attachment-processen. Från födelsen systematiseras i det vårdande och uppfostrande arbetet den inlärningsdrivande påverkan som barnet utsätts för.

Från inlärningspsykologin har vi lärt oss om hur Pavlovs experiment med klassisk betingning och Watsons påvisande av inlärd olust/fruktan baserad på klassisk betingning pekar på de första grundläggande principerna för hur inläring genom enkel förknippning/association, mellan från början helt orelaterade händelser snabbt etableras oberoende av barnets eget beteende och om barnet vill eller inte vill lära sig. Barnet behöver alltså inte utföra något aktivt för denna typ av inläring och biologiska förändringar i form av minnen och förnyade minnen.

Denna grundläggande inläring är emellertid inte bara passiv utan har påvisats ha ett prediktivt värde vars innebörd är "efter a så följer b" eller uttryckt i några mer konkreta exempel: "när klockan ringer så kommer mat" eller "när ögonbrynen är ihopdragna så kommer ilska" eller "höjd hand och ihopdragna ögonbryn signalerar bråk" eller "leende och utsträckta händer signalerar omvårdnad".

På en något "högre" inlärningspsykologisk nivå finns Skinners begrepp "instrumentell betingning" där barnet får en belöning för vissa beteenden eller utebliven belöning för andra, eller direkta tillrättavisanden och korrigeringar i syfte att minska risken för att farliga eller oönskade beteenden upprepas. Det nya i denna typ av inläring är att ett aktivt beteende från barnets sida åtföljs av en förstärkning (belöning, bekräftelse) i någon form som t.ex. ett leende, berömande ord, en kram eller ett uppskattande ögonkast utdelat i mer eller mindre medvetet syfte att öka sannolikheten för att ett "bra" (konstruktivt, adaptivt) beteende skall upprepas.

Några andra centrala begrepp i denna ständigt pågående inlärningsprocess som konstant förändrar hjärnans biologi, vilket är den väsentliga grunden för etablering av minnen, är stimulusdiskriminering (skilja mellan stimuli t.ex. mammas och pappas röster eller ansikten) och stimulusgeneralisering (se likheter mellan stimuli), responsdiskriminering (bete sig olika i olika situationer) och responsgeneralisering (bete sig lika i olika situationer t.ex. hälsa vänligt på både kända och nya kontakter) samt transfer (t.ex. att kunna överföra ett beteende/kunskap från en situation till en annan t.ex. gå och balansera till cykling, åka skidor, tillämpa problemlösningstrategier mm). Transfer är mer komplext än generalisering.

Dessa grundläggande inlärningsprinciper leder gradvis till att barn lär sig etikettera objekt och företeelser både i sin omvärld, på sig själva och andra. Ord som mamma, pappa, katt, hund, stol, bord, säng, snäll, dum, bra, äta, ledsen, glad, arg, nyfiken får efterhand en mening (innehåll) och ett sammanhang (kontext).

Barn utvecklar tidigt intentioner och får efterhand en kunskap om orsak-verkan, förutsägbarhet, konsekvenser, förutsättningar och ordningsföljd samt ett tidsbegrepp. Denna utveckling möjliggörs av en fortgående biologisk utveckling av bl.a. det explicita minnet från c:a 2 års ålder och som möjliggör lagring av fakta, händelser, språklig utveckling och språklig tankemässig bearbetning av fakta och känslor. Det implicita minnet som i hög grad är kopplat till höger hjärnhalva och dess sätt att processa och minnas information är utvecklat från födelsen.

På ännu högre inlärningsnivåer tillkommer successivt medveten imitation (mer aktivt är härmning), mer abstrakt begreppsbyggnad och problemlösning (som kräver högre former av tänkande som analys, syntes och värdering), funktioner som är kopplade till prefrontala cortex.

De erfarenheter som barnet, tonåringen och den vuxne individen möter lagras i minnen och innebär att det kontinuerligt sker biologiska förändringar i hjärnan.

Erik Kandel (Nobelpristagare i medicin 2000) har visat att detta sker dels genom stimulering av synapsutvecklingen (bildning av korttidsminnet) och dels genom genpåverkan och därmed förändringar av proteinproduktionen i nervcellerna (långtidsminne).

Hälsa och ohälsa i ett stress-sårbarhetsperspektiv

Av ovanstående följer dels att det finns en biologisk sårbarhet p.g.a. ärftliga faktorer, men också att denna biologiska sårbarhet kan påverkas i olika riktningar av psykosociala faktorer.

Hälsobefrämjande faktorer för både det sårbara eller mindre sårbara spädbarnet är t.ex. de vårdbeteenden/den dynamiska interaktion som kan förmedlas inom ramen för "secure" attachment dvs. ett tryggt och förutsägbart beteende från vårdgivarens sida med avseende på intoning av vitalitetsaffekter, identifiering och hjälp med reglering och tillfredsställelse av behov samt reduktion av spänning och olust, närhet, feedback via olika åtgärder som kroppskontakt, mimik, kroppslig och verbal kommunikation samt stimulans, delaktighet och "reparation" när det uppstår konflikter och svårigheter (återställande av balans och trygghet). Med andra ord, att vårdnadshavaren bemöter barnets behov med en reaktion och ett förhållningssätt som befäster en trygg anknytning där affektiv och kognitiv information kan processas på ett funktionellt sätt.

Mycket av detta är också tillämpligt på äldre barn och vuxna i den terapeutiska situationen.

Det är alltså centralt att vårdnadshavaren (förälder, men samma sak gäller också lärare och professionella i olika typer av sjukdomsroller) själv har förmåga att processa och integrera affektiv och kognitiv information så att barnets/elevens/patientens behov möts på ett funktionellt sätt med en reaktion som både befäster en trygg anknytning och befrämjar en positiv utveckling vad gäller det växande barnets/elevens/patientens kunskaper, färdigheter och förhållningssätt till sig själv, andra och omvärlden.

De förhållningssätt som representerar olika former av osäker attachment (undvikande/ambivalent och oorganiserat/kaotiskt) är föräldrabeteenden som både motverkar utveckling av hälsa och friskhet och dessutom medverkar till mer eller mindre konstant och oförutsägbart stress. Den som blir utsatt för detta, vare sig det är spädbarn, barn, tonåring eller vuxen, vet aldrig vad som kommer att hända vilket ger en negativ påverkan på det biologiska systemet dels via HPA-axeln ("stressaxeln") och som i svåra fall och i tidig ålder kan vara direkt toxiskt och vävnadsdestruktivt. Det kan även vara tanke- och känslomässigt destruktivt dels genom att ge ofullständiga/bristfälliga eller felaktiga/dåliga mentala representationer och inre arbetsmodeller av sig själv och andra i minnen och den inre tankevärlden och dels i form av störd känslomässig utveckling.

Den yttersta konsekvensen av detta är maladaptivt beteende och direkt eller indirekt (t.ex. genom missbruk) ökad risk för psykisk och somatisk sjukdom.

En central innebörd i "stress-sårbarhetsmodellen" är således, ju mer inslag det föreligger av biologisk sårbarhet i kombination med ökade inslag av psykosociala stressfaktorer som man inte själv kan kontrollera, desto större är sannolikheten för en förändrad biologisk påverkan i negativ och sjukdomsinducerande riktning, och desto mindre är sannolikheten för utveckling av adaptivt beteende och en hög funktionsnivå.

Björn-Erik Thalén

Överläkare allmänpsykiatri, legitimerad psykoterapeut samt handledare i KBT, PhD

Fortsättning följer i nästa nummer!



Posterutställning på Svenska Psykiatrikongressen 2014

Är du intresserad av att presentera din forskning, ditt vetenskapliga arbete inom specialisttjänstgöringen i psykiatri eller ett kvalitetsarbete som en poster vid Svenska Psykiatrikongressen 2014, 12-14 mars i salong 11?

Tveka inte att anmäla ditt bidrag till programpunkten:

Unga forskare och läkare presenterar.

Maila ett abstract på poster som ska innehålla 250 ord med en kort beskrivning av bakgrund, metod, resultat och konklusion senast 1 februari 2013 till Olle.Lidman@sll.se

ANNONS

Patologiskt internetmissbruk, depression och suicidalitet hos ungdomar

Bakgrund

Internet är en del av vardagslivet för de flesta tonåringar, vilka gradvis har blivit alltmer beroende av internet som kommunikationsverktyg, fritidsintresse och informationskälla. Samtidigt har man blivit mer och mer klar över att en överdriven internetfixering kan ha skadliga effekter. Man talar om ett internetmissbruk, ett tvångsmässigt internetberoende, ett patologiskt internetberoende. Beteendet kan begreppsmässigt uppfattas som en form av impulskontrollstörning och beroendesjukdom. Internetmissbruk har många av de karaktäristiska drag som man finner vid spelmissbruk, exempelvis abstinens- och toleranssymtom, humörsvängningar och återfall. Det är också de diagnostiska kriterierna för spelmissbruk, enligt DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), som Young (Young 1998) utgick ifrån vid utarbetandet av skattningsskalan för internetmissbruk, the Young Diagnostic Questionnaire (YDQ). Enligt YDQ visar ett jakande svar på ≥ 5 av följande frågor på ett patologiskt internetmissbruk (PIU, pathological internet use).

1. Helt upptagen av internet
2. Känner ett behov att stanna online längre tid för att bli tillfredställd
3. Upprepade och misslyckade försök att kontrollera och minska internetberoendet
4. Rastlöshet, missmodighet, depression eller irritation vid försök att skära ned på eller sluta använda internet
5. Stannar online längre tid än man avsett från början
6. Äventyrar och riskerar att förlora ett betydelsefullt förhållande, arbete, utbildning eller möjlighet till karriär på grund av internetberoendet
7. Ljuger för familjemedlemmar, terapeuter och andra för att dölja omfånget av internetanvändning
8. Använder internet som en möjlighet att fly undan från bekymmer eller för att minska en känsla av svårmod

Skattningsskalan the Internet Addiction Test (IAT) är en vidareutveckling av YDQ, som gör det möjligt att även skatta missbrukets svårighetsgrad som lindrigt, moderat eller svårt. En annan skattningsskala ofta använd i de asiatiska länderna är the Chen Internet Addition Scale.

Men det är naturligtvis inte teknologin internet per se som är problemet. För närvarande saknas kunskaper om vilken eller vilka nätaktiviteter som kan vara beroendeframkallande.

En gemensam brist hos de nämnda skattningsskalorna för PIU är att de inte differentierar mellan olika internetaktiviteter som exempelvis att maila, skicka sms, chatta, blogga, surfa, googla, spela spel och att delta i olika sociala nätverk.

Prevalens

Förekomsten av PIU skiljer sig avsevärt mellan olika länder och kulturer. För ungdomar och unga vuxna har prevalenser mellan 0,9-39,9 % rapporterats från asiatiska länder, mellan 2-18,3 % i europeiska länder och 0,3-8,1 % i USA (Durkee et al 2012). De stora variationerna grundar sig sannolikt på såväl avsaknaden av en standardiserad definition och diagnostiska kriterier på PIU som på urvalet av population samt vilka nätaktiviteter som studerats.

I studien Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) använde sig forskarna av YDQ för att bestämma förekomsten av internetmissbruk. SEYLE är en longitudinell, randomiserad kontrollerad multicenterstudie av europeiska tonåringars psykiska hälsa och riskbeteenden samt utvärdering av olika interventioner i 11 europeiska länder med NASP i Sverige som vetenskaplig koordinator (Wasserman D 2010). För att kunna ange svårighetsgraden av internetmissbruk gjordes en uppdelning i tre grupper där 0-2 symtom bedömdes som en anpassad internetanvändning, 3-4 symtom bedömdes som maladaptivt användande, MIU (Maladaptive Internet Use), och ≥ 5 symtom bedömdes som ett patologiskt internetmissbruk (PIU). Det var en något högre förekomst av MIU bland flickor (14,3 %) än bland pojkar (12,4 %), men signifikant fler av pojkarna hade PIU (5,3 %) jämfört med flickorna (3,8 %) ($p < 0,001$).

Det fanns stora skillnader mellan länderna. Förekomsten av såväl MIU som PIU var högre i tätorter än på landsbygden. Det behövs ytterligare studier för att kunna avgöra om orsakerna grundar sig på tillgänglighet till internet, folktäthet, kulturella skillnader eller ekonomiska och psykosociala faktorer.

Internetmissbruk och psykisk störning

Flera studier har visat att internetmissbruk påverkar ungdomars psykosociala välbefinnande (van Eijden et al 2008). PIU blev, trots flera förslag (Block 2008), inte inkluderad i DSM-5, utan omnämns istället i DSM-5 appendix, som en av de psykiska störningar som kräver ytterligare utforskning.

Ett av motargumenten för att PIU inte borde inkluderas i DSM-5 är att PIU alltid tycks samexistera med andra psykopatologiska tillstånd och därför inte kan klassificeras som en enskild diagnos (Byun et al 2009).

Vladimir Carli och hans medarbetare från NASP har gjort en systematisk genomgång och utvärderat studier som gjorts över samsjuklighet mellan PIU och psykiska sjukdomar (Carli et al 2013). Totalt inkluderades tjugo studier i metaanalysen, varav 16 genomfördes i asiatiska länder, 12 i Kina och 4 i Sydkorea. Studierna visade genomgående ett signifikant samband mellan PIU och depression samt ADHD, men resultatet bör tolkas med viss försiktighet, skriver författarna, eftersom samtliga studier utom en hade mycket låg vetenskaplig evidens. Å andra sidan visade även de fyra studier som gjorts på vuxna i Kina, Sydkorea, England och USA, och där effektstorleken enligt Cohens d varierade mellan medelhög och hög, på ett signifikant samband mellan PIU och depression.

Depression och självmordsnärlighet

Precis som hos vuxna är depression mycket vanligt bland ungdomar. Enligt en översikt av Gladstone och medarbetare är livstidsprevalensen för ungdomar 15-18 år omkring 14 % och det har beräknats att 20 % av alla ungdomar kommer att ha haft en depressiv episod när de fyllt 18 år (Gladstone et al 2011).

Depression är vanligt förekommande vid självmordsnärlighet. Cirka 90 % av de som suiciderat var deprimerade vid tidpunkten för självmordet. Livstidsförekomsten av självmordstankar, självmordsplaner och självmordsförsök har beräknats till 12,1 %, 4,0 % respektive 4,1 % i en studie av amerikanska ungdomar mellan 13-18 år. Utvecklingen mot självmordsförsök skedde i de flesta fall inom ett år från det att självmordstankarna först uppträtt, vilket stöder uppfattningen att självmordstankar är ett användbart mått på suicidalitet (Nock et al 2013).

Internetmissbruk och självmordsbeteende

Det finns hittills endast ett fåtal studier som ägnat sig åt samband mellan PIU och suicidalitet. Två studier av mindre omfång har studerat kinesiska (Fu et al 2010) respektive sydkoreanska ungdomar (Park et al 2013). I en tredje multicenterstudie har man studerat ungdomar från 11 europeiska länder (Kaess et al 2013).

I den kinesiska studien av 208 ungdomar mellan 15-19 år, fann man ingen signifikant skillnad i PIU mellan könen. Prevalensen för PIU var 8,4 % (95 % CI 2,2-13,3) och 4,5 % (CI 0-8,9) för pojkar respektive flickor. Skattningarna upprepades efter ett år. Ungdomar med ≥ 5 symptom på internetmissbruk enligt YDQ vid första mättillfället hade signifikant ökad depression och självmordstankar vid andra mättillfället. I den koreanska studien av 795 ungdomar, varav 538 flickor och en medelålder på 13,9 år (SD 1,51) fann man att PIU signifikant ökade risken för självmordstankar (OR=5,2; 3,30-10,26, $p<0,001$) och depression (OR=5,00; 2,88-8,66, $p<0,001$).

Analys av orsakssambanden med en model pathway-analys visade att PIU signifikant predikterade depressiva symptom, vilket i sin tur predikterade självmordstankar.

Kaess och Durkee och deras medarbetare baserar sina resultat och slutsatser på material hämtat från SEYLE (Kaess & Durkee et al 2013). Studiens målsättning var att studera samband mellan PIU och psykisk sjukdom och suicidalitet samt geografiska och kulturella skillnader. Undersökningen omfattade 11 356 ungdomar (6500 flickor och 4856 pojkar) med en medelålder på 14,9 år (SD 0,88), från 11 europeiska länder. De deltagande länderna var Estland, Frankrike, Irland, Israel, Italien, Tyskland, Ungern, Rumänien, Slovenien, Spanien och Österrike.

Förekomsten av PIU i de 11 europeiska länderna har redan beskrivits i ett tidigare avsnitt av denna artikel (Durkee et al 2012). 17 % av ungdomarna med MIU hade medelsvår eller svår depression och 16 % hade medelsvår eller svår ångest. 33 % av ungdomarna med PIU hade medelsvår till svår depression och 28 % medelsvår till svår ångest. Man fann ett signifikantsamband mellan PIU och depression (BDI, $p<0,001$) och PIU och ångest (Z-SAS, $p<0,001$) samt mellan PIU och självmordstankar (PSS; $p<0,001$) och självmordsförsök (PSS; $p<0,003$). Även mellan PIU och uppförandestörning (SDQ; $p<0,001$) och PIU och ADHD var sambandet signifikant (SDQ; $p<0,001$). Det fanns stora överraskande könsskillnader: sambanden mellan internetmissbruk och depression och ångest var starkare hos pojkarna, medan sambanden mellan PIU och uppförandestörningar och ADHD var starkare hos flickorna. Däremot hittade man inga könsskillnader avseende PIU och självmordsbeteende.

Författarna anser i likhet med andra forskare på området att det sannolikt finns ett dos-responsförhållande mellan graden av internetmissbruk och psykisk sjukdom. Ungdomar med MIU hade en ökad risk för psykiska störningar jämfört med ungdomar utan internetmissbruk, och de svåraste formerna av samtidig psykisk sjukdom och självmordsnärlighet fanns hos gruppen med PIU.

Teoretiskt sett borde det alltså vara möjligt att bromsa upp och förebygga utvecklingen mot PIU, om man kunde identifiera ungdomar med MIU och ge dem lämplig behandling. Ett snabbt och tidigt ingripande är också synnerligen viktigt ur ett suicidpreventivt perspektiv, med tanke på hur snabbt självmordstankar kan utvecklas till självmordsförsök och fullbordat självmord. Det är oklart om det är psykiska besvär med ångest, missanpassning, ensamhetskänslor och nedstämdhet som driver ungdomarna in i ett ökat internetberoende i en slags copingstrategi, eller om utvecklingen är den omvända. Fler och longitudinella studier behövs för att klarlägga orsakssammanhangen. Med tanke på de i symtomatologin ingående variablerna impulsivitet och tvångsberoende skulle kanske ett dimensionellt synsätt på PIU underlätta förståelsen för hur syndromet utvecklas.

Rigmor Stain

**Dr Med Sci, Docent i Experimentell trombocytforskning
Redaktör för Nyhetsbrevet vid Nationellt centrum för
suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Karolinska
institutet, Stockholm (NASP)**

Danuta Wasserman

**Professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet
Chef för Nationellt centrum för suicidforskning och prevention
av psykisk ohälsa (NASP vid KI och SLSO)**

**President för European Psychiatric Association (EPA)
Director for WHO Collaborating Centre**

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



Välkommen till BUP Skåne Malmö 23-24 april, 2014

Temat på 2014 års **BUP-kongress** är

Från **Första linjen till specialistpsykiatri**

Boka in den
23-24 april, 2014

i din kalender redan nu!

Hela programmet kommer under december, då du även kan anmäla dig.

Professor **Ruth Feldman**, en av huvudtalarna, kommer att prata om anknytning utifrån **samverkan mellan biologi och beteende**, och hur överföringen sker mellan generationer.

En annan av huvudtalarna är docent **Sven Bremberg**, hans föredrag handlar om **risk- och skyddsfaktorer** för psykisk ohälsa.

Till detta kommer ett antal symposier som spänner från **Första linjen** till den **specialiserade** barnpsykiatrin.

Välkommen!



PSYKIATRIFONDEN

-din möjlighet att göra skillnad

Det finns ett stort behov av både mer kunskap om psykiatriska sjukdomar och utveckling av psykiatrisk vård. I det syftet startades Psykiatrifonden, en nationell skattebefriad fond, den 27 januari 1993. Det uttalade ändamålet var att samlas in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet, inte minst beträffande våra stora folksjukdomar som depression och schizofreni. Sedan dess har Psykiatrifonden årligen delat ut medel för forskning och verksamhetsutveckling inom psykiatri.

Unga forskare

De senaste åren har Psykiatrifonden särskilt uppmärksammat *unga forskare* i starten på sin forskarkarriär. Att erhålla medel som nybliven doktorand betyder ofta mycket både för möjligheten att fortsätta forskningen, men också för självkänslan. Det är inte alltid lätt att bedriva forskning och kvalitetsutveckling.

Minskat stigma

I många fall har Psykiatrifonden också valt att belöna arbete som bidrar till att *minska det stigma* som ofta är förknippat med psykiska sjukdomar. Sedan 2009 delar Psykiatrifonden ut ett särskilt pris för arbete mot fördomar. I år delades det ut till Sofia Åkerman för hennes fleråriga engagemang som bidragit mycket till att öka kunskapen om unga som mår dåligt och skadar sig själva.

Ditt bidrag gör skillnad

Som ideell förening är Psykiatrifonden helt beroende av donationer och medlemsavgifter. Om du därför vill bidra till att Psykiatrifonden ska kunna fortsätta sitt viktiga arbete finns möjligheten att när som helst donera ett belopp eller ansöka om medlemskap. Ditt bidrag gör hela skillnaden.



Foto: Privat

Simon Kyaga
Sekreterare
Psykiatrifonden

Erhöll medel 2008 vilket möjliggjorde en studie om kreativitet och psykisk sjukdom.



Plusgirokonto 900750-1
Bankgirokonto: 900-7501
www.psykiatrifonden.se

ANNONS

Hur kan en vuxenpsykiatrisk mottagning samverka med vårdgrannar och slutenvård?

Behovet av psykiatriska insatser för människor i svensk sjukvård är stort. Därför kan inte alla patienter gå i den psykiatriska vården. Vi kan i psykiatrin göra viktiga insatser med att arbeta indirekt och stödja våra vårdgrannar. Skämtsamt kan vi kalla detta för "lean production", då det spar tid och pengar. Det handlar om att man kan vända sig till oss för råd och synpunkter omkring en egen patient/omsorgstagare, ett möte/konsultation utan att patienten eller omsorgstagaren flyttar till psykiatrin, och efter resurser också utbildningsinsatser. Självklart samverkar vi också omkring patienter som har kontakt med psykiatrin och annan vårdgranne. Ett exempel här kan vara när vår patient får trassel med arbetsförmedlingen, då sitter vi ned med patienten, handläggaren från arbetsförmedlingen och försöker reda ut det hela. Ibland har vårdgrannen som kan ha det mer stressigt än vi i psykiatrin inte ork eller lust att ställa upp och då får vi bli mer tuffa och ändå få till ett möte. Jag har erfarenhet av det och det går om man blir tydlig.

Om enhetschefer hade mandat och befogenheter vore samverkan vårdgrannar emellan mycket lättare. En bra samverkan finns på ett ställe med en mottagning för missbrukare på deltid med socialsekreterare, sjuksköterska från psykiatrin och läkare från primärvården. På deltid vore det inte svårt för olika vårdgrannar att gå ihop med vissa specialiserade mottagningar. Tyvärr har enhetschefer inte det mandatet. Varje enhet skall spara och försöka få andra att ta kostnaden.

När jag hade läst psykologi och sedan läste pedagogik blev jag väldigt förvånad att de två institutionerna inte på något sätt kunde samverka. Jag präglade då axiomet att ju närmare två enheter är i sitt kunskaps/verksamhetsområde, ju svårare har de att samverka. Tyvärr kan man ibland se det här mellan öppenvård och slutenvård i psykiatrin. Det är viktigt att förstå varandras och våra vårdgrannars resurser och verksamhetsområden. Då måste man sluta att tala illa om varandra. En enhet som har kris idag och inte fungerar, talar gärna illa om en annan enhet, men det hjälper inte.

Primärvården

Man bör ha ett tydligt skriftligt samverkansavtal med primärvården om t.ex. vilka patienter som i princip tillhör psykiatrin och vilka som tillhör primärvården, delvis också beroende på primärvårdens resurser för t.ex. kriser och stress. Utgångspunkten är ju att den psykiatriska mottagningen har ett definierat upptagningsområde och att överenskommelsen görs mellan mottagningen och berörda enheter inom primärvården. Samverkansavtalet skall vara mellan oss som "arbetar på golvet"! Två gånger per halvår bör mottagningen ha ett planeringsmöte med berörda primärvårdsenheter angående hur samverkan, remisser, telefonkonsultationer och annat fungerar. Från den psykiatriska mottagningen deltar en ansvarig överläkare, en leg. psykoterapeut och en sjuksköterska riktad mot kommunen. Mötet är i typfallet cirka 2 timmar och då finns tid även för konkret diskussion om patienter.

Allmänläkarna skall lätt kunna nå psykiatern per telefon för råd och diskussion. Det här är inte tekniskt svårt att hitta modeller för, om det finns tillräckligt många sekreterare på mottagningen. När en allmänläkare ringer till psykiatern för att få synpunkter t.ex. på medicinering eller annat, kan allmänläkaren i sin anteckning skriva att han rådfrågat psykiatern, men allmänläkaren har det totala ansvaret för patienten. Psykiatern skall inte göra någon journalanteckning och har inte ett medicinskt ansvar. Det får man först om man sett patienten öga mot öga. När det gäller att samverka i det psykiatriska teamet utan att psykiatern har sett patienten återkommer jag till det i min sista artikel.

Å andra sidan kan överläkaren i psykiatri också behöva rådfråga en allmänläkare om somatiska frågeställningar. En bra relation ökar kvaliteten för den enskilda patienten. Psykiatern tar upp synpunkterna från allmänläkaren på patienten i sin journalanteckning men allmänläkaren är inte på samma sätt medicinskt ansvarig vid telefonrådgivning.

Om det är många primärvårdsenheter t.ex. i storstad, bör ett patientkonsultationsmöte hållas en gång per månad med en överläkare från psykiatri och med de allmänläkare som behöver konsultationsdiskussion. Ibland är det också praktiskt att psykiatern gör en bedömning av en patient på vårdcentralen istället för remiss om övertagande.

Vuxenhabiliteringen och kommunernas LSS-boenden

När en utvecklingsstörd person eller med svår autism eller Aspergers syndrom får psykiska symptom är bilden väldigt annorlunda jämfört med våra andra patienter. Här behövs särskild kunskap om diagnos, vad som är kroppsligt orsakat, orsakat av grundstörningen, orsakat av omgivningsfaktorer m.m., och hur behandling skall ske. En överläkare och en psykolog på den psykiatriska mottagningen bör skaffa sig specialutbildning i området. Ofta har patientgruppen för hög psykofarmakemedicinering.

Tidigare fanns särskilda omsorgsöverläkare (psykiatriker, neurologer, barnläkare). När nya omsorgslagen infördes 1985 nedlades omsorgsläkarsystemet. Detta var ett politiskt beslut och utgör en skamfläck i svensk sjukvård som ingen talar om. En snäll tolkning var att alla skulle normaliseras och vända sig till den vanliga sjukvården; dvs. till allmänläkare och psykiatrer utan specialkunskap. Det är ofattbart att vuxenhabiliteringen inte verkar få införa specialläkare igen. Eftersom det här är en medicinskt så eftersatt patientgrupp, måste tid avsättas och även tid för diskussion om samverkan. Ofta är handläggarna på habiliteringen mycket duktiga på den vardagliga kontakten men behöver hjälp med medicinska och psykiatriska frågor. Det innebär inte att man behöver överta patienten. Ett exempel är en patient med rätt utpräglad Aspergers syndrom. Patienten får lite ångestdämpande medicin, kollar själv på nätet kognitiva behandlingsåtgärder som patienten får öva praktiskt med kontaktmannen på habiliteringen och sedan enstaka besök hos psykiatern inte minst också för diskussion av existentiella frågor. Hur lever man sitt liv med sina besvär?

I de flesta LSS-boenden finns inte någon specialutbildad sjuksköterska eller stadig läkarkontakt vid behov. Däremot är personalen många gånger mycket duktiga och får ibland handledning från vuxenhabiliteringen. Här behövs ibland också specialinsatta åtgärder från psykiatri.

Äldreomsorgen

Inom vissa landsting finns geropsykiatriska specialister som kan vara geriatriker eller psykiatriker. Dessvärre saknas inom vissa landsting totalt psykiatriska specialister som är inriktade mot området. En elak tolkning är att det inte är intressanta patientgrupper. Även här behövs på en psykiatrisk mottagning överläkare som skaffar sig specialkunskap.

Man ser patienten på det särskilda boendet. Fördelen med att göra konsultationen på boendet är att också få uppgifter från t.ex. kontaktpersonen och sjuksköterskan, vilket ger en bredare kunskap även om kontakten med patienten är det viktigaste. Inom vissa kommuner finns en specialutsedd medicinsk kunnig läkare som ansvarar för de boende. Då är det väldigt lätt och trevligt att per telefon och eller efter bedömningar samverka. Tyvärr är det inte ovanligt att sjuksköterskan på ett boende är lämnad utan medicinskt stöd; allmänläkare/hyrläkare som kommer och går. När man kommer till ett sådant boende hugger sjuksköterskan tag i en om man får nog tydliggöra vad som är psykiatrins uppgift.

Beroende på mottagningens upptagningsområde, om det finns en eller flera kommuner eller storlek på kommunen, fördelas en eller flera sjuksköterskor som kontaktpersoner mot lämplig personalgrupp, oftast kommunsjuksköterskor.

Kommunpsykiatri

Att hjälpa till med mottagningens patienter med allvarlig psykisk sjukdom som finns på olika typer av kommunala boenden och/eller deltagar i kommunens olika dagverksamheter är ju så självklart att det vore pinsamt att behöva beskriva det närmare. Patienterna tillhör ju också psykiatri. Successivt blir samverkan mellan psykiatri och kommunpsykiatri allt bättre efter den brist på samverkan som uppstod i samband med "Psykiatdelreformen". På den psykiatriska mottagningen är det lämpligt att en eller flera sjuksköterskor blir kontaktpersoner.

Socialtjänstens enheter för individ och familj och för missbruksverksamhet

Psykiatri behöver självklart samverka med socialtjänsten och hjälpa socialtjänsten med bedömningar. En del av psykiatrins patienter har ju dessutom försörjningsstöd/socialbidrag. Ofta kan samverkan också innebära stöd med kommunal sysselsättning, praktik eller andra arbetsuppgifter och då samarbete med t.ex. arbetsförmedling. Att sitta ner med patient, socialsekreterare, arbetsledare eller annan tjänsteman kan bidra till bättre kvalitet. I denna samverkan är det den medarbetare som träffar patienten på mottagningen som samverkar.

Överläkaren behöver dock ibland kliva in framför allt för olika typer av läkarintyg som socialsekreteraren då kan luta sig emot för att få igenom stöd. Ibland behöver vi också hjälp med utredningar om barn som far illa. Finns det samverkanskanaler är det lättare och kan ibland bli riktigt bra även för föräldern.

En kurator på den psykiatriska mottagningen kan ofta vara den lämpliga kontaktpersonen mot socialtjänsten, och som är lätt nåbar. Samverkan bygger på att man förstår varandras verksamhet.

Det ger också respekt för varandra och de olika resurser som finns. Man måste därför ha ett eller flera övergripande möten mellan socialtjänst och psykiatri per år för att dra upp riktlinjerna, gärna skriftligt, för samverkan.

Samverkan med försäkringskassa och arbetsförmedling

Det är vanligt att man sitter ner på den psykiatriska mottagningen med patient, handläggare från försäkringskassan och ibland också från arbetsförmedlingen. Försäkringskassans handläggare har fått ett allt svårare arbete och ibland försökts av högre chefer (som inte har patientkontakt) hitta anledningar till att försöka underkänna sjukskrivningar och sjukpension. Tidigare har också läkarintygen ofta varit dåligt formulerade. Det är därför mycket viktigt att samverka. Många handläggare är duktiga och vill hjälpa till att hitta lösningar. Vi i psykiatrin måste också lära oss och förstå hur försäkringskassan arbetar och deras regler. Lär vi oss samverkan blir våra läkarintyg mycket tydligare och det blir bättre kvalitet för patienten.

Samverkan med skola

Självklart skall skolsjuksköterska och skolkurator ha en lätt väg att få kontakt med lämplig person inom den psykiatriska mottagningen. Även här är det bra med en kontaktperson och kanske ett eller två möten varje år om samverkan. På en mottagning fick vår PTP-psykolog ansvara som kontaktperson. Han utvecklades och var mycket duktig. Om det inte finns en specialmottagning för unga vuxna bör den allmänpsykiatriska mottagningen särskilt prioritera att unga vuxna (18 -25 år) snabbt får tid utan remissdiskussion. Enligt min uppfattning bör man här snabbt göra en bedömning. Inom vissa områden finns ungdomsmottagningar och samverkan med dem gör att de ibland kan göra bedömningen.

Samverkan med barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri är inom många landsting en resurssvag organisation med få anställda i förhållande till behovet. Tyvärr händer ibland att patienten på sin 18-årsdag tvärt utan samverkan skickas över till vuxenpsykiatri. Det bör vara tydliggjort hur samverkan sker med barn- och ungdomspsykiatri, hur framför allt en successiv överslussning sker med patienten till vuxenpsykiatri innan det blir tryggt med den nya kontakten. En annan typ av samverkan är när någon av våra patienter har barn som också har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. På en enhet jag arbetat på hade man under en lång period en på deltid gemensam mottagning mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri för unga vuxna, då mellan 16 och 25 år.

Bra samverkan med slutenvården

Det förekommer att en hårt pressad slutenvård och en hårt pressad öppenvård talar illa om varandra. Här måste man förstå varandras verksamhet. Vid längre avstånd kan man ha regelbundna videokonferenser. Datajournalerna utgör här en bra samarbetsmöjlighet. Självklart måste man ibland improvisera men man bör ha en tydlig skriftlig uppgörelse över hur samverkan skall ske.

På en mottagning jag arbetade på med nära avstånd till slutenvården hade vi varje vecka en behandlingskonferens mellan mottagning och slutenvård och jag kunde lägga in patienter dagtid utan att gå via jouren. Självklart måste vi från mottagningen ofta åka till avdelningen för behandlingsmöte. Tyvärr är det inte ovanligt att patienten på grund av platsbrist skrivs ut redan efter ett par dagar så att ett möte inte hinner hållas. Bättre samråd behövs ofta mellan öppenvård och slutenvård så man inte sätter in för mycket mediciner utan diskussion eller mediciner igen som man tidigare provat. Det här kan dessvärre vara svårt p.g.a. brist på läkare både i öppen- och slutenvård.

Avslutning

På många mottagningar sker nog idag en bra samverkan mellan psykiatri och vårdgrannar. Min bild är att det är mycket lättare i små tätorter och glesbygd än i stora städer. På mindre orter känner man bättre varandra och förstår vikten av att hjälpa varandra. Det fria vårdvalet är ju inte så viktigt, då man inte söker till en mottagning många mil bort. Det är nog bara rätt friska som kan göra det. Många av psykiatris patienter har inte förmågan att göra ett fritt vårdval. Viktigare för patienten som nämnts i första artikeln kan vid behov vara att få byta behandlare.

Lars Albinsson
Överläkare i psykiatri
M.D., Ph.D.

lars.albinsson@hotmail.se



Samordnare med kommunikationsbehov

Sedan 2012 finns två nationella samordnare för psykiatri i Sverige, Ing-Marie Wieselgren på Sveriges kommuner och landsting och Anders Printz på Socialdepartementet. De är bägge på Facebook, de har varsin blogg och twittrar också.

Men varför ska man följa en psykiatrisamordnare på sociala medier?

– Min uppgift handlar ju till stor del om att samla in och förmedla åsikter, trender, behov och önskemål från Sveriges kommuner och landsting. Det finns åtskilligt att göra på nationell nivå som skulle underlätta arbetet för landsting och kommuner. Ju mer jag får veta om hur saker och ting fungerar - eller inte fungerar - desto större nytta kan jag göra, menar Ing-Marie Wieselgren.

Även Anders Printz efterfrågar dialog och får också i sin position som statens psykiatrisamordnare ganska mycket frågor och debatt, främst på bloggen.

– På bloggen försöker jag kommentera debatten om psykiatri. Jag skriver också alltid om mina möten ute i landet, berättar Anders Printz.

Att använda sociala medier för kontakt utåt var självklart för bägge psykiatrisamordnarna. Drömmen om en gemensam blogg stupade dock på grafiska riktlinjer och myndighetsregler.

– Det kan verka trivialt men jag kan också förstå behovet att markera distans mellan SKL å ena sidan och Socialdepartementet å den andra. Vi har ju olika uppdrag och åsikter om hur saker ska göras - även om vi delar den övergripande visionen om en förbättrad svensk psykiatri, kommenterar Ing-Marie Wieselgren den uteblivna gemensamhetsbloggen.

Ing-Marie uppskattar bloggformatets möjligheter att föra längre resonemang och diskussioner, något som gör att hon också gärna läser andras bloggar.

Twitter ytligt men får genomslag

Både Anders och Ing-Marie twittrar med olika intensitet och Anders är den flitigare twittraren.



– Jag har ungefär 900 följare. Jag kommenterar saker jag hör och ser i psykiatrivärlden. Jag svarar oftast på tweets och får på så sätt inspel från personer med erfarenheter av psykisk ohälsa, själva eller som personal. Jag skriver inte om ett hemligt utspel som ministern planerar men mina egna saker är jag hyfsat öppen om.





Ing-Marie har cirka 350 följare på Twitter och hon twittrar "stötvis".

– Jag tycker Twitter är svårt. Formatet är så kort och jag är rädd att bli missförstådd. Det blir lätt ytligt men jag ser ju att Twitter ibland också får stort genomslag så jag försöker öva.

Facebook är den arena där Ing-Marie trivs bäst.

– Möjligheten att snabbt kombinera både text och bild, skriva långt eller kort, kommentera andras inlägg och länka till intressanta ställen på webben passar mig perfekt.

Årets resultat bra

Just nu gläds de bägge samordnarna åt resultaten från årets överenskommelse som just lämnats in till Socialstyrelsen för bedömning. Alla landsting har lämnat material för bedömning av grundkraven. Vad gäller prestationskraven ser det preliminärt också ut som om de flesta lyckats mycket bra även om det dröjer till andra december innan Socialstyrelsen lämnar sin bedömning till departementet.

– Landsting och kommuner har gjort ett fantastiskt arbete! konstaterar Ing-Marie Wieselgren. – Nästan alla kommuner och landsting har nu exempelvis information på sina hemsidor om var man ska vända sig vid olika psykosociala problem och det ser vi effekter av redan. Ungdomsmottagningen på nätet (UMO) ser exempelvis ökad trafik till sin sida, berättar Ing-Marie.

Nu pågår förhandlingarna om en ny överenskommelse för 2014.

Anders Printz har sin vision klar:

– Jag hoppas på att utvecklingsarbetet i kommuner och landsting fortsätter. Det är särskilt viktigt att det blir mer fokus på delaktighet och inflytande för brukare och klienter. Jag vill att överenskommelsen ska bidra till det. Jag hoppas också att vi har kommit längre när det gäller samarbetet mellan t.ex. Socialstyrelsen, andra myndigheter och huvudmännen så att vi får ett kunskapsstöd som är anpassat till hur kunskap används så att den gör skillnad för patienter och brukare.

Ing-Marie Wieselgren håller med och tillägger:

– Vi vet att pengar är ett starkt incitament och vi kan använda sociala medier också för att få kunskap om «biverkningar», undanträngningseffekter och andra oönskade konsekvenser. Det är centralt för oss att hela tiden ha kontakt med verksamheterna för att kunna göra rätt saker, avslutar Ing-Marie.

Läs Ing-Marie Wieselgrens blogg här: <http://psykiatrisamordning.sklblogg.se>

Läs Anders Printz blogg här: <http://www.priobloggen.se>

Läs om bloggande patienter, twittrande läkare och vita dokusåpor här: <http://tinyurl.com/kn5974w>

Lotta Jernström
Kommunikatör, Sveriges Kommuner och landsting
Foto: Printz: Pawel Flato
Foto: Wieselgren: SKL arkiv

ANNONS

Levnadsvanor ges hög prioritet

Häromdagen träffade jag regeringens psykiatrisamordnare Anders Printz. Syftet var att få tillfälle att informera om vad vi inom vår sektion gör i levnadsvaneprojektet. Självfallet är PRIO-samordnaren väl insatt i Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder och att Svenska Psykiatriska Föreningen är en del i Levnadsvaneprojektet. Jag fick berätta lite mer och vi resonerade om möjliga "ytor" där PRIO-satsningen, som redan har fokus på de psykiatriska patienternas somatiska hälsa, och projektet kan mötas. Glädjande nog pågår diskussion om att i två av kvalitetsregistren ta med parametrar som poängterar kroppen. Så bra och jag är säker på att det går att hitta mät- och uppföljningsbara värden att följa, som fungerar i den psykiatriska vården. Egentligen är det inte annorlunda här än i den somatiska. Eller i den "psykiatriska" kroppen jämfört med den "somatiska". När det blir skarpt läge kan vi från SPF och särskilt från projektet vara med i diskussionen och kanske vara remissinstans, om än inte formellt.

Vidare fick jag skicka med en önskan om att PRIO i samtalen och överenskommelserna med landstingen lyfter fram att det bör finnas en kontakt eller flera i den psykiatriska verksamheten som har ett extra ansvar för just levnadsvanorna. Ett smart sätt att haka på är att utse en Levnadsvaneambassadör, som nu under pågående projekt får både kunskap, utbildningsmaterial och ett nätverk serverat. Socialstyrelsen poängterar att det här är nästan obligatoriskt. Det är vår huvudvärk i projektet att ordna det, men i flera landsting har vi jättesvårt att hitta de rätta personerna. Kontakta undertecknad eller Yvonne Lowert om du/ni är intresserade. Vi har flera vita fläckar på kartan fortfarande.

Det var ett axplock av vad vi avhandlade. Det bästa var att det bara är en början av ett viktigt samarbete, oavsett var frågan om levnadsvanor kommer att husera efter 2014, då projektet upphör. För att det inte är en dagslända är jag övertygad om. I morse hörde jag en nyhet om en australiensisk studie som slagit fast att depression är den vanligaste "tjuven" av friska levnadsår. Tord Forsner, utredare på Socialstyrelsen, skriver i sin rapport att depression kostar 20 år av en kvinnas liv och 17 år av en mans, vilket jag bloggat om nyligen.

Hur kommer man som specialisläkare i gång? Var ska vi börja? Att mäta, väga, räkna fram BMI och att mäta midjan är en mycket god början. Det kan göras av någon annan i teamet, men att sätta de diagnoser som föreligger en ännu bättre fortsättning och vår uppgift. Även om det kan tyckas vara långt ifrån psykiatrins kärnuppdrag. Jag tänker på övervikt och fetma, tobaksbruk och det som är relevant i sammanhanget. Det finns KVÅ-koder för de åtgärder som riktlinjerna lyfter fram, ex. rådgivande samtal om fysisk aktivitet, kvalificerat rådgivande samtal om kost. Så nosa rätt på de koderna och säg till ledningen att det är smart att göra dem till vardag i vårddokumentationen. För patienternas skull i första hand förstås, men kanske också för att det är troligt att det hamnar både i register och i vårdöverenskommelser. Gissar jag från min levnadsvanekammare!

Anders Printz lät mötet och fråga följa med till PRIO-bloggen:

www.priobloggen.se i allmänhet och för inlägget i synnerhet:

www.priobloggen.se/kunskap-och-kompetens/levnadsvanor/

Så här rundar Anders Printz av sin blogg:

Somatisk hälsa är ett område där PRIO borde ha mera insatser. Det tyckte Vårdanalys i sin utvärdering och jag delar den uppfattningen. Det är Prio inför 2014.

Det värmer en psykiatrikers hjärta!

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

Ett systemiskt perspektiv på BUP

– med bland annat fokus på vår vårdgaranti

Föreliggande text har ambitionen att resonera kring den barn och ungdomspsykiatriska verksamheten i Sverige, utifrån det jag benämner ett systemiskt perspektiv med fokus på bland annat vår utökade vårdgaranti. Jag kommer vidare att beröra den multidisciplinära aspekten av vårt arbete samt en mer samhällsövergripande vinkling. Jag hoppas också visa på användbarheten av en metateori - här i form av det systemiska perspektivet.

Vad är ett systemiskt perspektiv?

Ett systemiskt perspektiv syftar förstås på begreppet systemteori vilket i detta sammanhang är ett samlingsbegrepp som hämtat influenser från logiken, kunskapsteori, kommunikationsteori, cybernetik, informationsteori, biologi, psykologi, sociologi med mera. Perspektivet är med andra ord uttalat tvärvetenskapligt och strävar efter att koppla ihop delaspekter till helheter som förhoppningsvis kan ge ett konstruktivt "ovanifrån"-perspektiv.

Det systemiska perspektivet försöker också ge ett verktyg att förhålla sig till komplexa skeenden bland annat utifrån tesen om olika logiska typer eller typologier dvs. olika sammanhangs speciella villkor och "spelregler" (Bateson 1987 och 1995)!

Två grundläggande typologier handlar om möjligheten att "styra" system, där ett karakteriseras av linjärt-kausalt uppbyggda strukturer och det andra mer bygger på cirkulär kommunikation och feedback. Den förstnämnda appellerar till möjlig styrning utifrån fysikaliska lagbundenheter inom ett naturvetenskapligt paradigm medan den andra typologin mer hör hemma i humaniorans värld.

Det finns en oändlig mängd möjliga logiska typer men det är dessa två grundläggande (och ofta på olika vis framställda) som jag kommer att referera till här.

BUP:s "dubbla" värld och den multidisciplinära aspekten

Vi uttrycker oss ibland i termer av att BUP bör ha en fot i både naturvetenskap och humaniora.

I våra stävanden att kunna greppa en stor mängd komplexitet vill vi ha en multifaktoriell utgångspunkt – se "hela" barnet. Vad är premisserna för att kunna uppnå ett sådant både/och mål? Det klassiska exemplet med lindansaren kan vara på sin plats att ta fram; vad gör denne utifrån målsättningen att hålla sig på linan? Jo som bekant ideliga korrigeringar som svårligen i detalj låter sig beskrivas men som ändå måste ske utifrån målet - här i form av att inte falla av linan.

Om vi gräver lite djupare i begreppen naturvetenskap och humaniora så är det som tidigare nämnts en av flera olika manifestationer av två grundläggande systemkomplex eller logiska typer. Benämningarna av dessa två typologier går långt tillbaka och dyker ständigt upp i olika skepnader - vårt tänkandes oförmåga att greppa både/och gör att vi gärna intar polariserande positioner.

Associationer kan göras till andra "uppdelningar" relaterat till dessa, t.ex. höger/vänster hjärnhalvors funktioner eller varför inte österlandets yin och yang, ofta kopplat till idéer om samarbete och balans!

Det faktum att det naturvetenskapliga paradigmet har sin utgångspunkt i de fysikaliska lagbundenheterna och kausala orsakssammanhang och humanioran i cirkulära komplexa strukturer som ideligen organiserar om sig själva i interaktion med omgivningen – gör det viktigt att ha en föreställning kring när det ena eller andra bör komma i förgrunden. Väl medveten om att även detta är förenklade teoretiska modeller utgör de trots allt en grund för vilka påverkansnivåer som kan vara mest fruktbart att fokusera på.

Konklusion: Utvecklingen av den multifaktoriella screeningen kan inte nog framhållas liksom formerna för feedback och uppföljning.

Det är dessa bägge delar som hela tiden styr valet av insats och det är här, i den dialogen "lindansen" sker!

Dialogen i det multidisciplinära teamet böljar ofta fram och tillbaka mellan dessa basala ovan beskrivna typologier - något som jag anser vi mer behöver medvetandegöra i dess positiva bemärkelse, oavsett vart sammanhanget till slut för oss avseende att bestämma initial insats. En slagsida åt alltför mycket det ena hållet kan göra att vi "åker av linan". Den multidisciplinära ambitionen är BUP:s livsnerv och något unikt som vi bör vara stolta över!

Exemplet vårdgarantin

Vilken disciplin som bör vara överordnad när det gäller att stoppa en akut blödning råder väl inga tvivel om, men när det blandas ihop med en mängd olika andra sammanhang kan det få negativa konsekvenser. Ett exempel på en sammanblandning av logiska typologier är som jag ser det den andra delen av BUP:s vårdgaranti. Det är sällan en tydlig "uppstart av behandling eller fördjupad utredning" innehållsmässigt går att fruktbart definiera på ett så tidigt stadium utifrån den komplexa tillvaro barnet lever i, och där vi måste följa processer på ett annat vis än att göra överväganden som mer utgår från en linjär-kausal-modell. Registrering utifrån att denna andra del skulle kunna synas som en siffra lurar både oss själva och omgivningen att tro att detta skulle vara produkten av en självklar linjär process och lämnar därmed fältet fritt för olika tolkningar och hanteringar av situationen. Som jag ser det är det en klassisk situation där vi tydligt riskerar att "åka av linan"!

Konklusion: Den första delen av vårdgarantin harmonierar som jag ser det med vår verksamhets behov, det vill säga en snabb första bedömning inom en månad medan den andra delen, uppstart inom en månad av behandling eller fördjupad utredning, inte gagnar vår verksamhets behov eller mål utifrån resonemanget ovan. Sammanblandningen av typologier blir här destruktiv där en struktur har konstruerats som inte passar in i ett sammanhang som i det aktuella skedet huvudsakligen karaktäriseras av cirkulära feedbackmekanismer. Förkärleken för det naturvetenskapligt präglade "mätbara" idealet tilltalar men i fel sammanhang skapar det problem, oavsett goda intentioner. Lägg därtill att mycket pengar finns med i bilden samt en hård politisering av frågan - då finns också risk att den fria dialogen hämmas!

Dagens miljö för barn och unga

Begreppet komplexitet är av särskilt intresse utifrån det systemiska perspektivet. En forskare som ägnat stort intresse åt komplexitet i sociala system är den tyske professorn i sociologi Niklas Luhmann. En aspekt som Luhmann fördjupade sig i handlade om hur människor i ett socialt system överhuvudtaget kan hantera den enorma komplexitet som det inrymmer (Luhmann 2006).

Förenklat kan sägas att hans resultat handlade om att graden av förtroende är direkt korrelerat till hur individen/individerna kunde "reducera" komplexitet.

Världens extrema komplexitet uthärdar ingen människa och utan förtroende som verktyg för reduktion av komplexitet skulle precis allt vara möjligt och vi skulle drabbas av obestämd ångest och förlamande skräck - menar Luhmann. Förtroende är alltså det viktigaste grundelementet för att sociala system skall "må bra".

En berättigad fråga är förstas om våra barn - ungdomar - unga föräldrar - har tillräckligt mått av förtroende i denna bemärkelse för att med Luhmanns ord kunna "reducera komplexitet"? Allt ter sig ju faktiskt som möjligt nu för tiden? Är dagens uttryckssätt för psykisk ohälsa, att alltför "må dåligt" och uppvisar tydliga symptom på detta, bland annat ett tecken på sviktande förtroende i dess mest grundläggande betydelse och i så fall vad kan vi dra för slutsatser av detta? Jag är medveten om att flera samhälleliga nivåer berörs i resonemanget som ligger utanför den specialiserade psykiatrin, samtidigt menar jag att detta har påverkat och påverkar oss inom disciplinen i väldigt hög grad. Med jämna mellanrum får vi också figurera i media på ett vis som kan få det att framstå som att det hela är vårt fel.

Konklusion: En fråga vi bör ställa oss inom barn och ungdomspsykiatrin är om vi bör och i så fall på vilket vis vi kan påverka samhällsutveckling på metanivån i syfte att motverka fragmentering och bristande grundtillit när hela samhällssystemet utifrån detta resonemang hotar att "falla av linan"!? Är dess mest tydliga yttring i sammanhanget det växande problemet med självskadebeteende, inte minst bland samhällets mest påtagliga temperaturmätare - d v s flickor/unga kvinnor!? Kopplingen mellan dagens samhällsstruktur och de "svar" som våra barn och unga ger bör också ses utifrån de (över)krav som ställs. Inte minst avseende bemästrande av informationsbombardemang samt därtill stora krav på kapacitet avseende socialt interagerande!

Självklart måste vardagen innehålla "ordning och reda" kring vad som gäller i olika sammanhang. Men som jag började vill jag också sluta med att lyfta vikten av ett verktyg för den dialog som möjliggör att samtidigt kunna erhålla ett metaperspektiv - en utblick på oss själva kopplat till de mer eller mindre tydliga mål vi formulerar!

Bo Lundin

Verksamhetschef BUP i Kalmar län

Socionom, leg familjeterapeut

Sedan flera år adjungerad medlem i SFBUP

Referenser

Bateson,G (1995) Ande och Natur, Symposion

Bateson,G (1987) Där änglar är rädda att gå, Symposion

Luhmann,N (2005) Förtroende en mekanism för reduktion av social komplexitet, Daidalos

NATIONELL KONFERENS FÖR ST-LÄKARE I PSYKIATRI

Det svänger – om svängningar vid psykiatriska sjukdomstillstånd



29–31 januari 2014
Utsikten Meetings
Nynäshamn

Sista anmälningsdag: 1 december

Konferenskostnad SLUP-medlemmar: 4 800 kr

Icke medlemmar: 5 700 kr

Medlemskap i SLUP ingår automatiskt vid medlemskap
i respektive huvudförening (SPF, SFBUP och SRPF).

Konferenskostnaden inkluderar konferensdeltagande,
Boende i enkelrum och helpension.

För anmälan och ytterligare information:
sluspsykiatri.se

Tack till våra utställare: AstraZeneca, Lundbeck, Otsuka, Servier
och Shire samt Kalmar läns landsting och Uppsala läns landsting

Posterpresentation

ST-läkare uppmuntras att presentera pos
under konferensen. En möjlighet att redo
sitt vetenskapliga arbete eller annan forsl
Pris till bästa poster kommer att delas ut!
Skicka abstract till: olle.lidman@sl.se



Detta är nr 2 av 3 i en artikelserie

Suicidalitet – tre perspektiv. Den första artikeln publicerades i nr 3 2013 och kan även läsas på www.svenskpsykiatri.se

Självet och suicidaliteten

Believing with Max Weber, that man is an animal suspended in web of significance that he himself has spun, I take culture to be those webs, and the analysis of it to be therefore not an experimental science in search of law but an interpretive one in search of meaning.

C.Geertz 1973

Psykiatrisk diagnostik och terapi är centrala delar av suicidpreventionen. Däremot är inte den psykiatriska sjukdomsmodellen någon bra modell för att förstå suicidalitet. Människor tar inte sina liv på grund av en psykisk sjukdom utan därför att de inte står ut med sjukdomen och dess många plågsamma konsekvenser. En övergripande problemlösningssmodell fungerar därför bättre, se vår artikel i nr 3 av Svensk Psykiatri 2013.

För att förstå suicidalitetens struktur och funktioner måste man se den ur flera olika perspektiv. En möjlighet är att utgå från ordet *själv*mord. Innebörden är att mörda sig själv, sitt själv. Kanske suicidalitetens egentliga innebörd är att vilja mörda sig själv. Eller är det kanske tvärtom, suicidalitetens funktion är att stå emot sina impulser att döda sig själv och därmed rädda sig. I denna artikel letar vi i människans psykologiska och evolutionära utveckling för att förstå hur självet utvecklats och vad som gör att det ibland inte kan försvara sig.

Krossat själv

Under decennier bygger människor upp sin självuppfattning, sitt själv. På några få ögonblick eller dagar kan det raseras igen.

En ung flicka, Alejandra, är nyinflyttad till en stad och försöker där bygga upp en värld av relationer att leva i, ett revir. Under en fest har hon sex med en tillfällig partner. Han filmar händelsen och lägger ut den på YouTube. Alejandra blir skandaliserad och en måltavla för hånfulla uttryck i vilka "alla" medverkar. Hennes ensamhet och utsatthet ökar alltmer. Den glada och nyfikna blicken försvinner och hon blir undflyende och skygg. Tills hon nästan ser sig själv med förövarnas ögon och låter dem göra som de behagar. Utgången blir en katastrof, Andersson 2013.

Sexuella handlingar mellan människor är extremt intima. I detta område är självet också som mest sårbart. YouTube är ett offentligt forum, så långt från varsam intimitet man kan komma. Människan behandlas som ett objekt, som ett ting. En verbal eller bildmässig hånfullhet på YouTube är ett knivhugg direkt från offentligheten ner i intimiteten.

Om hånet sprids till många har det potential att sära och döda.

Alejandra kämpar emot så länge hon kan, men förlorar successivt all livskraft. Till sist blir hennes syn på sig själv lika objektiverande som förövarna, hon ser sig med deras blickar. Detta kan ge en upplevelse av att självet är döende eller redan har dött, Beskow 2013, sid 41 ff, Tallaksen 2009, åtföljt av påträngande impulser att dra konsekvenserna av detta genom att slutgiltigt döda sig själv och därmed ge förövarna rätt.

Slående här är inte lusten att dö utan tvärtom kampen för att undvika att dö. Alejandra vill leva, men hon klarar inte av det just då, vet inte hur det ska gå till. Hon dukar under för övermakten. Det är en kognitiv otillräcklighet i förhållande till den extrema situation hon befinner sig i.

Evolution

Under miljoner år nere på savannen levde människorna nära varandra i små grupper, med nära mål och under ständigt dödshot. De skyddades av försvarssystem inom limbiska systemet: starka känslor (amygdala), blixtsnabb utlösning av fight, flight, freeze och faint-reaktioner samt minnen skapade av hippocampus. De båda hjärnhalvorna tog emot och lagrade minnen, bearbetade dem samt planerade och utförde handlingar, Damasio 2010. Nära relationer var ett nödvändigt stöd, utan dem gick man under.

Suicidalitet.

När urmänniskan från savannen klev upp på ett högt berg och gick fram till stupet greps hon av en sugande känsla. Upprörande bilder av en blödande kropp längst där nere, klappande hjärta och en begynnande yrsel gjorde att hon tog ett steg tillbaka. Även moderna människor får liknande upplevelser, t.ex. ute på en balkong. Då uppkommer ofta tre tankar i rask följd: "Tänk om den rasar" (olycka). "Tänk om jag hoppar" (själv) samt till sist "Nej, det gör jag inte. Jag tar ansvar för mitt liv", Beskow 2013, sid 66.

Katastroftankar om omedelbar död och självmord kommer blixtsnabbt då som nu. Aktiveringsnivån höjs med muskelspänningar, snabb puls och lätt yrsel samt resulterar i en snabb åtgärd för att undvika faran och rädda livet. Om detta ter sig omöjligt kommer ångesten. Denna alstrar psykisk smärta. Personen hamnar i kaos och börjar tappa kontrollen. Vad som helst kan hända.

Ibland har det försvagade självet svårt att värja sig mot tvångsmässigt intrusiva destruktiva tankar. Faran för nya hot leder till en kontinuerlig arousal som håller en del hotbilder borta men samtidigt blockerar de autobiografiska minnen som skulle ge inspiration och modellexempel till problemlösningen, Williams 2001. Behovet att någon kommer nära och antingen bara finns där eller aktivt bidrar till problemlösningen blir akut.

Självets utveckling och försvar

Självmord handlar således inte om att mörda sig själv eller sitt själv. Det handlar tvärtom om självets envisa försvar att stå emot destruktiva impulser. Men hur ser det ut, självet och dess försvarssystem?

Själv. Jaget är hjärnans aktiva och styrande funktion. Det bestämmer våra mål och sättet att ta oss dit. *Mig, mig själv* eller *självet* är det vi ser när vi ser på oss själva utifrån, minnet av vad jag varit och gjort. Själv

Jaget, självet och medvetenheten är komplexa processer. Vi vet mycket om dem men kunskapen har ännu inte samlats till en allmänt vedertagen gestalt, Guidano 1991, Metzinger 2009, Damasio 2010, Siegel 2011. Ett förhoppningsfullt arbete pågår dock, bl.a. i The human brain project 2013.

Själv

Det lilla barnet kan bara hålla två ting i sitt arbetsminne samtidigt. Den vuxne klarar fyra, men sedan släcker den ner hjärnaktiveringen, medan barnet fortsätter på hög nivå. Det tar därigenom emot fler intryck än det kan härbärgera och hamnar i kaos, Weir 2013. Men även den vuxna människan hamnar lätt i kaos, både när aktiveringen är hög, ofta upplevd som ångest, och när aktiveringen är låg, Ogden 2006. Det senare upplevs som svår trötthet med minskad tolerans för alla former av påfrestningar, vilket kan leda till uppgivenhet och suicidalitet.

Verbalisering. Från och med två år utvecklas språket från ord (fragment), till meningar (gestalt) fram till berättelser. Vid fem år kan barnet kortfattat berätta om vad det varit med om. Men hen vet också vad man får säga och inte säga i hens egen familj. Med språket följer också scheman/mönster nödvändiga för överlevnaden men begränsade av genetiska funktioner, språkets tillkortakommanden och omvärldens scheman överförda från familj och kultur.

Traumatiska situationer såsom hot, förluster och kränkningar fastnar lättare i minnet, Broberg 2006, sid 131. Detta gynnar inläringen av kopingstrategier. En viktig del i föräldrarnas ansvar för barnets utveckling är att lära hen att hantera hot, förluster och kränkningar, dvs. trygga, trösta och återupprätta sig själv, Levine 2008. Genom verbalisering i en trygg relation lär sig barnet att kognitivt bemästra svåra situationer. Då skapas en lång, detaljerad, sammanhängande historia om den smärtsamma upplevelsen i stället för kortslutningar, som ger instabilitet och en känsla av att inte kunna kontrollera sitt liv. En människa kan aldrig tänka mer än hon har ord för. Goda språkkunskaper ökar därför förutsättningarna för goda problemlösningar.

Medvetet själv. Detta utvecklas under tonår och tidigt vuxenliv. Enstaka identitetsmarkörer, som kön och ålder, utvecklas till allt mer differentierade personuppfattningar. Att den unga människan kan distansera sig och se kritiskt på sig själv är en förutsättning för att aktivt kunna skapa sig själv. Ett viktigt moment är att kunna formulera både långsiktiga och nära mål och hålla fast vid dem.

Den unga människans erfarenheter är emellertid begränsade. Därför är det svårt för hen att hantera stora påfrestningar. Vår tendens att framför allt minnas det smärtsamma och svåra och låta det generaliseras att gälla hela livet försvårar problembearbetningen, Kahneman 2013. I ett snabbt föränderligt samhälle måste människan göra sig fri från tänkesätt och vanor som en gång var funktionella men senare förlorat sin relevans, Gyllensten 2011. Detta är en förutsättning för en optimal anpassning till förändringarna och för att skapa en fri och kreativ person.

Existentiellt själv. Människor lever i relativ trygghet. Men plötsligt skakas ens värld av något trauma, dödsfall, skilsmässa eller en naturkatastrof. Vanemässiga värderingar och livsstil skakas om. Det ger oss en påminnelse om vår dödlighet och livets korthet och att vi i grunden är existentiellt ensamma. Modern som lär sitt barn att hantera ett hot eller en förlust gör ett viktigt preventivt arbete, Levine 2008.

Överlevare från koncentrationsläger, cancersjukdom och olyckor har berättat om hur deras förståelse av världen och mänskliga relationer djupnat som en följd av de smärtsamma upplevelserna, *post-traumatisk mognad*, Keyes 2003, Monitor 2013, Levine 2010. En suicidal episod eller suicidal handling är en liknande lärosituation.

Uppgiften när behandlaren möter den suicidala personen är att hjälpa hen att tillvarata denna möjlighet till fortsatt självutveckling.

Skyddande revir

Revirkamp. Djursamhällen är ofta hierarkiskt organiserade, vilket tillförsäkrar varje individ ett skyddande revir. När det finns för få revir uppstår en konkurrens. Förloraren i en revirkamp mellan fågelhannar, Williams 2001, sänker vingarna, lutar på huvudet och drar sig ödmjukt tillbaka, tecken som hos en människa skulle tala för depression. Här är det en livräddande underkastelsereaktion. Om förloraren hittar ett nytt revir försvinner depressionen momentant, om icke fortsätter den och fågeln är ett lätt offer för räv eller hök. Tvångssituationen att vara hotad, inte se någon väg ut och att ingen hjälpare finns till hands är att befinna sig i ett *suicidalt fängelse*. Att hitta ett nytt revir är då livsviktigt. Förståelse för revir och revirkränkningar är därför grundläggande inom hälso- och sjukvården men i synnerhet för vården av suicidala personer.

Avstånd. Det fysiska och psykosociala avståndet till en annan människa påverkar i hög grad hur kommunikationen sker, vad den innehåller och vilka verkningar den får, Larsson 2008, sid 44-46, SKL 2011, sid 12-13. Ordet *revir* är bättre än "zon" eller "avstånd" eftersom det anknyter till medfödda biologiska mekanismer. Samhället är hierarkiskt strukturerat. Detta skapar trygghet men också lidande. Försvaret mot angreppen är ordnade i lager utanpå varandra men med betydande överlappningar.

Man kan urskilja tre skilda *revir* fördelade på ett inre område med intimrevir och psykologiskt revir samt ett yttre område med socialt revir samt ytterst det område som är helt utanför personens revir. Den djupaste kommunikationen sker mellan två människor inom det inre området. Där är frågor om integritet och autonomi särskilt känsliga. I det yttre området blir personens eget inflytande allt mindre för att till sist upphöra helt. Utanför reviren, definierat som ett avstånd på mer än fyra meter upphör de interpersonella relationerna. Upplevelsen av personer som rör sig där ute betingas av kroppskonturer och yttre attribut. De uppfattas som objekt.

Intimreviret har ett avstånd mellan parterna på upp till en halv meter med möjligheter till beröring. Huden är en sensibel kroppsytta som förmedlar en stor mängd stimuli och responser samt skapar känslor av värme, närhet, trygghet och lust. Starka försvarsmekanismer är knutna till negativ beröring framför allt avsky och äckel men också smärta. Jämfört med språket är beröring emellertid en relativt odifferentierad kontaktmetod. Det är i detta revir som självet föds och börjar sin utveckling.

Läkaren och sjukgymnasten berör ofta människors kroppar. Det är en del av deras legitima arbetsuppgifter. För psykoterapeuten kan detta däremot vara ett riskabelt område.

Det är därför omgärdat av noggranna restriktioner.

Psykologiska reviret har ett avstånd mellan parterna på upp till en meter. Det är det revir i vilket barnet introduceras i människornas språk och handlingsmönster. När en behandlare lutar sig framåt och ser en person i ögonen förstoras hens ansikte så att det uppfyller betraktarens hela uppmärksamhetsfält. Det ger betraktaren möjlighet att observera detaljrika stimuli från ögon, området kring ögonen samt ansiktet och därmed både förstå och påverka i detalj och på djupet. Förövaren kan på ett ögonblick bryta sönder och krossa personens själv. Behandlaren kan å andra sidan varsamt närma sig självet och börja reparationsarbetet, Nyberg 2013, SPIV 2013. Denna form av kommunikation är emellertid ansträngande, varför många automatiskt undviker den.

Sociala reviret sträcker sig mellan en och fyra meter. Börja kommunicera nära en person och flytta dig sedan successivt allt längre bort så kommer du att upptäcka hur oerhört lite av detaljuttrycken i ögon och mimik som du fångar upp. En behandlare som sitter på andra sidan skrivbordet med patienten på tre till fyra meters avstånd kan således missa det väsentliga i kommunikationen. Samtalet tillfredsställer då klinikerns behov mer än patientens enligt Michel 2002.

Samhällets felkonstruktioner

Det moderna västerländska samhället har skapats av människor under de senaste 250 åren. Föga tog man hänsyn till hur vi är evolutionärt utvecklade. Tidigt upptäckte man samhällets fysiska felkonstruktioner, eftersom människor dog i tusental på vägarna och i industrierna. Aktiv prevention av olyckshändelser har kraftigt minskat antalet skadade och döda. Men det tog över hundra år.

Vad man länge försummade var att människor också dör i tusental på grund av psykosociala felkonstruktioner i familjer och på arbetsplatser. Samhällets produktion av lidande är ständigt pågående. De psykosociala felkonstruktionerna är minst lika komplexa som de fysiska och kräver insatser på bred front.

I västvärldens välstånd lever människor mer ensamma än tidigare. Därmed missar vi mycket av den kraft som ligger i nära relationer till andra, Christakis 2011. Samhället fortsätter också att ständigt producera nya sårbara ensamheter, Johnsson 2013. Många lever också utan nära meningsfulla mål. Hoten ligger långt borta och är svåra att greppa, t.ex. klimatfrågor och global fattigdom. Ändå drabbar de hårt och ger uppgivenhet och tankar på döden.

Hälso- och sjukvården försöker hantera samhällets produktion av lidande genom att förlägga dem till den enskilda personen och angripa dem symtomatiskt genom vård av enskilda psykiska sjukdomar, missbruk mm, dvs. genom att *personifiera problemen*.

Ett mer samlat grepp är nödvändigt.

Hjältar och informatörer. Suicidala människor bär en anseelig del av samhällets ständiga produktion av lidande. Deras situation behöver förbättras genom en sakligt riktigare *individuell suicidprevention* men också genom snabba uttryckningar i livshotande situationer och begränsningar av tillgången på självmordsmedel, *befolkningsperspektiv*. Deras erfarenheter bör också tas till vara inom ramen för en *samhällskritisk suicidprevention*. Dess syfte på lång sikt är att eliminera de allvarligaste av vårt samhälles psykosociala felkonstruktioner. Många suicidala personer kämpar tappert under lång tid för att stå emot uppgivenhet och suicidala impulser. De bör inte i första hand ses som hjälplösa offer utan som tappra hjältar och livsnödvändiga rapportörer om de svårigheter de lever i och ibland överlever.

Slutsatser

Den psykologiska och evolutionära utvecklingen har fört fram till en mycket differentierad utveckling av människans själv, en struktur som emellertid kan krossas snabbt vid för henne intolerabla påfrestningar. Evolutionärt och i personlig utveckling finns svaga punkter. En av dem är medvetandets begränsningar, som gör att vi fort blir trötta och då förlorar överblick och problemlösningsförmåga. Irritation och nedstämdhet vänds inåt och kan övergå i självdestruktiva impulser, som kan vara svåra att stå emot. Den suicidala personen behöver då hjälp för att öka sin förmåga att hantera dessa situationer.

Suicidalitet bör ses som en del av vårt samhälle och vår kultur. Suicidala personer bär en stor del av samhällets ständiga produktion av lidande. Deras erfarenheter kan öka vår medvetenhet och bidra till att denna jord blir en något bättre plats att leva på.

Jan Beskow

Professor, Sahlgrenska akademien och Suicidprevention i Väst, Göteborg

Anna Ehnvall

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

Gunilla Klensmeden,

Med.dr., forskare och överläkare vid St. Olavs Hospital i Trondheim

Ullakarin Nyberg,

Med.dr., Karolinska institutet, överläkare, Norra Stockholms psykiatri, Stockholm

Referens finns på

www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



B



CULLBERGSTIPENDIET 2014

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

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

Resestipendiet ska användas till resa och uppehälle vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två–fyra veckor. Det kan handla om att delta i klinisk forskning, undervisning eller metodutveckling. Den sökande kan vara ST-läkare eller verksam som psykiater.

Krav för ansökan

- En redogörelse för målet och avsikten med den önskade resan.
- Kort CV.
- Kontakt med en ämnesföreträdare i utlandet, som man tror har något att ge, och en förfrågan om man kan få auskultera eller om ett studieprogram kan ordnas. Det ska framgå att den mottagande kliniken/institutionen är införstådd att ta emot studiebesöket.
- Ett rekommendationsbrev av en erfaren kollega, såsom överläkare, handledare eller studierektor samt ett intyg att tjänstledighet med lön beviljas.
- En ekonomisk plan inkluderande rimliga rese- och uppehållskostnader. Det ska framgå om en eller fler poster à 15 000 kronor söks och motivet därtill.
- Om resan utökas med turistande utanför studierna måste detta bekostas privat.
- Resan ska genomföras och redovisas under år 2014.

Stipendiet består av tio "poster" om vardera högst 15 000 kronor där man kan söka en, två eller flera sådana poster. Om resan endast kan genomföras om partner och barn följer med, är det inget principiellt hinder att använda medlen också till dem – så länge de räcker.

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

Redovisning

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

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda senast 17 februari 2014. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatriska Föreningens årsstämma. Så sätt igång med att diskutera med kollegor och läs de färskaste tidskrifterna för att se var det sker spännande saker! Det går mycket bra att maila till även framstående personer och fråga om man kan få komma! För de flesta ställen är det en fjäder i hatten att få studiebesök även om det kräver en viss ansträngning av dem!

Ansökningar sändes till

cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se
Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet
851 71 Sundsvall
Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna handläggs och bedöms av en stipendiekommitté bestående av Tove Gunnarsson (Svensk psykiatri), Paulina Ikonen, Peggy Törn, Marie Söderberg (Natur & Kultur) och Johan Cullberg.



**STIFTELSEN
NATUR & KULTUR**