

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - December 2015

TEMA

Skäms!

“Att skämmas som en hund”



Ansvarig utgivare:
Hans-Peter Mofors



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionsruta
- 3** Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4** SPF styrelseruta, Ledare. *Hans-Peter Mofors*
- 5** SFBUP styrelseruta, Ledare. *Lars Joelsson*
- 6** SRPF styrelseruta, Ledare. *Per-Axel Karlsson*
- 7** Kommande temanummer
- 19** Krönika enligt Tiger: Skam i kroppen
Mikael Tiger
- 24** Senaste nytt från SPF's utbildningsutskott, *Alessandra Hedlund*
- 70** Kalendarium
- 72** Bokrecension: När en trollkarl dör, *Björn Wrangsjö*
- 73** Bokrecension: Att höra till - om ensamhet och gemenskap, *Lars Albinsson*
- 74** Bokrecension: Axel var idiot, *Hanna Edberg*
- 75** Bokrecension: Affektfokuserad psykodynamisk terapi, *Björn Wrangsjö*
- 77** Bokrecension: Väggen. En utbränd psykiaters noteringar, *Björn Wrangsjö*
- 78** Bokrecension: Hemisfärernas musik: Om musikhanteringen i hjärnan, *Steinn Steingrimsson*
- 79** Bokrecension: Sjukdomsförebyggande metoder. Samtal om levnadsvanor i vården, *Björn Wrangsjö*

Tema:

- 12** Skämmas eller ej, *Björn Wrangsjö*
- 13** Om skam och skuld, *Rolf Holmqvist*
- 14** Självvald död - skam eller ära? *Jerker Hanson*
- 15** Skammen i vår tid, *Daniel Frydman*
- 16** Skäms! *Per Rosenqvist*
- 17** Är du dum i huvudet eller? Funderingar kring ett gammalt brev, *Tove Gunnarsson*
- 19** Skam i kroppen, *Mikael Tiger*
- 20** Skammen, psykiatrin och media, *Cecilia Mattisson*
- 21** Traumarelaterad skam, *Johan Wetterlöv*
- 22** Skäms inte för att du är människa, *Maria Larsson*
- 22** Krigen - en skam, *Jerker Hanson*

Rapporter från möten och resor

- 26** Vad händer på Bergskog? *Alessandra Hedlund*
- 27** Rapport från nordiska psykiaterkonferensen och möte med Nordic Joint Committee, *Hans-Peter Mofors, Lise-Lotte Risö Bergerlind*
- 48** Mental Health Run blev en succé!, *Hanna Spangenberg*
- 50** Cullbergstipendiat: Kanadensiska konsultationsteam i mångkulturella områden - har BUP något att lära? *Karima Assel*
- 60** Internetdroger. Referat från ett seminarium den 23 oktober i ABF-huset, Stockholm, *Per-Axel Karlsson*
- 66** Möte i Malaga, *Helena Forslund, Jerker Hanson, Tove Janarv, Kerstin Lindell, Lise-Lotte Risö Bergerlind*

Debatt, diskussion, annat:

- 28** Svensk psykiatri behöver bättre läkarbemanning i psykiatrin - oberoende av hyrläkare, *Martin Röndholm*
- 31** Hur ser det ut med utbildningen och fortbildningen? *Per-Axel Karlsson*
- 32** Tänkvärt om den svenska ST-utbildningen *Alessandra Hedlund*
- 33** Bergwallkommissionen, *Per-Axel Karlsson*
- 36** Psykiatrisk diagnostik är svårt! *Mats Adler, m.fl.*
- 39** Några ord till min kära Vårdplan (om jag hade någon), *Björn Wrangsjö*
- 46** Traumaarbete på BUP Asylmottagning i Borås, *Drita Gustafsson, Katrin Sepp*
- 47** Den alternativa modellen för personlighetsyndrom, *Sophie Steijer*
- 52** BUP:s METIS-projekt i mål! *Lena Spak, Gunnel Svedmyr, Gunnel Löndahl, Christina Bengtsson-Macri, Kristina Carlström-Dahlöf*
- 54** Psykiatriska nyheter: Neurofeedbackträning vid ADHD, *John Hasslinger, Sven Bölte*
- 56** Psykiatriska nyheter: Fascinerande psykiatri. Den nya podcasten "PSYKIATRIKERN", *Simon Kyaga*
- 57** Psykiatriska nyheter: Nya rön om eldsanläggare, *Per-Axel Karlsson*
- 58** Psykiatriska nyheter: "Svenskt beroenderegister 2.0" nystart för kvalitetsuppföljning av svensk beroendevård, *Johan Franck*
- 58** Psykiatriska nyheter: Nytt läkemedel för alkoholberoende på gång? *Tove Gunnarsson*
- 63** Inte bara någon specialitet, *Nikos Nikolaou*
- 63** Sveket mot barnen och vetenskapen fortsätter, *Jan Pilotti*
- 65** I skuggan av talkottkörteln, *Göran Isacson*

Aktuell information:

- 8** Kallelse/dagordning, SPS's årsmöte
- 31** Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne. Dags att nominera!
- 34** På SPK 2016 - Allvarligt talat
- 34** Spännande läsning på Cullbergstipendiets reseblogg! *Tove Gunnarsson*
- 40** Svenska Psykiatrikongressen 2016
Se det preliminära programmet
- 51** Svenska BUP-kongressen 2016 i Uppsala
- 59** Bästa kollegor, ännu ett riktlinjearbete har sett dagens ljus! *Dan Gothefors*
- 62** Vad händer i konsultationspsykiatrin? *Lars Wahlström*
- 69** EASE-manualen finns nu på svenska - undersökning av störningar i självupplevelsen, *Lena Nylander*
- 70** Psykiatriska kliniken på KS i Solna fyller 75 år!
- 71** Dags att nomnera hedersledamot i SPF
- 80** Cullbergstipendiet 2016, dags att söka medel!



Svensk Psykiatri

Tidskrift för

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

Ansvarig utgivare

Hans-Peter Mofors

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustavsson
(per.A.Gustafsson@liu.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg
stina.djurberg@bordnet.net

Foto/grafisk design

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

Omslagsbild

Carol Schultheis

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

Skämmas som en hund...

... är ett uttryck som får illustrera detta nummers tema som är skam. På förstasidan är redaktionhundarna Holly och Hugo förevigade omedelbart efter att de fått klart för sig att deras tilltag att stjäla mattes iPhone för att i lugn och ro kunna gnaga på den, gömda under en filt, inte blev särskilt uppskattat. Inte heller fick de beröm för att de samma morgon ätit upp dagens exemplar av Göteborgs-Posten. I ett av temabidragen framhålls att det behövs en social norm, en flock, för att man ska kunna känna skam, och att hundar skäms men däremot inte katter. Artiklarna om skam handlar förstås för övrigt om sådant vi människor skäms för. Suicid, misslyckanden i vården, exponering i media, överskridande av gränser på internet – för att nämna några exempel.

Nästa nummers tema är *Det uppblåsbara självet*. Ett tema som t.ex. kan handla om olika yttringar av narcissism och självupptagenhet. Det finns psykiatriska tillstånd som präglas av narcissism, tillfälligt eller mer varaktigt. Självet kan blåsas upp, men luften kan också gå ur så att det blir likt en skrynklig, hopsjunk ballong.

Vår tids oerhörda kropps- och utseendefixering – vad får den för konsekvenser för människors psykiska hälsa? Är alla vi västerlänningar marinerade i en kulturell självexpansion, som en redaktionskamrat uttryckte det?

Kan narcissism vara både en risk och en tillgång? En narcissist i maktställning kan utgöra en fara för sin omgivning eller rentav hela mänskligheten. Ett visst mått av självöverskattning kan å andra sidan kanske få oss att våga fatta kreativa, framgångsrika beslut som vi annars hade avstått.

Temat är som alltid avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatrin. Men självklart välkomnar vi bidrag på mycket annat än temat. Vi vill gärna ha artiklar om psykiatriska nyheter, kongressrapporter, debattinlägg, recensioner, fallbeskrivningar och intervjuer! Även om du inte skriver själv så kanske du har förslag och idéer om innehåll? Maila då till oss, adressen är redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Nu stundar snart helger och vi på redaktionen hoppas att ni alla får mycket tid till vila, återhämtning och allehanda trevligheter. Och förhoppningsvis tid för författande!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Helhetssyn och samverkan

Enligt litteraturen är en vision en bild att sträva mot, en önskad idealsituation som vi ständigt vill uppnå – men också något att känna ödmjukhet inför. Om visionen utgör stjärnorna som vi riktar våra blickar mot, så utgör målen istället trädtopparna. Och dessa måste vi försöka nå, även om grenarna sitter högt upp.

SPF har sedan oktober enats om en ny vision för de kommande tre åren. Det övergripande namnet är "Helhetssyn och samverkan".

I styrelsearbetet pratar vi ofta om gemensamma erfarenheter från både arbetsplatser och kliniskt arbete. Trots varierande erfarenheter och infallsvinklar känner vi alla igen gemensamma utmaningar i det dagliga arbetet – svårigheter med diagnostik, skillnader i vårdupplägg – både i öppen vård och heldygnsvård. För att inte tala om den begränsade möjligheten för psykiatri att samordna rehabiliteringen av patienter, när kommunens ansvar tar vid.

Ensam är visserligen stark, men som allena verkande förening eller yrkesgrupp är våra utsikter att förändra tingens bestånd begränsade. Därav vikten av att *samverka*. Med ökad samverkan kan vi uppnå framgång, både individuellt och organisatoriskt. SPF strävar efter att i möjligaste mån föra dialog med yrkesföreningar, departement och andra intresseorganisationer.

Helhetssyn kan lätt låta som en klyscha, men när du tänker efter, så är det ju grundfundamentet i all psykiatrisk vård. Ett reduktionistiskt synsätt kan visserligen förenkla såväl diagnostik (uppfyller pat kriterierna eller ej) och behandling (evidensbaserat eller inte). Men är detta till gagn för patienten? Om vi inte strävar efter förståelse och anpassning av insatser i en vidare kontext, så praktiserar vi ju i själva verket inte någon god vård.

Vid det senaste årsmötet uppdrogs styrelsen att fokusera på diagnostiska frågor. Ett nätverk med fokus på diagnostik har tillskapats och flera punkter på SPK kommer att behandla diagnostiska frågor ur olika perspektiv. Även i detta sammanhang torde den nya visionen passa som hand i handske.

Visioner måste ackompanjeras av mer konkreta mål, vilka kan mätas och uppfyllas. Föreningen har som främsta mål att i arbetet verka för psykiatri som en attraktiv specialitet och att arbeta vidare med kompetens- och verksamhetsutvecklingsfrågor. Slutligen avser föreningen att i möjligaste mån verka som debattör och kunskapsspridare, inte minst för att minska myter och fördomar om psykiatri.



HANS-PETER MOFORS
ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE
Ordförande: Hans-Peter Mofors
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Vice ordförande: Ullakarin Nyberg
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Sekreterare: Michael Ioannou
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Skattmästare: Christina Ysander
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)
Vetenskaplig sekreterare: Tuula Wallsten
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Facklig sekreterare: Alessandra Hedlund
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Michael John
(john@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Cecilia Mattisson
(mattisson@svenskpsykiatri.se)
ST-representant: Hanna Spangenberg
(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)

Bakom dessa mål finns handlingsplaner, vilka vi kommer att presentera i samband med årsmötet om några månader.

Arbetet med Svenska Psykiatrikongressen har under hösten varit intensivt, lett av Ullakarin Nyberg. Det är med stor glädje som vi i detta nummer presenterar programmet, som uppvisar en imponerande bredd. Jag hoppas att vi blir många som träffas på Münchenbryggeriet i mars.

Allt gott inför den stundande julen och kommande verksamhetsår!

Hans-Peter Mofors
Ordförande i SPF

Vem i hela världen kan man lita på?

Ja, denna gamla låt av Hoola Bandoola Band kom för mig den 28/10 när jag lyssnade på P1 morgon. Där intervjuades Riksgäldens generaldirektör Hans Lindblad. Han sa att svensk ekonomi växer förvånansvärt väl just nu och att lånebehovet inte kommer att öka så mycket som man kunde tro till följd av de här ökade migrationsutgifterna. Han menade också att Riksgälden räknar med att Sverige de kommande två åren skall ha en fortsatt låg statsskuld jämfört med andra länder. Vem kunde tro detta när man dagligen matas av nyheter hur flyktingkrisen kommer att rasera vårt välbefinnande. Enligt Sverigedemokraterna har vi redan en "systemkollaps" och Magdalena Andersson berättar att ladorna är tomma, det ger ingen munter känsla och förstärker känslan av att vi är på ruinens brant på grund av att fler flyktingar kommer hit. Hans Lindblads intervju har jag inte sett någon kommentera och jag fick leta länge för att hitta tillbaka till den. Det säger lite om hur svårt det är att ha två perspektiv samtidigt, det negativa dominerar alltid.

Av en tillfällighet råkade jag se SVT:s program "Dokument inifrån" *Vem kan hjälpa mitt barn*. Programmet berörde mig mycket djupt. Speciellt intervjun med mamman med ett autistiskt barn och hennes berättelse om hur hon blev bemött på BUP-mottagningen. Tyvärr tror jag inte att hon är ensam. Det har funnits och finns en tendens att inte vilja se barnets egna problem utan att tolka barnets beteende utifrån föräldrarnas situation. Man kan lätt förstå att mamman kommer i ett underläge där hon börjar tvivla på att hon är en bra mamma. Min erfarenhet har lärt mig att mamma ofta har rätt. Det gäller även mammor som uppfattas som påstridiga och besvärliga. En bra devis inför första mötet är "Mamma har alltid rätt – tills motsatsen bevisas". Har man den inställningen så börjar man med att lyssna på föräldrarna. De känner sitt eget barn och har ofta läst på innan besöket.

Flyktingfrågan är särskild viktig nu och det kommer att ställas större krav på att vi skall möta fler barn och ungdomar som visar psykiatriska svårigheter. Föreningen har sedan länge haft en arbetsgrupp för asyl- och flyktingfrågor men som varit passiv sista åren. Nu har gruppen återuppstått med nya medlemmar och vi har haft ett första möte i Stockholm. Sammanfattande är Karima Assel som arbetar som överläkare på Transkulturellt centrum i Stockholms läns landsting. Gruppen kommer att försöka sprida kunskap och delta i debatten om flyktingfrågor. Vi kommer att samarbeta med barnläkarföreningens delförening Global barn- och ungdomshälsa samt barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn. Det känns mycket bra och jag ser fram emot gruppens fortsatta arbete.

Utredningen av nya LVU-lagen är nu ute på remiss. Utredningen har en mycket bra ansats i det att barnets rätt ska stärkas med de föreslagna förändringarna i tvångsvården

sfbup

LARS JOELSSON



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH
UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)

Vice ordförande: Sara Lundqvist

(sara.lundqvist@vgregion.se)

Facklig sekreterare: Beata Bäckström

(beata.backstrom@skane.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 Henriksson

(ulrika.henriksson@sll.se)

Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)

Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)

ST-representant: Therese Vestlund

(therese.vestlund@sll.se)

SFBUP:s hemsida: www.svenskabupforeningen.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

och denna ska vara i linje med Barnkonventionen. Domar i Högsta förvaltningsdomstolen har förhindrat vårdinsatser enligt LVU om det samtidigt har funnits psykiatrisk diagnos t.ex. ADHD eller autism. Utredningen föreslår en ändring i lagtexten så att samhället har ett tydligt ansvar för att bistå barnet eller den unge oavsett vilka orsaker som kan finnas till beteendet. Utredningen föreslår att LVU även kan ges när samtycket inte är tillräckligt grundat och därmed stabilt samt att läkarundersökningen skall ske innan nämnden gör en ansökan om LVU. Läkarundersökningen skall utgöra en del av underlaget för bedömningen av barnets eller den unges behov av vård och planeringen av vården. Dessa förslag anser vi är mycket bra liksom att utredningen markerar att kvalitet i vården och systematisk uppföljning fortlöpande skall utvecklas och säkras. Hela utredningen och vårt remissvar hittar du på vår hemsida.

Vår kliniska riktlinje för ADHD är nu ute på en sista remissrunda och vi räknar med att kunna presentera den på BUP-kongressen i Uppsala den 20-21 april. Kongressen kommer att ha temat missbruk. Men innan dess vill jag göra reklam för Riksstämman där vi i år har två symposier, ett kring ensamkommande flyktingbarn och ett kring BUP och första linjen. Jag hoppas att vi ses där.

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Vem ska skämmas?

Ett av de mer debatterade och samtidigt skambefläckade fallen i svensk rättspsykiatri var Sture Bergwall.

Många rader har skrivits om denne man och hans resa inom svenskt rättsväsende och svensk rättspsykiatri.

Hur kunde vi vara så blåögda? Hur kunde vi snärjas in i manipulation? Vi som ska vara experter...

Jag skriver litet senare om Bergwallkommissionen och deras rapport, men vet samtidigt att det är lätt att falla in i strömningar som går åt ett visst håll bara några namnkunniga personer också finns i den generella åsiktsdelen.

Det händer hela tiden, vi faller för någon nyhet eller någon ny strategi, som känns tveksam till en början men allt eftersom fler ansluter sig, desto lättare är det att ansluta sig TROTS initial tvekan.

Det är nog en biverkan av vår sociala förmåga, vår tendens till konformism och samtidigt finns där en benägenhet att tolka det ovanligare som förklaring, än det vanligare. Är detta samma sak som dragning till mysticism?

Jag är rädd att de enda svar vi kommer att få i den frågan är de som kommer från den mer dynamiska sidan av psykoterapien...

Så... vem ska skämmas? Är det vi eller juristerna eller bägge två?

SKL med Rebecca Hedenstedt och Zophia Mellgren och Ing-Marie Wieselgren som motorer ordnade ytterligare en träff för rättspsykiatri i temat *Innehållet i den rättspsykiatriska vården* den 3 november. Tack för draghjälp!

Likväl var inslaget om Bergwallkommissionen en publikmagnet och det var med en viss tillfredsställelse jag fick återse en av mina gamla lärare från medicinutbildningen i Umeå – Kjell Asplund – som var den medicinske experten i kommissionen. Han kände även igen mig men jag tror inte det beror på mina medicinska färdigheter, snarare för mitt intresse för svamp som hans fru haft under hela sitt liv.

Tror faktiskt att Kjell tjuvläst några exemplar av svamptidningen *Sporaden* som levererats till det Asplundska hemmet och det var där han lade ihop ledtrådarna. Men detta är ju en efterkonstruktion, min tolkning av hur människor fungerar. Kanske är den rätt.

Med viss tillfredsställelse ser jag att det mörknar alltmer ute, konstigt nog är det nu jag blir mer glad och fokuserad och definitivt mer produktiv. Vad beror det på? Jag är rädd att det enda svar jag kommer att få i den frågan är det som



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

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

Vice ordförande: Kristina Sygel

Sekreterare: Hanna Edberg

(sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Kosilla Pillay (kassoren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Facklig sekreterare: Erik Dahlman

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant:

Lars-Håkan Nilsson

ST-frågor: Hanna Edberg

Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson,

Margareta Lagerkvist

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

kommer från den mer dynamiska sidan av psykoterapien... men kanske det går att förklara med det svårtydda begreppet social psykologi?

Socialpsykologi är en vetenskap, "ett försök att förstå och förklara hur en människas tankar, känslor och handlingar påverkas av den faktiska, inbillade eller underförstådda närvaron av andra".

Man kan säga att socialpsykologi kan delas in i tre studier: individuella fenomen, interpersonella fenomen och kollektiva fenomen. Studiet av kollektivt fenomen brukar ta upp interaktion mellan individer i grupper, relationer mellan grupper och sociala konflikter.

Således verkar det vara så att det skamliga resultatet av allas ansträngningar i fallet Quick/Sture Bergwall egentligen är en fråga om social psykologi. Därmed är det inbyggt i oss människor att inlemma oss i sociala sammanhang, och hur ska vi värja oss från följderna då?

Vill till sist – när allas huvuden sitter löst i förhållande till argumentationen ovan – önska en bra vinter till alla läsare av Svensk Psykiatri!

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2015

NUMMER 1 2016

Tema: Det uppblåsbara självet
Deadline 17 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2016

Tema: Psykiatrins byggnader
Deadline 18 maj
Utkommer vecka 23

Nummer 3 2016

Tema: 10-årsjubileum!
Deadline 31 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2016

Tema: Ej bestämt
Deadline 16 november
Utkommer vecka 49

Välkommen att skicka in bidrag på temat och även annat som kongressrapporter, debatt, aktuell information, recensioner m.m.!

Maila till

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

Artikellängd: Texten bör vara max 800 ord (om du har bild eller figurer 600 ord).

Om Din artikel har fler ord och inte går att korta måste vi istället publicera den på vår hemsida.

Rubriker: Vi är tacksamma om Du förser Din artikel med förslag på rubrik/titel och underrubriker.

Filformat: Skicka texten som bilaga i e-brev, helst i Word-format.

Porträttfoton och andra foton: Vi vill gärna ha foto på våra författare. Det är bra om ni skickar med foto (dock inte inbäddade i artikeln utan som bilaga), i så hög upplösning som möjligt, redan när ni skickar in er artikel. Om Du har andra foton som Du tycker är relevanta för Din artikel så skicka gärna med dem. Uppge alltid namn på fotograf.

Figurer: Vi publicerar endast diagram eller andra figurer som är väsentliga för resonemanget i Din artikel och som skickas som bilaga.

Författaruppgifter: Ange korrekta och utförliga författarpresentationer både i e-brevet och i artikeln. Namn, titel och arbetsplats.

Postadress: Svensk Psykiatri, c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **17/02**
Det uppblåsbara självet





Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdag den 17 mars 2016, klockan 17:15

Plats: Arkaden, Münchenbryggeriet, Stockholm

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
10. Val av revisorer och revisorssuppleanter
11. Val av styrelse
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Hans-Peter Mofors
Ordförande i SPF

OBS! Ändringar och tillkommande ärenden uppdateras fortlöpande på hemsidan
www.svenskpsykiatri.se

ANNONS



Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

The British Journal of Psychiatry iPadversion **Nytt!**
Nordic Journal of Psychiatry online
The Nordic Psychiatrist
Läs mer på hemsidan under "medlem"

www.svenskpsykiatri.se

Observera att möjligheten att använda CPD Online upphörde den 1 juli.

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.sluspsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



ANNONS

Skämmas eller ej

Skammens två ansikten

I små doser hjälper oss skamkänslor att navigera i relationer och i frågan om var gränserna går för tillhörighet i sociala grupper. I stora doser får de oss att krympa, de kan förpesta våra liv och starka upplevelser av skam kan till och med få oss att bestämma oss för att avsluta det. Men vad är då värt att skämmas för? Det är nästan omöjligt att säga något generellt om. Det beror på vår självbild, på familjenormer och på kulturella kontexter. Vilka livsområden handlar det om?: allvarliga misslyckanden, aggressiva handlingar mot oss själva eller andra, kroppen, kroppsfunktionerna, opassande umgänge och sexuella beteenden. Skamreaktioner är kopplade till våra förväntningar på oss själva och våra föreställningar om andras förväntningar på oss. Andras reaktioner kan få oss att skämmas, men vi kan också skämmas för fantasier, avsikter och handlingar okända för utomstående. Många beteenden kan väcka såväl skam- som skuld-känslor men de senare lämnas därhän i detta sammanhang.

Förskjutande av skamgränser mellan privat och offentligt

Om vi upplever skam eller inte beror delvis på sammanhanget. Det som är skamligt "inför öppen ridå" iakttagbart för alla, kanske inte är skamligt i enrum eller på tu man hand. Gränsen mellan skam eller inte skam hänger sålunda ihop med kulturella "överenskommelser" om vad som är privat och vad som är offentligt i en viss kultur. Vi har kunnat bevittna hur gränsen har förskjutits påtagligt under senare år framför allt i den västerländska kulturfären, inte minst i Sverige. En odelat positiv aspekt är möjligheten för människor med olika sexuell läggning och könsuppfattning att våga framstå som de är. Olika psykiatriska syndrom håller på att få offentliga "ansikten". Andra mer omdebatterade företeelser kan vara en mediautveckling med dokusåpor av "Big Brother-typ". Men den stora arenan för testning av vad som är värt att skämmas för eller ej försiggår inför mer eller mindre öppen ridå på internet, en global värld till vilken alla (nästan) har tillträde.

Skamlöshetens paradys

På nätet kan vi bevittna annat utforskande av skamgränser. Där kan till exempel ungdomar pröva ut hur andra ser på deras handlingar inklusive deras kroppar – Likes eller inte? De kan pröva olika fiktiva handlingar och identiteter i chatt med jämnåriga. Men på nätet finns också utsagor och handlingar som är betydligt mer spektakulära. Hur frispråkig, fräck, oförskämd, hatisk, nedvärderande och arrogant får man vara innan uttalandet plockas bort från sajten? Vilka handlingar får man begå aggressivt eller sexuellt innan man har överskridit gränsen. Sadistisk

barnpornografi i realtid? Hur ser utrymmet mellan vad som är olagligt och vad som är outhärdligt osmakligt ut? Var går yttrandefrihetens gränser? Kan det finnas anledning att skämmas för något som inte är olagligt? Dessa fenomen är naturligtvis i sig inte okända. De skymtar fram i litteraturen, det finns väl inte någon mänsklig destruktiv fantasi som inte har filmatiserats. Men detta är fiktion och den har sina ramar. Motsvarande aggressiva och erotiska fantasier, mer eller mindre skambelagda, kan ha kommit till uttryck på Freuds divan. Har de omsatts i handling är det sannolikt rättspsykiatriska ramverk som gäller.

Att bita huvudet av skammen

På internet med den möjlighet till anonymitet som finns, är ramarna för tänkbara uttryck i det närmaste gränslösa. Nätet utgör ett gemensamt tillgängligt universum lika stort som det kollektiva, gemensamma själslivet, nästan. Gränsen mellan mänsklig fantasi och acceptabelt beteende förefaller att utforskas, inte genom att man sakta närmar sig med ett gradvis allt mer provokativt beteende tills skamgränsen är nådd, utan lika mycket genom att tydligt överskrida gränsen, hålla god min och "bita huvudet av skammen" – det vill säga bete sig uppenbart skamlöst. Var och en är fri att undersöka var den personliga skamgränsen går genom att notera sina reaktioner på olika obsceniteter på nätet. Fast då måste man klara av att "ta höjd" för att någon eller några redan har gått före och i viss mån bitit huvudet av skammen genom ett offentliggörande av det som visas upp. En fotbollssupporter kan vråla "död åt domaren" när ett tusental andra gör det samtidigt, men skulle kanske inte göra sin egen röst hörd i ett dyligt "solonummer" på läktaren. När en grupp utövar någon potentiell skamlighet tycks det som om skammen delas i lika många delar som det finns gruppdeltagare (åtminstone i stunden). Om delad glädje är dubbel glädje, är delad skam halverad!

Vad är värt att skämmas för - egentligen

Det tycks sålunda pågå ett slags "öppna förhandlingar" i media och på nätet om var gränsen mellan offentligt och privat ska dras beträffande vad vi har anledning att skämmas för, men också en mer djupgående dramatisk process vad gäller skam och skamlöshet. Vad kan man tänka om detta tillsynes absurda vältrande i skamlösa osmakligheter och omänskligheter som förekommer på internet? Kanske vi, i ett globalt perspektiv, genom ett slags gigantiskt gemensamt utforskande genom ett laborerande med alla tänkbara överdrifter håller på att undersöka om vi kan bli mer eniga om vad som är värt att skämmas för, ett slags skamkalibrering som i framtiden skulle underlätta ett mellanmänskligt globalt umgänge.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Om skam och skuld

Skammen är en reaktion på upplevelser som drabbar bilden av mig själv som en respektabel person som har en plats i min flock. Den som känner skam vänder sig bort, tittar ner, låtsas att han inte är där, försöker komma ur situationen. Skam är en obehaglig känsla, den får en att känna att man inte duger, att man är en förfelad människa. När en upplevelse väcker skam försöker man komma undan, eller hitta ett ritualiserat sätt att hantera den. Tänk på Volkswagen-chefen som stack huvudet i sanden, tänk på de japanska direktörerna som gråter i teve. Eller begår harakiri. Den som står bredvid någon som skäms vill helst komma därifrån, eller se till att den skamsne slutar skämmas. "Du behöver inte skämmas, vi glömmer det här." Den evolutionära betydelsen antas vara att den som skäms visar sitt misslyckande, sitt underläge och hoppas få komma tillbaka för att man tycker synd om honom. Den leder sällan till konstruktiva handlingar.

Att känna skuld lär vi oss. Skam är en automatisk reaktionsmöjlighet, skuld kräver tankearbete. Många forskare menar att skulden utvecklas ur skammen och innebär att vi inte bara försöker komma undan utan istället tar ansvar för det vi gjort. Skulden är en tankemässigt och socialt förädlad skam. Skuld känslan bär möjligheten till förändring, att göra bättre nästa gång. När jag skäms känner jag mig bara dum, när jag känner skuld kan jag säga "Förlåt, jag ska bete mig bättre nästa gång". Skulden ger ett betyg på mina handlingar, inte på mig själv. Skammen ger mig oresonabla kroppsliga reaktioner, skulden är en effekt av en bedömning av mina moraliska föreställningar och mina handlingar. Om jag känner skuld kan jag gottgöra det som jag felat. Att vara med en människa som berättar om sin skuld får de flesta av oss att hoppas att personen ska be om ursäkt och med uppriktighet lova att göra bättre nästa gång.

I all sjukvård misslyckas man då och då med det man försöker göra. Frågan är om behandlaren känner skam eller skuld när hon gör en felaktig bedömning eller genomför en behandling som inte visar sig vara effektiv. Tyvärr är mitt intryck när det gäller psykologisk behandling i psykiatri att det är mer skam än skuld som behandlare känner. Man skaffar sig inte rimliga kriterier att mäta sina insatser mot, man förklarar bort misslyckanden med att patienten inte var motiverad eller alltför sjuk.

Enkelt uttryckt är frågan om det är terapeutens rätt att få använda sin metod eller patientens rätt att få adekvat behandling som kommer först. Ett välkänt problem är de årslånga samtalsterapier som sällan följs upp och sällan har någon realistisk målsättning. Ett mindre uppmärksammat problem är terapiavhoppen. I en nyss publicerad meta-analys där man gick igenom avbrutna KBT-behandlingar vid olika tillstånd fann man att vid depression (n studier = 15)

avbröt 36 % av patienterna behandlingen i förtid (Fernandez et al., 2015). I en svensk randomiserad studie fann vi att det var signifikant fler avhopp från KBT-behandlingar än från IPT-behandlingar vid depression (Ekeblad et al., 2015). Med tanke på att det just vid depression finns ett antal effektiva psykologiska behandlingar (Cuijpers et al., 2008) finns det skäl att ge patientens preferens större plats.

Problemet har självklart inte med behandlingsinriktning att göra utan med inställningen till att ge behandling. Och till sig själv som behandlare. Är det mitt uppdrag att ge den behandling jag en gång lärt mig och tror på? Eller att prova en behandling men vara beredd att ändra både metod och behandlare om patienten inte svarar på behandlingen?

I en amerikansk studie fann man att 90 % av de psykoterapeuter man frågade ansåg sig tillhöra den översta kvartilen när det gällde yrkesskicklighet (Walfish et al., 2012). I flera andra studier har man funnit att psykoterapeuter har synnerligen begränsad förmåga att förutse att patienter kommer att misslyckas med behandlingen (Hannan et al., 2005; Hatfield et al., 2010). I en studie av ungdomspsykiatri fann man att 15 % av patienterna hade en reliabel försämring efter behandlingen (Warren et al., 2010). En svensk studie visar att 7 % av patienterna i vuxenpsykiatri är reliabelt försämrade efter behandlingen (Mechler et al. 2015).

Det märkliga är att man inte använder etablerade metoder för att kontinuerligt följa behandlingsresponsen. Det finns flera olika sådana, som Partners for Change Outcome Management System (PCOMS, Miller et al., 2005), OQ-Analyst och Clinical Outcomes in Routine Evaluation Net (CORE Net; Barkham et al. 2006). De har visat sig fungera utmärkt när det gäller att uppmärksamma behandlingar som inte får förväntat resultat eller där patienten verkar försämrats. De bygger på att patienten på någon typ av dator (platta, mobil) skattar sitt tillstånd och ger terapeuten kontinuerlig information om till exempel symtom och upplevd allians. Ett antal randomiserade studier har visat att denna typ av feedbacksystem ökar behandlingsframgången för patienter som riskerar att försämrats med effektstorlekar uppåt $d = .70$ (Boswell et al., 2014).

Studier från olika länder pekar alla på att patienter gärna använder dessa system. Det är alltid terapeuterna som är hindret. Varför? För att terapeuter tror att misslyckanden är något att skämmas för, istället för att tänka att de kan rättas till om - man inte sticker huvudet i sanden.

Rolf Holmqvist
Professor, Avd för psykologi
Linköpings Universitet

Referenser www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

SJÄLVVALD DÖD – skam eller ära?



Foto: Shutterstock/ KieferPix

Sannolikt är nästan alla personer som tar sitt liv i Sverige deprimerade och skulle ha kunnat behandlas. Ändå tycker jag att man inte enbart skall psykiatisera problematiken. Den deprimerades sjukdom lever inte i ett vakuum utan i ett sammanhang bestående av bland annat vederbörandes person, kulturella bakgrund, värderingar, sociala situation. Jag vill lyfta fram kulturell bakgrund och värderingar som den deprimerade har fått med sig som stöd för sitt tänkande och handlande. Detta är en tveeggad barlast. I vissa sammanhang är det maximalt skamfyllt att avsluta sitt liv, i andra sammanhang är det högst ärofyllt. I vilket fall är tankefiguren att själv avsluta sitt liv en del av vårt kulturarv.

Shakespeare lär vid 52 tillfällen peka på suicid som en möjlig lösning på en konflikt. Hamlets suicidmonolog, "Att vara eller inte vara ..." är kanske det stycke i världslitteraturen som är mest känt, alla kategorier, och mest memorerat. Jag tror anledningen är att Shakespeare beskriver ett tänkande som är mycket vanligt, även bland icke-deprimerade. Han moraliserar inte men belyser mänskliga förhållanden. Några få väljer denna utväg. I de flesta pjäserna går dramat vidare. Andra lösningar yppar sig, mer eller mindre lyckade. Anledningen till att Hamlet avstår från att vända dolken mot sig själv är, enligt texten, att han är rädd för vad som skall komma senare. Han säger själv att det är ett fegt beslut att inte ta livet av sig, han skäms. Vi tycker inte så – det var klokt och dramat kunde fortsätta. Men vilket avtryck sätter monologen i våra sinnen? Finns det inte ett sentiment kvar att det är modigt att visa handlingskraft och inte bry sig om vad som kan komma efter? Hamlet är en sympatisk gestalt som man gärna identifierar sig med – inte bara på gott!

Flera kyrkor har, med visst stöd i bibeln, (under perioder) syndförklarat suicid och förbjudit gravsättning i vigd jord. Livet är en gåva av Gud och får inte förstöras, i alla fall inte på detta sätt. Vi skall bära våra ok och därmed vinna salighet, inte smita undan. Försyndelsetankar som rimmar väl med detta tankegods är inte ovanliga bland djupt deprimerade. Det är inte givet vilka slutsatser en person som redan upplever sig förtappad drar av detta synsätt.

Men självmord död heroiseras också i flera andra sammanhang än hos Shakespeare. Soldater i strid skall inte vara rädda för döden. Om någon tar på sig en mycket farlig uppgift anses det berömvärdt även om det kan vara en tydligt suicidal handling. Japanska kamikazepiloter under andra världskriget och dagens terroristiska självmordsbombare är typexempel.

Seloternas kollektiva självmord på berget Masada strax innan det skulle intas av romarna har blivit en symbol i militära ceremonier i Israel.

Vad säger det oss att många anser att det finns ärofulla suicid? Givetvis att suicid ibland kan vara en rimlig, inte skamfull lösning. Livet är inte (alltid) heligt.

Får man avsluta sitt liv om man finner det plågsamt, utan glädjeämnen och utan hopp om ändring? Har man en plikt att fortsätta ett sådant liv? Är det skamfullt eller berömvärdt att avsluta ett sådant liv själv? Har läkare/psykiater en roll i en sådan situation?

Jerker Hanson
Psykiater, Stockholm
 jerker.hanson@telia.com

Skammen i vår tid

En stark känsla av skam begränsar förmågan att tänka och handla som vi brukar. Den bryter effektivt sönder våra integrativa funktioner, avvägningen mellan informationen från känslolivet och förnuftet blir satt ur spel. Antingen blir vi handlingsparalyserade eller så betar vi oss avstängt och irrationellt.

Affektregleringen sätts intensivt på prov när vi möter vår skam. Skammen intar en särställning bland affekterna, det är ofta lättare att tåla intensiva känslor av andra slag än det är att uthärda skamkänslor som direkt påverkar upplevelsen av självbild och egenvärde.

Är skammen inte fullt så stark kan den förstås, precis som andra affekter bidra till en anpassning till en rådande situation.

Det finns saker i vår samtid som väcker skam av annat slag, själva "samhällets eget psyke" är utsatt för prövningar. De som inte talat sanning om vägen från land A till land B, som inte har handlingar som styrker att de har den bakgrund som de uppger, som ljuger om åldern. En extremt stor anhopning av människor som flyr från krig och förföljelse och som prövar landets förmågor. Nånstans går gränsen för vad man klarar av, så låter det bland många just nu. När tidningen kommit i tryck är det oklart vad samhällets allmänna röst säger, så fort ändras det. Men risken att människor inte ska kunna få skydd väcker oro hos mig. Det kan hända att den är obefogad, det kan hända att skyddet kan ges någon annan stans men oro väcks. Och jag skäms för landet. Och jag skräms av perspektiven.

Jag hade sannolikt inte existerat om inte min mamma 1941 ljugit om sin ålder. Efter att Tyskland hade tagit Vilna (Vilnius) sorterades judarna efter ålder och duglighet. De äldre och de yngre dödades omgående i skogen utanför Vilna, lager på lager. Några småsysstrar till mamma hörde till dem.

Mamma var född 1929, hon var alltså ungefär 12 år. 13 tycks ha varit en nedre åldersgräns för att få bli slavarbetare så vips var min mammas födelseår 1928. Annars hade hon dödats. En medveten lögn tillsammans med slumpen som gjorde att hon överlevde allt därefter gjorde att hon kom till Sverige efter kriget.

När hon steg av båten i Trelleborg och skulle vidare sattes hon tillsammans med andra flyktingar på en buss. Där såg hon något som skrämde henne intensivt, hon var för ett ögonblick övertygad om att hon och alla andra var lurade och att det som nu hände var ytterligare ett steg mot döden. På väggen i bussen fanns en skylt med svart text mot gul botten där hon läste "juden", tyska för "judar" och ett ord som hon läst många gånger på gula skyltar med skrikande

svarta bokstäver. Ett övermaktens och mördandets ord. Det stod inte "juden". På skylten stod "Rökning förbjuden". Vi vet aldrig var den som varit med om förfärligheter har sina dissociationsnycklar, något som alla som arbetar med traumatiserade människor har märkt.

En pojke som jag träffat under hösten, ensamkommande flykting från Afghanistan, blev likblek när jag under samtalet reste mig från min stol för att jag skulle hämta något ur min väska, som stod bakom stolen. När jag strax därefter vände mig mot honom igen hade gossen ett panikslaget ansiktsuttryck. Han lyckades överbrygga den omedelbara skräcken och berättade för mig att jag rört mig precis som en torterare gjort när han vänt sig om och tagit upp ett tillhygge. Vi vet som sagt aldrig var skräckens nycklar bor. Men sannolikt behöver pojken skydd och en plats där han kan fortsätta leva och bilda familj, få barn som blir läkare, bilmekaniker, nagelskulptör eller något annat.

Den skam jag kan känna inför resonemangen kring flyktingmottagande hänger förstås inte bara ihop med min och min familjs historia. Givetvis hade fler ur Europas judenhet räddats till livet om bland annat Sverige låtit fler komma hit innan det var för sent men skammen handlar också om hur vi som samhälle förskjuter våra referensgränser utan att märka det. Sådant som för några månader sedan var ett rasistiskt partis retorik – att sända signaler till flyktingar i andra delar av Europa om att inte komma hit – är plötsligt ord man kan höra från regeringshåll.

Går det att märka av förskjutningen av vars och ens egna perspektiv innan det är för sent? Hur hjälper vi varandra att upptäcka de små förändringar som kommer att innebära en annan syn?

Här kan skammens påverkan på självbilden utgöra ett allvarligt hinder. Skammen som med sin affektstyrka slår håll på min känsla av vem och vad jag är. Den sortens attack på självbilden påverkar på olika sätt. Antingen genom att hastigt och drastiskt avvisa tanken på det som utlöst skammen eller något annat, något som åtminstone tillfälligt tystar känslan. För att tysta sin skam kan man följa strömmen för att slippa ta ställning, särskilt om ställningstagandet är förenat med risken att inte passa in, att inte hålla med, att utsätta sig för andras nesa. Priset kan bli högt.

Och mitt i skrivandet av den här texten, katastrofen i Paris. Något annat trängde sig in, som kommer påverka allt.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Skäms!



Foto: Shutterstock/ alphaspirit

Skammens ögonblick har nog alla upplevt någon gång. Kanske framför allt under vår barndom då vi ska lära oss var gränserna för det socialt accepterade går. Vi vet alla att det finns beteenden som inte "passar sig" i våra olika sociala arenor. I skolan, i kamratkretsar, på släktträffar och senare jobbet mm. Även i mindre, mera intima situationer och relationer finns acceptabla och mindre acceptabla beteenden. Inte lätt att veta vad som är OK, förväntas etc när man träffar en tjej/kille första gången på tu man hand t.ex....

Hörde om en kompis som fick följa med en kamrat som tillhörde en "fin" familj på en utflykt med medhavd förtäring. Han bredde en smörgås och skulle sedan ta lite marmelad. "Byt kniv", sa pappan. Min kompis berättade att han kände sig dum och rodnade.

Själv minns jag muntliga förhöret på min studentexamen. Hade varit hemma på lunch och vilat en stund men var nu tillbaka för dagens sista tenta nämligen engelska. "Will you tell me a little about the space research", undrade lektorn. "Space research", tänkte jag. Space betydde ju något med utrymme. "Plenty of space" kunde man ha... Alla tittade på mig och det stod stilla i samtliga hjärnvindlingar. "Well about satellites and such things", sa lektorn ledande. Rodnande började jag stamma något om sputnik osv. Pinsamt. Efter detta tittade min granne på mig och sänkte blicken. Jag förstod inte men tittade ner. Till min fasa såg jag att jag glömt ta upp mina byxhångslen efter min lunchvila utan bara slängt på mig kavajen... Min pappas vita, lite koriga hångslen hängde i två bågar nedanför kavajen...

Att göra bort sig kan ge en viss skamkänsla men det finns betydligt värre typer av skam som olika former av mobbning

med förnedrande kommentarer om min person. Skam är svårt att uthärda om jag redan bär på en dålig självbild. Jag kan känna mig förnedrad och till slut få tankar om att jag är värdelös och inte orkar fortsätta leva.

Men den som verkligen gjort något dumt kanske förtjänar ett "Skäms!" som ett avståndstagande till dylika handlingar? Som ett förtydligande var gränsen för det acceptabla går?

Det krävs en social norm, en flock, ett samhälle för att skam ska uppstå. Se på hunden som kryper ihop och sticker svansen mellan benen när jag säger ett FYYYY! Katten bryr sig inte...

Vad behöver då den som lider av skammens helvete? Förutom att få tala, ja älta, sina upplevelser behöver denna person hjälp med att se sig själv på ett litet avstånd ("Ställ dig 2-3 m utanför dig själv och berätta vad du ser"). Att få lite mer normala proportioner på det upplevda, att inte vara kvar mitt i de svåra känslorna längre. Sedan gäller det att hitta små ögonblick av stolthet – skammens motsats – i personens liv som kan väga upp de svåra nederlagen. Någon har sagt: Att kunna känna skam gör oss till människor, lägger grunden för empatisk förmåga...

Per Rosenqvist
Specialist i invärtesmedicin, allmän psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri

Leg. psykoterapeut och handledare
Malmö



Är du dum i huvudet eller? Funderingar kring ett gammalt brev

Bland min morfar psykiaterns kvarlämnade papper hittade jag ett brev som först väckte viss muntherhet, men efterhand även medkänsla.

Brevet som är daterat 13/9 1933 är skrivet av en provinsialläkare på västkusten. Det är adresserat till morfar i Stockholm. Kanske hade de varit kurskamrater?

Så här lyder det:

Broder!

Jag undrar, om du skulle vilja göra mig en tjänst och om möjligt omgående. Saken är den, att jag av omständigheterna tvingats börja utföra den s.k. sänkingsreaktionen, vilket var en okänd sak på min tid. Skulle du vilja säga mig, om du vet uppgift på någon litteratur, där tekniken vid reaktionen ifråga står beskriven. I mina gamla böcker står reaktionen ej nämnd. Du tycker kanske det är konstigt, att jag skriver så här hux flux, men jag känner ingen annan människa jag kan fråga om en sådan sak, utan att blamera mig ohjäpligt.

Hastel. med hälsn.

Vännen N.N.

Men hallå, sänkingsreaktionen, gamla sänkan, finns det ett mer självklart prov? Man inser förstås att detta självklara en gång varit en nyhet, som allt annat. Och att jag själv nästan dagligen hör talas om sådant som är helt nytt, och att det en gång också kommer att vara självklart.

Metoden att mäta sänkan beskrevs och utvecklades i Sverige under tidigt 1920-tal. Hur är det möjligt att det var helt okänt för provinsialläkaren drygt 10 år senare? Kanske tog det lika lång tid att implementera ny kunskap då som nu?

Och hur kom det sig att han inte kunde fråga någon i sin omgivning utan kände sig tvungen att skriva till en psykiater 40 mil bort? Uppenbarligen skämdes han för att visa sin okunskap för kollegerna på orten. Kanske verkade han i ett sammanhang där man inte kunde erkänna sina kunskapsluckor utan att bli förlöjligad? Kanske hade han fog för sin oro att blamera sig? Så kan det ju vara även idag. En gång som ny på en arbetsplats var det en rutin som jag inte begrep mig på. Jag sökte upp en kollega och frågade hur jag skulle göra. Kollegan stirrade på mig en stund och sa sedan "Är du dum i huvudet eller?". Och vände på klacken och gick. Och, ja, jag kände mig ganska dum, och aktade mig noga för att någonsin ställa några fler frågor till just den personen.

Men det är väl alldeles väldigt tråkigt om vi har en kultur där det inte är möjligt att blotta sin brist på kunskap utan att behöva skämmas. Vi behöver ett klimat där det är helt OK att fråga när vi är osäkra, även när vi varit specialister i flera decennier. Ytterst är det såklart en fråga om patienternas säkerhet Även om vi idag har andra möjligheter än 1933. Nu kan vi smyga iväg till våra datorer och några tangenttryckningar senare har vi i bästa fall blivit litet mindre osäkra.

Den gode provinsialläkaren, han fick förlita sig på sina vänners diskretion.

Jag hoppas så att han fick hjälp.

Tove Gunnarsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **17/02**
Tema Det uppblåsbara självet



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 psykiatri och våra patienters intressen.

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

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri





Skam i kroppen

Foto: Shutterstock/Kishivan

En kvinna jag mött på min mottagning blev deprimerad efter ett neurokirurgiskt ingrepp. Hela hon sjönk stämningmässigt postoperativt och neurokirurgen ropade på psykiatri. Psykkonsulten träffade patienten och konstaterade att hon var deprimerad. "Yppar inget suicidalt", stod det i remissvaret. Förklaringen var enkel, patienten skämdes som en hund över sina planer på att ta sitt liv. Jag har träffat flera liknande fall, där patienter som försökt ta sitt liv initialt förnekar sin suicidala avsikt. En annan patient sa efter ett självmordsförsök med morfin att hon inte ville dö, "bara komma bort en stund". När jag träffade henne nästa gång hon var deprimerad tillstod hon att morfin-intoxen visst var ett självmordsförsök. Efter den var det som att hon hade slagit in en dörr, som hon kunde gå ut igenom när livet bar emot. Vi fick uppåtda massiva resurser för att hålla patienten kvar i livet.

Skam kan hindra oss från att säga som det är. Min driftige systerson var huvudmisstänkt när morfars dator fått en härdsmälta, med randomiserade tecken över hela skärmen. När vi vädjade till den djärve ynglingen att erkänna att han använt datorn utbrast han: "jag vågar inte!" Samma sorts rädsla kan leda till flygplanshaverier, om man inte vågar rapportera säkerhetsbrister, och den lär ha bidragit till en försening av räddningsinsatserna vid reaktorhaveriet i Fukushima.

Är då skam av ondo? Nja, det är en obehaglig känsla som kan bidra till rättning i leden, att man uppför sig helt enkelt. Där skuld fungerar som en inre moralisk kompass, där vi mår dåligt om vi har gjort något dumt, är skammen snarare en yttre kraft som ser till att vi inte gör bort oss i vår sociala

kontext. När man borde skämmas beror på i vilken kultur man befinner sig. En trivialitet i vårt land blir en pinsamhet i ett annat. I Japan är det till exempel tveksamt om en man borde äta glass offentligt och kvinnor kan få menande blickar om de äter banan direkt ur skalet ("monkey style"!)." Vad som är pinsamt blir något mer allmängiltigt när man talar om en skamgräns, en lägstanivå för socialt beteende.

Det hörs ibland, om än alltmer sällan, att personer inte har någon skam i kroppen. Är det där den sitter? När man träffar personer med prefrontala lesioner blir det i varje fall tydligt att vissa kretsar i hjärnan behöver fungera för att man ska kunna skämmas. Typfallet är rallarförmannen Phineas Gage, som gick från att vara gudsfruktig, idog och from till att bli en oförsämd, fräck och frenetiskt svärande fyllbult efter att ha fått ett järnspett rakt igenom prefrontalkortex efter en explosion.

Borde vi då skämmas? Inte nödvändigtvis, och förstås inte om vi beter oss någorlunda hyggligt mot varandra. Vi borde verkligen inte känna skam för sådant vi inte väljer själva. Det gäller i synnerhet psykisk ohälsa. Den som drabbats av psykisk sjukdom har sin beskärda del av lidande och inskränkt liv, utan att behöva skämmas över sin sjukdom därtill.

Mikael Tiger
Överläkare, med dr
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Skammen, psykiatrin och media

Psykoanalytikern Léon Wurmser skriver i sin bok "The mask of shame" om sina egna svåra erfarenheter av skamkänslor och förnedring. När han är sju år förstår han redan att han är en oacceptabel person eftersom han hör till en annan ras, han är jude och även om hans familj bott i den lilla staden i Tyskland i tre generationer så betraktas de som främlingar och inkräktare. I årtal känner han sig underlägsen och känslan av att vara fredlös fördjupades av den dåvarande tyska propagandan som öste skam och förakt över honom och hans grupp.

I sin yrkesverksamhet hittar han känslor av skam hos patienter och andra personer. Han beskriver att skammen kan finna många förklädnader, den kan vara dold bakom kyla och högdragenhet eller uttryckt i överdriven underkastelse och servil underdånighet. Han noterade också att hans vänner var motvilliga till att använda termen skam, och han misstänkte att han kanske övervärderade skammens betydelse, men kom fram till efter många år av terapeutiskt arbete att skamkänslan som affekt var viktig och att det var fel att negligera skammen även om den inte passade in i den psykoanalytiska teorin.

Ordet skam

Ordet skam kommer från det högtyska ordet scama med meningen "känsla av skam" och det tidigare ursprunget är det indo-europeiska kam som betyder att täcka över, att dölja sig själv. Uttrycket att man skulle vilja dra en slöja över ett elände passar bra in här.

Skamkänslan kan leda till att man får bära "skammens rodnad" på sina kinder och att "man förlorar ansiktet". I en del kulturer och sammanhang kan detta medföra suicid som en metod att återupprätta äran. Ett annat sätt att skydda sig mot den obehagliga känslan skam kan vara att man försöker projicera hat och förakt på "någon annan".

Skam i litteraturen

Wurmser citerar även den svenska klassiska litteraturen och nämner den undersköna Marianne Sinclair (Gösta Berlings saga), som är offer för den sociala skammen och har själviakttagelsens ande inom sig som gör att hon aldrig lever fullt utan iakttages av "anden med isögonen, själviakttagelsens underliga ande, den bleka väktaren vid handlingarnas källa – självförhånandets gud".

Den sorgliga hjälten Hamlet är en rollskapelse som också kämpar med skammen över att mamman sover med faderns mördare "O shame! Where is thy blush?". Freud har tolkat detta som att Hamlet har undertryckta sexuella begär efter sin mor, ett Oedipus- eller Hamletkomplex helt enkelt.

Psykiatrin vid skampålen

Jag kom att tänka på boken av Wurmser när jag läste en artikel ifrån en kvällstidning i södra Sverige. I denna artikel beskrevs ett tragiskt självmord som redan är exponerat i media. I samma artikel blev hela psykiatrin i Region Skåne förd till skampålen. Psykiatrin i Region Skåne var en skam för vårdsverige och psykiatrin i Skåne var dessutom inte bara en "skam" för vårdsverige utan en skam för hela vår civilisation!

Det kändes ju trist att ingå i det som är en skam för hela vår civilisation, hur förhåller man sig till det? Det var ju inget vidare, och visst kände jag mig som en skamsen, blöt hund efter att ha läst detta och jag fick en kvardröjande känsla av obehag. Det kändes inte motiverande att fortsätta arbetet. Många personalgrupper inom psykiatrin känner sig ju också skambelagda, och är trötta på att bli anklagade. "Varför är det ingen som försvarar oss" är en vanlig kommentar.

Att förhålla sig till media

På något sätt får man om man arbetar i psykiatrin förhålla sig till media och komma ihåg att det finns också mer djuplodande och analyserande press som inte är fullt så svartsynt som exemplet jag nämnde. Det finns journalister som skriver bra och upplysande om psykiatrisk behandling och som kan medverka till att framtida patienter har realistiska förväntningar på sjukvården och också att personal kan slippa att känna sig nedvärderade. En olycklig effekt av den massmediala hårdheten kan ju vara att empatiska och kunniga personer lämnar psykiatrin. Arbetsmiljön är hård och man får klä skott för mager budget, karga avdelningsmiljöer, personalbrist och orimliga krav. Trots all dålig press så har psykiatrin paradoxalt ett allt högre söktryck. Speciellt de yngre åldersgrupperna söker i större utsträckning hjälp för psykiska problem trots negativ press.

Så man får väl knega på, ta en dag i taget och ta vara på de små glädjeämnen. I förra veckan på väg till hembesök i tjänsten åkte jag taxi och den lite äldre taxichauffören frågade vänligt hur det var i psykiatrin med alla nedskärningar och uttryckte förståelse för att arbetsmiljön verkade vara besvärlig. Vänliga människor kan verkligen inte överskattas! På hembesöket sedan blev jag mycket trevligt mottagen med nybryggt kaffe och bulle, så då tyckte jag att det inte var så dumt att arbeta i psykiatrin trots allt och skammen kändes lite lindrigare.

Man kan ju också bearbeta sina känslor med lite författande och skrivande psykiatrer kan kanske utgöra en motvikt till det negativa pressflödet. Det kan ju vara en from förhoppning iallafall.

Cecilia Mattisson
Överläkare, docent
Lund

Traumarelaterad skam

Fick fråga om att skriva om skam- och skuldproblematik på temat "skäms" och hur det ter sig hos våra tjejer på Segesholms behandlingshem och vilka implikationer det har för behandlingen av deras PTSD-problematik.

Skuld och skam

Viktigt att belysa skillnaderna mellan skuld och skam då de skiljer sig åt på flera viktiga delar och faktiskt är två olika affekter. När vi säger att vi skäms eller säger att någon annan borde skämmas så är det troligen skuld vi åsyftar till. Skuld är en självmedveten affekt där vi värderar ett beteende som vi gjort eller inte gjort (men borde ha gjort). Skam är en självmedveten affekt, ofta tillsammans med emotionerna avsky och äckel där den *egna personen/jaget* värderas och upplevs negativt.

Skam och Komplex PTSD

Hos de tjejer på Segesholm som varit utsatta för upprepade sexuella övergrepp från tidig ålder och under lång tid så ter sig skamproblematiken mer manifest, de behöver längre behandlingstid och är mer dysreglerade än de tjejer som varit utsatta för sexuellt våld senare i livet och mindre frekvent. Men det är mer magnituden av problemen som skiljer "grupperna" åt än problemen *per se*.

Viktiga delar i att vi som människor skapar en uppfattning om att vi är en unik individ med behov, har ett värde och jag-upplevelser (t.ex. vad vi tycker om och vad vi inte tycker om) grundläggs troligtvis till stor del under vår barndom. Om inlärningskontexten under denna viktiga period av en människas liv delvis består i att en eller flera signifikanta vuxna i barnets eller ungdomens omgivning använder den unge för sina egna sexuella behov, oavsett omständigheterna, så kommer det starkt att påverka hur personen upplever sin egen person/jaget. Under åren har jag haft flera tjejer i behandling (säkert samma med killar/män med komplex PTSD men Segesholm jobbar bara med unga kvinnor) som berättar att de var osäkra på om de ens var en människa under åren de levde i kontext av upprepade övergrepp och ibland fortfarande inte vet om de är en människa. Genomgripande skamupplevelser hos dessa tjejer är att deras värde/person för alltid är helt igenom förstört, att de bara är en sak eller trasdocka som män kan använda hur och när de vill och att de inte har några färdigheter att avstyra om så är fallet. De kan återkommande uppleva starka emotioner av att vara äckliga eller avskyvärda.

Behandlingen

Då våra behandlingar för denna grupp ofta pågår ett år eller längre så ska jag inte här försöka mig på konststycket att beskriva den fullt ut. Men de viktigaste delarna av vår behandling för unga kvinnor med komplex PTSD är: Valide-

rande bemötande, validerande bemötande, validerande bemötande, färdighetsträning (t.ex. sociala), KBT och exponeringsbehandling, DBT-färdigheter och Beteendeaktivering.

Att förstå funktioner av egna och andras beteenden

En försvårande omständighet med skam och skuld är att det vi skäms över pratar vi helst inte om med andra och därmed inte heller med vårdpersonal. Inte ovanligt att fast många av våra tjejer haft långvariga vårdkontakter med både BUP, vuxenpsykiatri och ibland socialen så har de sällan pratat om det de varit med om, åtminstone inte i sin hela omfattning. Vi har därför i början av behandlingen en omfattande psykoedukation kring skam, vanliga reaktioner vid sexuella övergrepp och framförallt intar vi ett icke värderande förhållningssätt gentemot våra tjejer och de beteenden de använt sig av.

Att som barn leva i kontext med återkommande övergrepp från signifikanta vuxna utifrån dennes/dessas vilja och kontroll innebär reell och upplevd maktlöshet att kunna undvika övergreppen/aversiva situationer och stimuli. När vi inte kan undvika ATT något aversivt ska upplevas så försöker vi ofta åtminstone kontrollera NÄR det ska ske. Den anticipatoriska oron kring när förövaren nästa gång kommer att göra sexuella närmanden mot den unge kan därför också vara trigger för att initiera övergreppen för att "få det gjort". Detta kan ofta också bli en generaliserad och funktionellt förstärkt strategi att använda vid ångest senare i livet när man inte i reell mening står utan val längre. Dessa tidigare och ibland nuvarande beteendestrategier är ofta del av både skuld och skam hos våra tjejer.

Peri-trauma dissociation som emotionell-numbing är ofta den andra strategi vi kan använda i en okontrollerbar kontext och situation där vi utsätts för övergrepp av andra. Det är funktionellt i en omöjlig situation, men att ha varit passiv under tiden som övergreppen pågått är många gånger också bidragande till skuld och skam hos våra traumatiserade tjejer.

Förövare använder nästan uteslutande också skuldbeläggande för sitt eget beteende så dessa tjejer är, ofta från tidig ålder, indoktrinerade med att "det är deras fel", "att de eggat förövaren", "att det är bra för dem" osv. Sexuella beteenden har ofta också blivit förstärkta av förövaren/na och man har fått beröm eller gillande efter övergreppen skett.

Tack för ordet.

Johan Wetterlöv
Verksamhetschef och leg. psykoterapeut
Segesholms behandlingshem
Doktorand Linköpings Universitet

Skäms inte för att du är människa

En klok handledare jag hade en gång i tiden sa att: "Om du försöker att göra ditt bästa, var nöjd med ditt arbete. Din förmåga kommer att påverkas av din dagsform, ditt sociala liv och var du befinner dig i din utveckling samt förstås hur dina arbetsförhållanden ser ut men om du utifrån den samlade bilden försöker göra ditt bästa, var nöjd". När jag tänker på de kloka orden kan jag kortvarigt tänka att jag gjort en "good enough" arbetsinsats under en dag men tanken försvinner snabbt då jag inte tycker om begreppet, och nöjd är ett mål jag aldrig i grunden eftersträvat och kanske därav en ovan känsla.

I stället för nöjdhet som mål har istället min yrkesmålsättning hela tiden varit och är en ständig förbättring på alla nivåer för att bli vidsyntare, klokare, kunnigare och med en aldrig sinande medmänsklig kärlek och med, vid direkt patientarbete, ett individuellt förhållningssätt bidra till bästa möjliga professionella vård eller för den del verksamhetsutveckling. Förstås målsättningar som aldrig går att leva upp till fullständigt som människa, just på grund av mänskliga sårbarheten och då det vissa dagar går upp och andra ner. Målsättningen lämnar därför sällan ro och bara väldigt kortvariga stunder av tillfredsställelse.

Jag tänker ibland på hur det skulle vara att vara nöjd med sin arbetsinsats de flesta dagar och hur det skulle vara om jag utifrån min handledares visdom lättare kunde

förlåta mig själv för mina tillkortakommanden på det ena eller andra planet, för att jag ändå försökt att göra mitt bästa efter då rådande förhållanden. Skönt antar jag men kanske också tråkigare? I alla fall tröstar jag mig med det senare när jag utifrån nästan vilken situation som helst försöker se hur den kan utmytna i största möjliga förbättring. Jag försöker liksom skapa fred genom att vinna en mindre form av inre krig av kritiskt tänkande.

Jag undrar ändå inte om det är dags att komma längre mot min grundmålsättning att ständigt gå mot en förbättrad «humanistisk professionalism» på alla plan, att träna på att säga adjö till den ständiga kampen och på att bli lite nöjdare i alla fall. Troligen skulle det leda till en mer hållbar och inte minst mer glädjefull utveckling. För utvecklingen går alltid vidare men frågan är var? Den riktning jag väljer kommer bestämma vem jag blir. Året går mot sitt slut och på många sätt tid för en ljusare vändning. Blommorna måste segra över vapnen. För att citera en av våra största, ett citat en kollega på tidigare mottagning en dag lämnat på mitt bord «Skäms inte för att du är människa, var stolt! Du blir aldrig färdig och det är som det skall».

Maria Larsson
Psykiater
Stockholm

Krigen – en skam

11 november var en deadline också för Första världskriget, WW1 – inte bara för bidrag till detta nummer. När jag var i Frankrike 1955 upptäckte jag att dagen är helgdag där, "Jour de l' Armistice". Dagen firas i många andra länder med en tyst minut, kransnedläggelser mm. Under mellankrigstiden uppfattade man det ofta som en skam att kriget uppstått. Man sade "Aldrig mera krig", vilket inte hindrade uppkomsten av WW2 och flera andra krig.

År 1955 i Frankrike var minnen av lidandet efter "la guerre de 14" på många sätt fortfarande aktuella.

Om man nu googlar finner man bilder från skyttegravarna, parader och kransnedläggelser men också en gammal löpsedel med "Le jour de gloire est arrivé". Utslag av patriotisk chauvinism? Brist på skamkänsla?

Jerker Hanson
Psykiater, Stockholm
jerker.hanson@telia.com

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



Deadline för bidrag till
nästa nummer: **17/02**
Tema Det uppblåsbara självet

Senaste nytt från SPF Utbildningsutskott



Under hösten har vi haft stort fokus på den nya ST-föreskriften och hur den ska tillämpas i praktiken. I skrivandets stund jobbar vi på lathundar för att översätta de gamla målen till de nya, samt på att uppdatera SPF:s rekommendationer. Läkarförbundet har kallat representanter för alla specialitetsföreningar till två workshops för att ta fram utbildningsanvisningar för de gemensamma a- och b-delmålen. Ett utmärkt initiativ som Utbildningsutskottet aktivt medverkar i.

Den nya ST-utbildningen har fått en hel del utrymme på nästa Svenska Psykiatrikongress. Vi har bjudit in representanter från Socialstyrelsen för att presentera den nya föreskriften; Utbildningsutskottets Michael Andresen och Elina Sarasalo planerar för en spännande workshop där delmålen ska bli verkstad; Metis nya rikstäckande struktur kommer att presenteras. Välkomna att få inspiration och dela synpunkter och erfarenheter med oss på SPK 2016!

Svenska Läkaresällskapet håller på att revidera sina etiska riktlinjer för patientens medverkan i klinisk undervisning, en oerhört viktig fråga för oss alla som arbetar med utbildning. Ta gärna del av vårt remissvar på SPF:s hemsida.

Jag vill passa på att tacka Anna Malmqvist, som representerat SLUP i Utbildningsutskottet under de senaste tre åren. Hon har berikat vårt arbete med sin praktiska erfarenhet av utbildning och genom att uppmärksamma ST-läkarnas perspektiv. SLUP:s nya representanter i Utbildningsutskottet blir Sarantos Stasinakis och Maria Landén Vikerfors, ST-läkare i Trollhättan respektive Stockholm. Varmt välkomna!

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Norra Stockholms Psykiatri



ANNONS



Vad händer på Bergskog?

Jag har varit på en annan planet. Där talade vi samma språk, fast på ett annat sätt. Eller rättare sagt, det var ofta tyst när det gällde som mest. Men man förstod varandra väldigt bra.

Bergskog

Kursen heter "ett pedagogiskt arbetssätt anpassat till ungdomar och vuxna med diagnos inom autismspektrum" och pågår under en vecka i en vacker 1800-talsbyggnad, som ligger på en kulle utanför Sunne. Inte helt lätt att ta sig dit. På Bergskog ryms, förutom kurslokaler, ett boende och en daglig verksamhet.

Utbildningsformen är från början framtagen av division TEACCH, University of Chapel Hill, North Carolina i USA. Vid första anblicken handlar det om tydliggörande pedagogik, som utgår ifrån noggranna bedömningar av den enskilda individens förmågor och anpassningsbehov. Det handlar dock lika mycket om vilken grundsyn och vilka värderingar som man bygger sitt arbete på.

Vi får lyssna på korta föreläsningar, däremellan jobbar vi med fyra vuxna personer med autism och försöker omsätta i praktiken det vi har lärt oss. Lättare sagt än gjort. Vi börjar med enkla uppgifter. Inte för att personerna i fråga har autism, utan för att vi är nybörjare. Och vi märker det rätt fort. Vi tror att vi är tydliga. Det är vi inte. Vi gör en bedömning och ser att en person kan göra en viss uppgift nästan helt själv. När vi sedan ska instruera om samma uppgift – vi vet ju att han kan, ska bara stötta lite där det behövs – då fallerar det på vårt sätt att förklara. Plötsligt är allt omvänt, till det rätta. Det är inte personens förmåga som sätter gränsen för vad han/ vi kan åstadkomma, det är vår oförmåga att förklara som sätter den gränsen. Som tur är hinner vi med flera (mindre och mindre klumpiga) försök med samma person på en och samma dag. Och vi blir bättre. Och han är med oss. Och han minns! Och han gör det! Helt själv! Vi är överlyckliga.

Psykiatri

Vad har psykiatri med detta att göra då? Inte ska vi väl lära folk att koka kaffe eller sortera föremål. Nej då, såklart. Dessvärre försöker vi lära folk saker som är mycket, mycket svårare. Ångesthantering. Kunskap om olika diagnoser. Hur en avdelning eller en mottagning fungerar, vem gör vad. Sköta olika kontakter, fylla i en självskattningsskala. Sköta sina mediciner, ta rätt dos, stående eller vid behov, rapportera effekt och biverkningar. Just

det, behöver verkligen en läkare lära sig det här? Nu raljerar jag, men det kan inte vara så annorlunda för andra yrkesgrupper som arbetar inom psykiatri. Tänk bara på alla olika psykoterapiformer, det är inläring på hög nivå. Och då är det vårt uppdrag att se till att personen förstår oss och att vi förstår personens sätt att uttrycka sina behov på. Visst är kommunikation en ömsesidig historia.

Jag får ofta frågan om vad det finns för evidens att man skulle behöva anpassa bemötande, kommunikation och förhållningssätt till våra patienter med autism. Jag ska vara fräck och vända på steken. Det finns evidens att man behöver göra det när personen mår bra. Vad finns det för evidens att det inte skulle behövas när personen mår dåligt?

Hur känns det då?

Det var med blandade känslor som jag åkte till Bergskog. Jag förväntade mig att det skulle vara jätteroligt – och det var det. Att jag skulle lära mig mycket – och det gjorde jag också. Samtidigt förväntade jag mig någonting mindre roligt, nämligen att inse att jag många gånger har gjort fel eller ställt för höga krav. Även på den här punkten infriades mina förväntningar. Den insikten var, och är, tung att bära. Naturligtvis finns det ingen anledning att vara för hård mot sig själv eller någon annan för den delen. Alla gör ju så gott de kan, även jag. Men var går gränsen mellan sunt förnuft och okunskap?

Du som har läst ända hit förstår att jag fick med mig lika många frågor som svar. Kanske undrar du om jag skulle rekommendera den här kursen till andra. Javisst! Men till alla? Nej. Bara till dem som är beredda att ifrågasätta sitt sätt att tänka och agera. På riktigt. Som vågar ge sig ut på osäker mark, möta sina fördomar, byta perspektiv. Belöningen är glädjen att nå fram till en annan människa. Den behöver inga ord.

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF

Fotnot: Den "person" som jag skriver om är påhittad men har lånat vissa drag från de fyra personerna som vi jobbade med. Tack till mina kollegor och chefer som gjorde den här resan möjlig.



Nordic Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations

Torsten Björn Jacobsen, Jan Olav Johannessen, Hans-Peter Mofors, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Andres Leht mets, Kaire Adamsoo, Marianne Kastrup, Tiina Paunio, Ramune Mazaliauskiene, Nanna Briem, Jyrki Korkeila, Pogunnur Araelsdottir, Elmars Terauds, Martin Balslev Jörgensen, Elmars Rancans och Ola Marstein. (Foto HP Mofors)

Rapport från nordiska psykiaterkonferensen och möte med Nordic Joint Committee

I samband med den 31:a nordiska psykiatrikongressen i Köpenhamn i september sammanträdde Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations.

Gruppen träffas en gång per år och planerar bland annat de återkommande nordiska psykiatriska kongresserna. Därutöver publicerar den nordiska föreningen två tidskrifter: The Nordic Journal of Psychiatry och The Nordic Psychiatrist.

Glädjande nog lockade årets nordiska psykiaterkonferens mer än 800 deltagare, vilket var en lättnad för värdlandet Danmark. Den tidigare konferensen i Tromsø för några år sedan ledde till bekymmer för den norska psykiatriska föreningen, till följd av lågt deltagarantal.

Årets konferens erbjöd utöver vuxenpsykiatriskt program spår för både barnpsykiatrer och ST-läkare. Nästa nordiska konferens planeras till 13 – 16 juni 2018 i Reykjavik på Island.

Vid mötet beslöts att se över formatet för kommande aktiviteter arrangerade av nordiska föreningen. Ska gemensamma möten arrangeras oftare eller rent av på annat sätt?

Under årsmötet beslutades att Estland är ordförandeland under de kommande tre åren. Andres Leht mets är ordförande, Finland innehar kassörposten och sekreterardelen roterade till Island. Vissa stadgeändringar planeras, eftersom den nordiska föreningen fram till nu inte har varit en juridisk

person men nu behöver bli det. Ekonomin är under kontroll. Samtliga nordiska och baltiska länder är medlemmar i World Psychiatric Association. Där representeras vi av vår finske kollega Jyrki Korkeila, verksam i Åbo, som medverkade under mötet.

I slutet medverkade Håkan Parup från Informa Health Care, vilka ger ut våra tidskrifter. Utvecklingen för The Nordic Journal of Psychiatry ser bra ut, med långsamt stigande impactfaktor (nu över 1,3). The Nordic Psychiatrist kommer från nästkommande år att publiceras både online och, beroende på varje nationell psykiatrisk förenings beslut, i tryckt version. Vi kommer att skicka den till er som PDF-fil och möjligen även per post.

Lise-Lotte Risö Bergerlind avtackades efter sina tre år som ordförande.

Läs mer om konferensen i The Nordic Psychiatrist, där du också möter Jyrki Korkeila och Andres Leht mets.

Hans-Peter Mofors
Ordförande SPF

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande NCP 2012 – 2015

Svensk psykiatri behöver bättre läkarbemannning i psykiatrin – oberoende av hyrläkare

Läkartillgången inom specialistpsykiatrin i Sverige är för låg. En konsekvens av detta är användandet av hyrläkare vilket äventyrar vårdkvalitet, kontinuitet, utvecklingsarbete och ekonomi. Socialstyrelsens prognos från nationella planeringsstödet talar för en fortsatt försämring de närmaste åren om inga extra åtgärder sätts in. Samtidigt ökar intresset för att utbilda sig till psykiatriker. Genom att landstingen gör kraftfulla åtgärder såsom att utbilda fler psykiatriker, arbeta aktivt med en god arbetsmiljö och effektiva arbetsätt kan situationen förbättras. Projektet *Bättre läkarbemannning i psykiatrin – oberoende av hyrläkare* pågår sedan våren 2015, initierat av Nätverket för styrning och ledning av psykiatrin på SKL.

Tidigare erfarenheter

Många landsting har arbetat länge med åtgärder för att förbättra läkarbemanningen utan att lyckas fasa ut användningen av hyrläkare. SKL har ett pågående kongressuppdrag för att minska kostnaderna för hyrpersonal som trots det har ökat med 40 % mellan 2011 och 2014.

Ett landsting har genomfört utfasning av hyrläkare; Västra Götalandsregionen (VGR). Våren 2010 beslutade sjukhusdirektörerna där i samråd med verksamhetscheferna vid de fem sjukhusen att fasa ut hyrläkarna fr.o.m. 2013. Ett stort antal åtgärder vidtogs och i januari 2013 fanns inga hyrläkare kontrakterade i VGR. Mellan 2010 och 2015 ökade antalet anställda specialistläkare från cirka 140 till 200 och antalet ST-block från 90 till 110. Man har inte kunnat koppla några vårdskador till försämrade läkartillgång, initiativet har varit övervägande positivt bland läkare och annan vårdpersonal och kostnaderna minskade. Våren 2014 gavs ett av sjukhusen dispens efter att bemanningen närmast halverats pga. oförutsedda händelser. Efter det har situationen förbättrats och man planerar att fasa ut hyrlinjerna under 2016.

SKL-projektet Bättre läkarbemannning i psykiatrin – oberoende av hyrläkare

Initiativet togs våren 2015 av Nätverket för styrning och ledning av psykiatrin på SKL tillsammans med psykiatrisamordnaren Ing-Marie Wieselgren. Undertecknad är projektledare och rapporterar fortlöpande till Nätverket. Övergripande syfte är att förbättra specialistpsykiatrins vårdkvalitet och kontinuitet genom att stimulera landstingen till aktiva åtgärder för att förbättra läkarbemanningen och

att göra en överenskommelse landstingen emellan om en tidplan för utfasning av hyrläkare.

Projektet har hittills bestått av tre delar; kartläggning av nuläget, nationell modell för bättre läkarbemannning och samordning av tidplaner för utfasning av hyrläkare.

Kartläggning

Under april-maj gjordes en kartläggning av läkarbemanningen genom direktkontakt med verksamhetschefer, läkarchefer och HR-specialister i samtliga landsting. Den visade att det inom vuxenpsykiatrin (inkl. rättspsykiatri) i Sverige finns cirka 1025 specialistläkare i klinisk tjänst och cirka 165 hyrläkare (räknat som årsarbetare heltid). Inom Barn och ungdomspsykiatri var motsvarande siffror 245 respektive 33. Sammantaget utgörs alltså cirka 15 % av läkarbemanningen av hyrläkare. Mellan landstingen fanns stora variationer i läkartillgång/invånare.

Nationell modell för Bättre läkarbemannning i psykiatrin

Ett 50-tal representanter för landstingen bestående av verksamhetschefer, läkarchefer, HR-specialister, områdeschefer, studierektorer m.fl. har deltagit i fyra workshops. Syftet har varit att dela och sammanställa erfarenheter av de åtgärder som pågår i landstingen för att förbättra läkarbemanningen. Hittills har totalt 60 möjliga åtgärder listats under rubrikerna Attraktiv arbetsplats/god arbetsmiljö, Dimensionering, Rekrytering, Ersättningsfrågor, Nya arbetssätt och Samarbete mellan landsting. Syftet med denna nationella modell, eller "verktygslåda", är att stimulera landstingen till att vidta åtgärder som beskrivs i en lokal åtgärdsplan. Exempel på åtgärder är:

- Utöka antalet ST-tjänster, den enskilt viktigaste åtgärden
- Sätt måltal för läkarbemanningen lokalt, antal specialister respektive ST
- Arbeta tillsammans med läkargruppen kring Attraktiv arbetsplats
- Genomtänkt mottagning och handledning av läkarstudenter, AT, underläkare, ST och specialister
- Fortbildningsgaranti för specialister
- Schemalagd tid för utvecklingsarbete och ledningsarbete
- Extra ersättning till befintliga läkare som tar utökad ansvar vid vakans eller arbetar extra på jourkompledig tid

- Verka för större enheter/mottagningar med fler kollegor som oftast är mer attraktiva och klarar bredden i evidensbaserad behandling
- Produktionsplanering för jämnare arbetsbelastning och smidigare flöde
- Se över teamarbetet för att få effektivt och smidigt flöde i processerna
- Se över möjlighet till arbetsväxling till andra yrkeskategorier
- Skapa nätverk mellan landstingen för att erbjuda läkare som önskar möjlighet att bistå i andra landsting
- Under utfasningsperioden, använd endast upphandlade hyrläkarbolag

Ytterligare workshops kommer att ske i december, då med fokus på Attraktiv arbetsplats med fördjupning kring ledarskap och beslutsfattande i psykiatriska team.

Tidplaner för utfasning

Framgångsfaktorer från arbetet i VGR var att det utöver åtgärdsplaner och samarbete klinikerna emellan fanns ett datum för utfasning att arbeta emot. Detta gjorde att arbe-

tet påskyndades och fick större kraft. Från regionledningen gavs också stöd genom viss tilldelning av extra medel för utökning av ST-tjänster. En slutsats är att båda delarna behövs; kraftfulla åtgärder och en tidplan för utfasning. De förslag till tidplaner som landstingen just nu håller på att ta ställning till innebär en succesiv utfasning från nu och fram till hösten 2016 alternativt hösten 2017. Parallellt pågår landstingens arbete med åtgärdsplaner.

Vad händer framåt?

En möjlighet är att detta projekt kan vara en modell och inspiration även för andra specialiteter och yrken där det finns brist. Redan nu kommer förfrågningar från olika landsting om SKL kan samordna motsvarande arbete även för andra yrkeskategorier som sjuksköterskor och socionomer.

Martin Rödholt

Konsult, överläkare i psykiatri, med. dr.

Uppdrag psykisk hälsa 2015

Sveriges Kommuner och Landsting

martin.rodholm@skl.se

Behöver du informera om adhd?

Med rätt kunskap och stöd kan personer med adhd få en bättre fungerande vardag. Fem myndigheter har därför samordnat sina kunskapsmaterial om adhd till dig som arbetar inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och elevhälsan.

En del av materialet kan delas ut vid möten med föräldrar till barn med adhd, vuxna med adhd och deras närstående.

I fickbroschyrerna "Kort om adhd" finns exempelvis information om vad adhd är, hur man ställer diagnos och vilken typ av stöd och behandling som kan behövas.

Ladda hem eller beställ material!

På www.kunskapsguiden.se kan du ladda hem eller beställa olika material om adhd.



ANNONS

Hur ser det ut med utbildningen och fortbildningen?

Frågan är ständigt aktuell och det gäller nu att ta nya tag i framtidsplanerna då regionala METIS-kanslier bildas. Vi kommer att få bekosta utbildning via deltagaravgifter och förhoppningsvis ska vi kunna producera utbildning på samma högkvalitativa sätt (METIS-koncept) som förut. Det kommer dock inte att ske "av sig självt" och flera av regionerna kommer att behöva samarbeta för att få fram kurser och kursgivare.

De rättspsykiatriska kurserna ges idag via framförallt Stockholm och Sara Bromander är inblandad i flera. Det är för mig självklart att dessa kurser även kan ses som fortbildning och jag ska försöka få tid över till att gå någon av dem kommande år.

Varför?

Kunskapsstillväxten är mycket stor och det är nödvändigt att få fatt på ny kunskap.

Vi behöver lyfta specialiteten, det är bra i rekryteringssyfte och det fungerar även nätverksbyggande.

Vi kan inte överlåta till s.k. utbildningsföretag att hålla oss med kunskap och endast LIPUS-certifiering räcker inte till för åstadkomma tillräcklig kvalitet.

Mina förhoppningar är givetvis att både ST-utbildning och fortbildning efter specialisering ska fungera någorlunda jämnt över landet men jag har också farhågor. Detta gäller inte minst min egen region där situationen känns oviss. Det finns förvisso styrkor i och med flera duktiga människor men gemensamhetssträvandet behöver bli bättre över lag.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2016.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri:
webmaster@svenskspsykiatri.se
senast den 15/1 2016.

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

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen

Tänkvärt om den svenska ST-utbildningen



Vi ska vara rädda om vår ST-utbildning. I alla fall om våra kollegor i Norge får bestämma. I början på november var jag i Oslo för att prata om den svenska ST-utbildningen vid en konferens arrangerad av den norska *Spesialitetskomiteen* i psykiatri. Ett sextioal utbildningsansvariga från hela Norge lyssnade nyfiket och bidrog med många frågor till en spännande diskussion. Förutom själva utbildningsstrukturen, de olika delmålen och SPF:s rekommendationer, var intresset stort för studierektorns uppdrag och för handledning i alla dess former. Att alla ST-läkare har en huvudhandledare som följer dem under hela ST, utöver den kliniska handledningen, utöver psykoterapihandledningen, det tyckte man var förträffligt. Att det finns ett tydligt utrymme för det vetenskapliga arbetet var mycket uppskattat. Metis väckte också stort intresse och kursernas format inspirerade många.

Regelbundna inspektioner av ST-utbildningen har man gjort länge i Norge och tydligen har *Spesialitetskomiteen* möjlighet att dra in rätten att utbilda ST-läkare om inte utbildningen håller måttet. Psykoterapiutbildningen är i Norge en självklar del av ST:n och den omfattar ungefär lika mycket tid som i Sverige. Däremot är kursplanerna mer styrda, så att utbildningen ska täcka olika psykoterapiformer. Psykoterapihandledaren är ofta en psykiater.

Även norska ST-läkare är mycket upptagna av teoretisk utbildning, i praktiken jobbar de kliniskt cirka 50 % av sin ar-

betstid. Detta är inte ett bekymmer för de utbildningsansvariga – i Norge styrs ST-utbildningen av universiteten och där anser man att en bred kunskapsbas är nödvändig för att bli en duktig psykiater. Samtidigt är de norska kollegorna bekymrade över att kvalitén på den praktiska delen av utbildningen kan bli lidande, då de upplever att klinikerna är väldigt fokuserade på produktion. På rasten passade jag på att fråga om hur fortbildning av specialister är reglerad i Norge. Svaret jag fick var att den inte är reglerad alls.

Uppenbarligen har vi en del gemensamt. Och en del skillnader, saker som vi ibland tar för givna, vilket vi inte borde göra. Flexibiliteten, till exempel. Och professionens roll: specialitetsförening, studierektorer, handledare. Vårt system förutsätter att vi tar ett stort ansvar. Vad får vi tillbaka? De norska kollegorna formulerade det med ett ord: förtroende. Det som sporrar oss att göra det där lilla extra, även när ingen annan ser.

**Text och foto:
Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Norra Stockholms Psykiatri**

Bergwallkommissionen

Allmänhetens intresse för seriemördare, sexuellt våld, multipla personligheter och bortträngda minnen personifierades i patienten och fallet Sture Bergwall. Det har skrivits flera böcker om honom och det har debatterats nästintill oändligt mycket, och uppmärksamheten ledde fram till att det ordnades en särskild kommission där förre generaldirektören för Socialstyrelsen Kjell Asplund var den medicinska experten.

Varför gick det så snett?

Kommissionen har särskilt kommenterat fem aspekter som kan ha bidragit till att det gick snett.

Vårdmiljö. Hemligt boende, sjukhusets nedmonterade hierarkier, tillit till patienterna – respekt för dem och deras åsikter – med förhoppningen att detta kanske till och med skulle kunna bota, kan ha skapat utrymme som inte var bra för den manipulativa patienten.

Psykioterapi. Idag skulle patienten inte ha behandlats med den terapi han faktiskt fick – dynamisk psykioterapi – men dåtidens åsikter inom och utom vården understödde att ge denna terapi – även från Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen. Under 9 års terapi där patientens bortträngda och återkallade minnen, falska minnen och fabulerande som beskrev satanism, kannibalism och incest var under fokus. Numera är dynamisk psykioterapi generellt under debatt.

Läkemedelsbehandling. Höga doser av bensodiazepiner var olämpligt vilket kan ha bidragit till patientens fabulerande.

Belöningar/förstärkningar. Patienten var en missbrukspersonlighet som även fick mycket uppmärksamhet och bedömdes "knarka" på psykioterapi.

Psykiatrisk vård versus rättssystemet. Åklagaren stöttade permissioner så att "patienten skulle orka fortsätta erkänna". Skeptikerna bland vårdpersonalen gick så småningom med på att patienten faktiskt var seriemördare inför den rättsliga argumentationen och bland polis, åklagare och domstolar "köptes" argumentationen för lättvindigt.

Man kan hävda att Sture Bergwall är ett offer för rättspsykiatri men han är även medaktör och därmed är även rättspsykiatri och dess personal offer.

Hur motverka?

Detta är ännu mer intressant och det behövs ansatser med draghjälp av SKL, föreningen, regioner, och landstingens förståelse för frågan behöver verkli-

gen öka. Den 20 november gick tiden ut för möjligheten att ge kommentarer till kommissionens rapport.

Kommissionen föreslår att man ser över
Verksamheten

- Nationella riktlinjer specifika för rättspsykiatri. Min kommentar: Här pågår redan ett arbete med att revidera "innehållet i den rättspsykiatriska vården" men det behöver sammanställas och förverkligas i verksamheterna.
- Uppdrag till SBU om systematisk kunskapssammanställning av diagnostik och behandling av allvarliga personlighetsstörningar inom rättspsykiatrisk vård.
- Utveckling av kvalitetsregistret RättspsyK med bättre nyttjande av den information som registret ger.
- Kravspecifikation på psykoterapihandledare och denne borde utses av arbetsgivare utifrån verksamhetens behov och inte genom urval baserat på personliga kontakter.
- Utvecklande av självvärderingar och interkollegial granskning. Min kommentar: Detta kan spela stor roll om det sker i samråd och inte är "skuldbeläggande" och det öppnar för att klinikerna sinsemellan kan genomföra förnyad medicinsk bedömning – second opinion – som många efterfrågar.
- Krav på second opinion, vid långa vårdtider minst var 3 år (diagnos och behandling).
- Ackreditering/certifiering exempelvis ISO 9000. Min kommentar: För närvarande är bara 2 av landets 26 enheter certifierade.
- Insatser mot grupptänkande.
- Kartläggning av rättspsykiatrisk forskning via Vetenskapliga Rådet och medge satsningar i Sverige där det är ganska tunt med forskning i nuläget.
- Översyn av rättsliga rådet (uppdrag, anlitande, sammansättning mm).
- Översyn av sakkunnigläkarnas roll i förvaltningsdomstolarna – kvalitetssäkring. Det fattas i nuläget kvalitetssäkring här, då sakkunniga inte prövas utan får anmäla intresse, vilket förmedlas från Socialstyrelsen till förvaltningsdomstolarna. Min kommentar: Jag anser att det är förspild energi att försöka förändra rättspsykiatri via förvaltningsdomstol som ej har och ej kommer att få funktionen att avgöra vårdens innehåll, man prövar själva frihetsberövandet.

Tillsyn

- Mer stödjande tillsyn av vården från Socialstyrelsens sida.
- Mer tillsyn av vårdens innehåll från Socialstyrelsens sida.
- Snabbare återkoppling till vården från myndigheten.
- Mer individtillsyn av privatpraktiserande psykioterapeuterna och deras terapier.
- Nationell tillsynsenhet för rättspsykiatri inom IVO.

- Tillsyn också av rättspsykiatriska utredningar. Dessa utredningar görs i Rättsmedicinalverkets regi.

Dubbla roller

- Åtgärder för att minska risken för dubbla roller och jäv.
- Utbildning för polis, åklagare och domstolar för ökad beställarkompetens och ge mer kritisk hållning gentemot experter.
- Ändra huvudmannaskapet? (statligt).

Juridiken

- 1948 års rättegångsbalk.
Min kommentar: Notabelt att den gäller än även om den kan tycks vara ålderstigen.
- Omedelbarhetsprincipen.
Min kommentar: Det som avses här är att domaren ska ej vara påläst, "ej insyltad", och att vad som sägs i rättssalen ska vara det som ger utslag i domen.
- Kontradiktoriska principen dvs. motpartsförhållanden - ska vara tongivande i den rättsliga processen
- Grupptänkande – även här.

Slutsats

Det finns en hel del helt nödvändiga insatser, gemensamt för alla förslag är att vi behöver utvecklas. Allihop. Vi är redan på väg!

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

Spännande läsning på Cullbergstipendiets reseblogg!

2015 års Cullbergstipendiat Hanna Sjöstrand bloggar om sina upplevelser i Uganda på stipendiets hemsida <http://www.cullbergstipendiet.se/>.

Hon gör där sitt vetenskapliga arbete som är en kvalitativ studie med intervjuer av beroendepatienter, anhöriga och vårdpersonal på ett sjukhus, samt med präster och medicinmän.

I ett inlägg 16 november beskriver Hanna ett besök på en skola för traditionella medicinmän. Missa inte det!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

På SPK 2016

Allvarligt talat

– en panel där författaren och läkaren PC Jersild, filosofen fil dr Sofia Jeppsson och psykiatern, professor Lars Jacobsson diskuterar filosofiska/psykiatriska frågor som ni skickar in till

ullakarin.nyberg@sll.se

Miss inte tillfället att lyssna och att skicka in!



Foto: C Sturmark

ANNONS

Psykiatrisk diagnostik är svårt!

Arbetsgruppen "Psykiatrisk diagnostik" hade sitt andra möte den 29 oktober. Sex timmars intensivt resonering både kring vad psykiatrisk diagnostik är, liksom om vad i sättet att arbeta diagnostiskt som kan tänkas leda till ett bättre alternativt sämre resultat. Diskussionen kom då även att röra frågan om vad vi menar med ett bra respektive dåligt resultat. Sammantaget sitter gruppen på en betydande erfarenhet både kliniskt, men också vetenskapligt, och via filosofen Fredrik Svenaeus har diskussionen tillfört flera nya vinklingar.

Diagnostiska instrument

Ett återkommande tema i våra diskussioner var att vi känner en oro för att psykiatrisk diagnostik i dagens psykiatri kommit att betraktas som något förhållandevis enkelt. Det alltmer utbredda bruket av diagnostiska manualer och skattningsinstrument har mycket gott med sig, men det har stor betydelse *hur* och med vilket syfte man genomför undersökningen, liksom framför allt vilka slutsatser man drar av resultatet.

Några exempel:

Den svårighetsgradering, baserad på totalpoängen, som återfinns i skattningsinstrument som t.ex. MADRS-S kan få oss att tro att siffran också betyder att diagnosen depression tveklöst kan ställas. Är exempelvis MADRS-S 40 poäng utan vidare lika med en "svår depression"?

Semistrukturerade och innehållsrika intervjumanualer som SCID och MINI kan leda fram till en eller flera diagnoser med motsvarande diagnoskoder. Kan vi då dra slutsatsen att vi i och med intervjun också har fastställt säkra diagnoser?

Peter Andiné tryckte på att arbetet med att ta fram en del av dessa formulär, exempelvis vad gäller våldsrisk, gjordes med avsikten att de främst skulle användas som minneslistor. Mats Adler pekade på att vi ofta får dålig reliabilitet (överensstämmelse mellan olika bedömare) om vi inte använder någon form av diagnostiskt intervjustöd. Samtidigt varnade även han för en övertro på själva instrumenten och menade att de snarast skulle uppfattas som checklistor. Som sådana tjänar de syftet att säkerställa att intervjuaren inte i onödan missar viktiga aspekter.

Nature and nurture – naturvetenskap och humanism

Många tänker att de olika mentala sjukdomarna (symtomen, syndromen, störningarna) beror på något underliggande fel i centrala nervsystemet – kort sagt i hjärnan.

Tolkning av resultatet MADRS-S

- 0-12 poäng: Ingen eller mycket lätt depression
- 13-19 poäng: Lätt depression
- 20-34 poäng: Måttlig depression
- ≥ 35 poäng: Svår depression

Symtomen betraktas då gärna som sjukdomsdrivna, vilket lätt leder behandlingsarbetet i biologisk, medicinsk riktning. Andra ser hellre att mycket av det vi kallar för sjukt (eller något av de andra beteckningarna ovan) snarare bör förstås utifrån olika omgivningsrelaterade, miljömässiga aspekter som förvisso påverkar även hjärnan.

Fredrik Svenaeus lyfte frågan kring att DSM-systemet saknar kontext. DSM-kriterierna beskriver en ytfenomenologi i form av symptom, men vad som kan tänkas ha bidragit till att framkalla de symptom som definierar de olika syndromen saknas i kriterierna. Majoriteten av de som söker hjälp anger ändå ofta vad de uppfattar som utlösande orsaker till sitt illabefinnande. Man riskerar, om man fäster en avgörande betydelse vid DSM:s symptomkriterier, att på ett olyckligt sätt missa vikten av att tillsammans med patienten utforska såväl den personliga bakgrunden som de utlösande omständigheterna bakom lidandet.

I en dualistiskt präglad världsbild, där kropp och sinne skiljs åt, riskerar vi att tonvikten ensidigt läggs på det ena eller det andra perspektivet. RDoC (Research Domain Criteria), dvs. de forskningsdomäner som det amerikanska forskningsinstitutet NIMH (National Institute of Mental Health) föreslagit som huvudspår för psykiatrisk forskning, betonar ett naturvetenskapligt, strikt empiriskt perspektiv på psykisk ohälsa, medan man i det humanistiska perspektivet snarare framhåller betydelsen av ett tolkande och förståelseinriktat kunskapsöskande. Mellan dessa bägge kunskapsperspektiv råder som vi alla vet för närvarande en kraftig obalans vad gäller såväl resurser som genomslagskraft.

Monistisk världsbild istället för en dualistisk?!

Vi ägnade en god stund till att diskutera en artikel författad av Kenneth Kendler, en amerikansk auktoritet inom psykiatrin. Han skrev i Am. J. Psych 2005 en artikel med titeln "Toward a Philosophical Structure for Psychiatry". I artikeln argumenterar författaren för en monistisk uppfattning – "Cartesian substance dualism is false". Författaren menar att vi fortfarande i hög utsträckning sitter fast i en falsk uppdelning av kropp/själ. Han för fram att mentala och fysiska processer är två sidor av samma mynt – förenade. Olika sätt att se och olika sätt att analysera skeenden på olika nivåer i vårt inre.

I artikeln lyfts de begränsningar som följer av en biologisk reduktionism. "This approach is too narrow to encompass the range of causal processes that are operative in psychiatric disorders". Som svar har han en förklarande pluralism ("Explanatory Pluralism"). Med detta menar han att vi måste ha flera olika förklarande teorier samtidigt sida vid sida som kompletterar varandra snarare än konkurrerar. Frågan om "hur", som dominerar mycket av biologiskt inriktad forskning, kan med fördel kombineras med frågan om "varför", som mer används inom exempelvis sociologisk forskning. Han ger många exempel på argument för detta perspektiv och mot en snäv biologisk reduktionism.

Fenomenologiskt perspektiv

Vi talade länge kring första, andra och tredje persons perspektiv och om betydelsen av att vara medveten om dessa olika perspektiv och att kunna hantera dem. Förstapersonperspektivet är individens upplevda perspektiv, tredje personperspektivet är det vetenskapligt objektiva medan andrapersonperspektivet är undersökarens tolkande förståelse av personen som ett subjekt med intentioner, personliga tankar och känsloupplevelser.

Andrapersonperspektivet rymmer ju mycket av vår specialitets kärna – det nödvändiga i att kunna närma sig första personen (patienten) som ett subjekt, ett "du", och inte som ett objekt, ett "det". Det här är kärnan i dialog och kommunikation, själva grunden för att skapa tillit och förtroende.

Vår diagnostik bygger till största delen på patientens rapporterade, subjektivt upplevda symtom. Kvaliteten i diagnostiken återspeglar därför i stor utsträckning kvaliteten i den dialog och kommunikation vi har med patienten. Ett förbehåll gäller naturligtvis för patienter med akut, svår psykisk sjukdom liksom för patienter med utvecklingsstörning eller allvarligt nedsatt kommunikativ förmåga som av förklarliga skäl inte kan medverka. Då får vi i ett initialskede förlita oss på observationer samt information från närstående och andra.

Enkäter, inventories och intervjumanualer stöder så gott som alltid tredjepersonperspektivet. Dessa hjälpmedel är viktiga, men de behöver användas på ett klokt sätt. Det är fullt möjligt att väva in ett andrapersonperspektiv, om än begränsat, även i dessa sammanhang. Men vi kan också välja bort den möjligheten. Det är med andra ord avgörande hur vi använder hjälpverktygen, liksom vilka slutsatser vi drar av resultaten.

Ett diskussionsunderlag

Vi samlar oss nu i gruppen för att ta fram ett diskussionsunderlag som alla intresserade kollegor ska kunna ta del av. Tanken är att stimulera till diskussion ute i verksamheterna. Vi hoppas på att kunna presentera något substantiellt vid årsskiftet. Föreningens webbsida på Facebook är ett möjligt sätt att ta del av materialet. Ett annat är att vara "adjungerad" till gruppen "Psykiatrisk diagnostik". Det blir man genom att maila Herman Holm – herman.holm@skane.se.

Arbetsgruppen Psykiatrisk diagnostik

Mats Adler, överläkare, bitr. VC,

Stockholm SV

Peter Andiné, överläkare, doc.

Sahlgrenska Univ. sjkh., RMV, Göteborgs Univ.

Åsa Hagberg, psykiater, VC

Akademiska sjkh. Uppsala

Carina Hellström, överläkare.

Stockholm NV

Jörgen Herlofson, psykiater, författare

Herman Holm, överläkare,

Malmö

Lars Jacobsson, prof. emeritus,

Umeå

Lena Nylander, psykiater, med dr,

Lund

Michael Ioannou, specialistläkare, sektionschef,

Sahlgrenska Univ. sjkh., Göteborg. Sekr. SPF

ANNONS

Några ord till min kära Vårdplan (om jag hade någon) *

Kära Vårdplan!

Vi har ännu inte kommit i kontakt med varandra, men jag har hört mycket om Vårdplanen på sista tiden och vill gärna berätta lite om mig själv innan vi har den första kontakten. Eftersom jag inte kan hitta något särskilt formulär för kontakt med Vårdplanen att fylla i, tar jag mig friheten att berätta lite fritt.

Som patient inom psykiatri har jag, som framför allt lider av ångest, depression och tendens att ta lite för mycket tabletter, fått en hel del hjälp under åren. Lite trassligt har det väl blivit när jag ibland fått byta doktor. Jag har ju fått förklara allting ifrån början. Det är klart att doktorn hade läst min journal, men jag har ju förstått att min journal och jag verkar vara väldigt olika saker. Journalen hjälper den nya doktorn att förstå hur de tidigare doktorerna har tänkt, men det är ju inte detsamma som hur jag tänker och har det.

På senare år har det blivit än mer trassligt. Det blir allt fler doktorsbyten, jag känner mig lite som en stafettpinne som ska fraktas i vårdapparaten. Ibland blir ju stafettpinnar också tappade som alla vet. När jag träffar en ny doktor finns det ju inte utrymme för mig att berätta hur jag har det, kanske lite om hur det är med mina symtom, men annars blir det ju journalen och det som står i den som doktorn får lita sig emot. Dom nya är ofta snälla och förstående, men det räcker liksom inte.

Jag tillhör väl dom som inte följer med i utveckling och forskning inom psykiatri så mycket som jag borde. Men jag har förstått att man kommit fram till att patientens kontakt med doktorn har betydelse för tillfrisknandet som patient. Jag kan nog förstå det. Om man har en doktor som känner en och som man litar på och som följer upp hur man har det tills man blir frisk, känns det som om man har nån med sig på vägen som bryr sig och som finns där även om man inte behöver anlita den jämt och samt när det känns svårt. Ibland är det nästan som om jag kunde ha ett litet samtal med doktorn i mitt inre när jag är osäker – "jag undrar vad min doktor skulle ha gett mig för råd nu". Känns lite tryggt.

Nu har jag förstått att dom som leder psykiatri också har förstått att det inte är så bra att det inte finns nån stabil regelbundenhet i kontakten för oss patienter med våra doktorer inom psykiatri, men också att det inte är något att göra åt. Jag skulle gissa att det är pengarna som fattas som de gör nästan överallt i den offentliga sektorn fast man inte så gärna vill prata om det. Men nu ska vi patienter få ett slags ny motpart som hjälper upp saken så att det inte gör något att doktorerna växlar. Det är just Vårdplanen som ska stå för det som kallas kontinuiteten, i kontakten mellan mig och vården.

Det verkar ju bra. Vårdplanen finns ju tillgänglig dygnet runt och det gör ju inte doktorerna på samma sätt, framför allt inte dom som känner just mig. I Vårdplanen står ju också vad jag lider av, vad det beror på och hur det ska behandlas. Om jag skulle må sämre kanske jag inte ens behöver besvara någon doktor utan bara skicka ett mail om hur det är, så kan nog doktorn utifrån Vårdplanen maila vad jag ska göra. Det blir ju enklare för mig som slipper förklara vem jag är och hur jag har det för en ny doktor. Det är riktigt spännande att tänka på vad Vårdplanen ska kunna göra för mig i framtiden. När jag vaknar mitt i natten och mår dåligt får jag tänka på vad skulle min Vårdplan ha sagt för att lugna mig och få mig att må bättre. Tänk att ha med sig någon/något på vägen som alltid finns och aldrig sviktar. Man kan nästan bli religiös vid tanken.

Tacksam tillitsfull patient

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

*Titeln på denna betraktelse är en parafra på Anna Maria Lenngrens
"Några ord till min kära dotter, om jag hade någon."



	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet	Arkaden
09.00-09.45	Incheckning med kaffebuffé			
10.00-10.45	Plenarföreläsning: Det mångkulturella samhället - en tillgång och en utmaning <i>Johan Oljeqvist</i>			
11.00-11.45	Psykiatris historia <i>Marie Åsberg</i>	ADHD och substansrelaterade syndromkomorbiditet som utmanar! <i>Jeanette Georgieva</i> <i>Person med egen erfarenhet</i>	Självskaadebeteende i helldygnsvården - hur förflyttar vi oss från rättspsyki? <i>Clara Hellner Gumpert, Martin Rödholm, Hannah Parnén</i> Moderator: Lise-Lotte Risö Bergerlind	52 suicid i Kalmar län - Vad vi lärde av journalgenomgångar. Markörbaserad journalgranskning <i>Charlotta Brunner, Ludmilla Rosengren</i>
12.00-13.00	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH
13.00-13.45	"Sjef i eget liv. Om hypokondri och kognitiv terapi" <i>Ingvar Wilhelmsen, Norge</i>	Alkohol eller inte alkohol, det är frågan: laborietester ger svaret <i>Anders Helander</i> Behandling av opioidberoende och psykiatrisk samsjuklighet, nya föreskrifter - nya utmaningar <i>Nadja Eriksson</i> "Registrens nisch? Om SBRs roll i kvalitetsarbeten och uppdaterad klinisk kunskap <i>Markus Takanen</i>	Självskaade död - den döendes roll och läkarens <i>PC Jersild</i> <i>Anna Lindblad</i> <i>Person med egen erfarenhet</i> <i>Ullakarin Nyberg</i>	Suicidriskbedömning och instrument för det - var står vi nu? <i>Bo Runeson, Margda Waern</i> <i>Axel Haglund, Åsa Lind</i>
14.00-14.45	Hjärnan och verkligheten - från placebo till psykos <i>Predrag Petrovic</i>	Sprutbyte i Sverige <i>Martin Käberg</i>	Psykokirurgi - vad gör vi idag? Om Deep Brain Stimulation <i>Gaston Schechtmann</i> <i>Diana Radu Djurfeldt</i>	Gemensamt journalsystem - utopi eller verkligheten? Journal på nätet <i>Mats Löf</i>
14.45-15.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	KAFFE
15.15-16.00	Lämna din kropp! Den kroppsliga jaguppfattningens neurofysiologi <i>Henrik Ehrsson</i>	Äldre dricker mer: Hur möter vi den ökande alkoholkonsumtionen? <i>Sven Andreasson</i>	Den biopsykosociala hjärnan - psykiatriska konsekvenser <i>Björn-Erik Thalén</i>	Dagens sjuksköterskerekvolution, nej evolution! <i>Lena Forsroos, Pia Sondell</i>
16.15-17.00	Vad innebär den nya autismdiagnosen? <i>Christopher Gillberg</i>	Kärlek till droger, eller begär efter kärlek? Om modern hjärnforskning <i>Markus Heilig</i>	Stalking - om hur fenomenet hanteras i praktiken <i>Fredrik Hedén</i>	Konsultationspsykiatri - visioner och utvecklingsarbete <i>Lars Wahlström</i> <i>Maria Holstad Högberg</i> Sjuksköterskor i konsultationspsykiatri - en ny specialisering? <i>Eva-Marie Nordenadler,</i> <i>Elisabeth Grusell</i>
17.15 -	Mingel i Mälarsalen	Mingel i Mälarsalen	Mingel i Mälarsalen	Mingel i Mälarsalen

Onsdag 16 mars

	Carl Milles	Poseidon	Buisness Center	Pegasus
09.00-09.45	Incheckning med kaffebuffé			
10.00-10.45				
11.00-11.45	Rättspsykiatri för allmänpsykiatern - när blir patienter farliga? <i>Ola Broström</i>	Våld och suicid - om kopplingen mellan våldshandlingar och suicidbenägenhet <i>Axel Haglund, Henrik Lysell, Bo Runeson</i>	"Nygamla" och "nynya" ST-målen Skillnader och hur ska vi hantera dem? Workshop <i>Michael Andresen Elina Sarasalo</i>	SPISS - SuicidPrevention i Svensk Sjukvård "Pröva på" samtalsgrupper <i>Lena Eidevall, Kerstin Lindell, Gunilla Bertland</i>
12.00-13.00	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH
13.00-13.45	Huntingtons sjukdom - i gränslandet mellan psykiatri och neurologi <i>Åsa Petersén</i>	KURS - föranmälan krävs, 13-17 Ungdomsmedicin - hemligheten bakom effektiv, rolig och evidensbaserad vård <i>Per Béáff Mariann Grufman Anna Gutniak</i>	METIS framtid är här! <i>Annika Lindgren Christina Wänge Alessandra Hedlund</i>	KURS - Föranmälan krävs, 13-16 Rättsliga ramar och etiska problem inom den psykiatriska tvångsvården <i>Tuula Wallsten Moa Kindström</i>
14.00-14.45	Vem ser barnen som lever i skuggan av depression? <i>Sara Galli</i>		Psykiska trauman: forskning och praktik <i>Filip Arnberg, Anders Eliasson, Per-Olof Michel Valborg Jansson, Kjerstin Almqvist</i>	
14.45-15.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	KAFFE
15.15-16.00	Psykiska sjukdomar under graviditet och spädbarnsperiod - vårdprogram, Stockholm <i>Marie Bendix Margareta Blomdahl</i>	KURS fortsätter	Integrerade vårdformer - någonting för psykiatrin! Om SKL psykisk hälsa - satsning <i>Ing-Marie Wieselgren</i>	KURS fortsätter
16.15-17.00	Moderslyckan - vart tog glädjen vägen? <i>Helena Askén</i>		Årsmöte konsultationspsykiatriska föreningen (16.15)	Årsmöte Svenska Rättspsykiatriska Föreningen (16.15)
17.15 -	Mingel i Mälarsalen	Mingel i Mälarsalen	Mingel i Mälarsalen	Mingel i Mälarsalen

	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet	Arkaden
09.00-09.45	Vem är egentligen normal? Sjukdomsbegreppet i psykiatri <i>Fredrik Svenaeus</i>	Satellit-symposium - Servier Depression: Meta-analyser, icke-interventionsstudier och klinisk praxis "Meta-analyses of clinical trials in depression" <i>David Taylor, England</i>	Nya nationella riktlinjer för ätstörningar <i>Ulf Wallin, Anna-Maria af Sandeberg, Yvonne von Hausswolff- Juhlin</i> Patientstyrda inläggningar <i>Yvonne von Hauswolff- Juhlin</i>	Varför bältar vi så mycket? Sammanställning av tvångsvården i Sverige <i>Martin Rödholm</i>
09.45-10.15	KAFFE	Effekt på negativa och positiva affekter: kunskap från icke-interventionsstudier med agomelatin <i>Anders Berntsson</i>	KAFFE	KAFFE
10.15-11.00	DSM 5 - Hur gick det till? <i>Niklas Långström</i>	Svårbehandlad depression - vad kan vi göra? <i>Mats Adler</i>	Akut omhändertagande av den ätstörda patienten <i>Anna-Maria af Sandeberg, Yvonne von Hausswolff- Juhlin</i>	Psykiatrisk diagnostik - vad har verksamhetschefen med saken att göra? <i>Åsa Hagberg, Gunilla Svedström</i>
11.00-11.45	"Er psykiatriska diagnoser sjukdommar?" <i>Sigmund Karterud, Norge</i>		Ätstörning och fysioterapeutisk behandling - hur då? <i>Inger Blennow, Birgitta Schill</i>	
12.00-13.00	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH
13.00-13.45	Moderator: Lars Farde Aktuellt om dopaminhypotesen <i>Oliver Howes</i>	Vad en psykiater behöver veta om neuroimmunologi. Tänk om min patient har antikroppsencefalit? <i>Fredrik Piehl</i>	Aeschigruppen - att skapa en gemensam förståelseram för suicidalitet <i>Jan Beskow, Ullakarin Nyberg</i>	Bättre läkarbemanning i psykiatri - oberoende av hyrläkare <i>Martin Rödholm</i>
14.00-14.45	Hur påverkas hjärnans kemi av miljöfaktorer/livshändelser? <i>Jacqueline Borg</i>	Symtom hos svenska patienter utredda för PANS/PANDAS. Presentation av bedömarinstrumentet PNISSS <i>Susanne Bejerot, Eva Hesselmark</i> Autoimmunitet vid tidigt insjuknande i psykostillstånd <i>Mathias Lundberg</i>	Panelamtal <i>Annika Selstam Grundén, Jan Beskow, Ullakarin Nyberg, Bo Runeson</i>	Kognitiv Medicin <i>Anders Wallin, Yvonne Freund-Levi</i>
14.45-15.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	KAFFE
15.15-16.00	Neuroinflammation och psykos. Trendigt prat eller relevant fråga? <i>Simon Cervenka</i>	Min pappa tog sitt liv - intervju <i>Dregen Ullakarin Nyberg</i>	Självordsupplysningen - en framgångssaga Suicidprevention för unga <i>Marie-Louise Söderberg, Inga-Lill Ramberg</i>	Patienter med icke-affektiva psykosjukdomar i Stockholm <i>E.M. Brostedt, M.Msghina, M.Persson, B. Wettermark</i>
16.15-17.00	Vad är på gång inom genetik? <i>Ann Nordgren</i>	Så förhindrar vi självmord! <i>Saga Becker, Ludmilla Rosengren</i>	"Allvarligt talat" Paneldiskussion med frågor från publiken <i>PC Jersild, Sofia Jeppsson, Lars Jacobsson, Antoinette Lundahl</i>	Serotonin syndrom - en diagnostisk utmaning <i>Ursula Werneke, Michael Ott, Fariba Jamshidi, David Taylor</i> "SEPS, ny självskattningsskala för psykoskan patienterna skatta sig själva?" <i>Elena Kozmine Iliachenko, Daniel Åsgård, Gunnar Edman, Jonas Eberhard</i>
17.15				Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte
19.30	Kongressmiddag, Mälarsalen	Kongressmiddag, Mälarsalen	Kongressmiddag, Mälarsalen	Kongressmiddag, Mälarsalen

Torsdag 17 mars

	Carl Milles	Poseidon	Buisness Center	Pegasus
09.00-09.45	Min dotter tog sitt liv - en berättelse <i>Helene Neuss</i> <i>Anne Wandel</i>	KURS. Föranmälan krävs, 9-12		
09.45-10.15	KAFFE	10 saker en bakjour inte får missa <i>Thomas Eklundh</i> <i>Björn Owe-Larsson</i>	KAFFE	KAFFE
10.15-11.00	Vet vi vad som är god vård vid självskadebeteende? <i>Sofie Westling, Sophie Liljedahl, Hannah Parnén och Mattias Holmqvist-Larsson</i>			
11.00-11.45	Emotionsreglerande behandling i grupp (ERGT) för vuxna: Fungerar det? <i>Hanna Sahlin, Johan Bjureberg</i> Brukarstyrd inläggning <i>Sofie Westling, Sophie Liljedahl</i> Moderator: <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind</i>			SPISS-SuicidPrevention I Svensk Sjukvård ”Pröva på” samtalsgrupper <i>Lena Eidevall, Kerstin Lindell, Gunilla Bertland</i>
12.00-13.00	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH
13.00-13.45	Fokuserade interventioner vid kroppssyndrom på en somatisk akutmottagning - FACT <i>Rani Toll John, Mats Dahlin, Michael John</i>	KURS. Föranmälan krävs, 13-16 MAX 30 deltagare Kulturformuleringsintervjun i DSM-5 <i>Michael Ioannou</i> <i>Maria Sundvall</i> <i>Sofie Bäärnhjelm</i>	KURS. Föranmälan krävs, 13-17 Psykiatrisk Diagnostik med fronetisk vinkel (fronesis = praktisk klokhet) <i>Herman Holm,</i> <i>Jörgen Herlofson m.fl.</i>	Hur ser vi på människan? Ett samtal om samhället, psykiatrin och människan <i>Tapio Salonen, Nils Åkesson, Niklas Långström, Lars Joelsson, Herman Holm, Erica Mattelin, Lena Eidevall</i>
14.00-14.45	Moderator: Lars von Knorring Olikheter i vården - rapport från de psykiatriska kvalitetsregistren Bipolär, ECT, SibeR, BUSA, Psykiatrikompassen <i>Mikael Landén, Axel Nordenskjöld, Cecilia Svanborg, Jan-Olov Larsson, Claes Norring, Tobias Edbom</i>			
14.45-15.15	KAFFE			KAFFE
15.15-16.00	Fortsätter			
16.15-17.00	Från snack till verkstad - direktöverföring från journal till register <i>Mattias Agestam, Carl Lago</i>			
19.30	Kongressmiddag, Mälarsalen	Kongressmiddag, Mälarsalen	Kongressmiddag, Mälarsalen	Kongressmiddag, Mälarsalen

	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet	Arkaden
09.00-09.45	Att få hjärnan att gå ner i varv. Så gör du! <i>Åsa Nilssonne</i>	Moderator: Olle Lidman Flyktingkrisen och utmaningar för psykiatri <i>Ing-Marie Wieselgren, Manuel Fernandez Gonzales, Mohammad Fadel Elsharafi, Sofie Bäärnhjelm</i>	Obesitaskirurgi-indikationer och kontraindikationer ur ett psykiatriskt perspektiv <i>Torsten Olbers, Marcus Lagerström</i>	Värdebaserad vård - om diagnostik, den standardiserade vårdprocessen, Time-Driven Activity Based Costing (TDABC) och KBT via internet <i>Mats Adler, Oscar Norbeck, Mikael Landén, Samir El Alaoui, Nils Lindefors</i>
09.45-10.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	KAFFE
10.15-11.00	Etik och etikett - vad får man säga i dödens närhet? Frågor från publiken <i>Magdalena Ribbing Ullakarín Nyberg</i>	Migration och jämlik vård <i>Sofie Bäärnhjelm Anna-Clara Hollander</i>	Diagnostik före och efter DSM III <i>Lars Jacobsson, Lena Nylander</i>	Värdebaserad vård fortsätter
11.15-12.00		Ensamkommande flyktingbarn som blir vuxna - vad kan VUP lära av BUP? <i>Björn Ramel, Karima Assel</i>	Seminarium- Psykiatrisk diagnostik i kris <i>Herman Holm, Lena Nylander, Jörgen Herlofson, Lars Jacobsson</i>	Värdebaserad vård fortsätter
12.15-13.00	Mental Health Run - hur folksjukdom blev folkrörelse <i>Anna Malmqvist</i>			
Svenska Psykiatrikongressen 2016 avslutas kl 13.00				

Praktisk information

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 kväll



Du kan redan nu anmäla dig på vår hemsida:
www.svenskpsykiatri.se/spk2016.html

Det här är ett preliminärt program, som medlem får du det finala programmet hem i brevlådan i mellandagarna.

Fredag 18 mars

	Carl Milles	Poseidon	Buisness Center	Pegasus
09.00-09.45	Vuxenhabilitering - till vilken nytta för psykiatri? <i>Helene Ahnlund, Lena Nylander</i>	Den akuta psykiatriska konsultationens utmaningar <i>Björn-Owe Larsson</i>	KURS. Föranmälan krävs, 9-12 Triangeln-komponenter i en våldspreventiv enhetskultur <i>Anna Björkdahl</i>	
09.45-10.15	KAFFE	KAFFE		KAFFE
10.15-11.00	Nya ST-målbeskrivningen för psykiatri <i>Febe Westberg Ragnhild Mogren</i>			
11.15-12.00	Ingen sjukdom är visst en sjukdom! Om somatic symptom disorder <i>Carl Sjöström, Anders Nilsson, Marie Bendix</i>	Äldrepsykiatri - ny subspecialitet Vem vet bäst - patienten eller läkaren? Om rättshandlingsförmåga <i>Karin Sparring Björkstén, Ingvar Karlsson</i>		
Svenska Psykiatrikongressen 2016 avslutas kl 13.00				

Mingel:

Onsdag 16 mars, kl. 17.15
Mälarsalen
(ingår i kongressavgiften)

Kongressmiddag:

Torsdag den 17 mars, kl. 19.30
Mälarsalen

Pris: 500 kronor exkl dryck



Traumarbete på BUP Asylmottagning i Borås

Tio års erfarenhet har visat att en väl utbyggd öppenvård minskar behovet av slutenvård. Klinisk erfarenhet visar att det går att genomföra traumabehandlingar i socialt svåra situationer. Kunskapsspridning om vanliga reaktioner vid svåra livshändelser ökar förståelsen och samarbetet mellan vårdgrannar.

BUP Asylmottagning slog upp dörrarna i september 2005 och uppdraget var att erbjuda specialistpsykiatriska insatser för asylsökande och gömda barn, ungdomar, vuxna bosatta i Södra Älvsborgs Sjukhus upptagningsområde. Det fanns ett behov av riktade insatser som var svåra att tillgodose inom den befintliga verksamheten och istället för akutinsatser såg man behovet av att arbeta utifrån planerad verksamhet med hög tillgänglighet. Genom åren har mottagningen kunnat erbjuda samma vårdgaranti till vuxna som till barn. Hittills har mottagningen tagit emot över 1600 patientärenden i olika åldrar och 60 % av patienterna har traumarelaterade diagnoser. Patienter möter ett team bestående av psykologer, sjuksköterska, socionomer och psykiater.

Arbetsmetoder i arbete med traumabesvär

Psykoedukativa grupper för ensamkommande ungdomar med syfte att öka ungdomarnas kunskap om sin kroppsliga och psykiska hälsa, vanliga reaktioner vid påfrestande livshändelser samt vilka faktorer som påverkar oss människor. Syftet med detta arbete är att minska fördomar om psykisk ohälsa och psykiatrisk vård och förstärka ungdomarnas egen förmåga att hantera svårigheter.

Traumabehandlingar erbjuds oavsett ålder, tolkbehov eller juridisk status. Ibland behövs det dock tas hänsyn till asylprocessen för att det ska finnas tillräckligt gynnsamma förutsättningar för genomförandet av behandlingen.

Psykoedukation om trauma på individuell basis eller i anhörigsamtal. Dessa samtal genomförs av all behandlingspersonal på mottagningen och det används översatt skriftligt material med tillhörande råd och stöd i vardagen.

Nätverksarbete i stabiliserande syfte som en första fas. Det upprättas en samordnad individuell behandlingsplan där flera verksamheter bidrar för att upprätta, bibehålla och utveckla nätverket kring patienter och familjer.

TF-CBT (traumafokuserad kognitiv beteendeterapi) för barn (från 3 till 18 år). Behandlingen är uppdelad i komponenter som psykoedukation om vanliga reaktioner vid trauma, kroppsliga reaktioner och avslappningsövningar, känslor och tankar som är knutna till traumahändelser, traumaberättelse i sig samt framtidsplanering. Behandlingen sker i samverkan med föräldrar eller viktiga personer i barns liv.

Prolonged Exposure Therapy för vuxna är en manualbaserad exponeringsterapi som består av följande moment: psykoedukation om vanliga reaktioner vid trauma, behandlingsrational samt introduktion av kontrollerad andning; in vivo-

exponering av situationer och platser som patienten undviker, imaginativ exponering av det traumatiska minnet samt kognitiv bearbetning av traumaminnet och återfallsprevention.

Psykofarmaka utgör en kompletterande del i behandlingen av trauma. Farmakologisk behandling används där traumafokuserad psykologisk behandling inte räcker ensamt, till exempel vid outhärdliga symptom eller när patienter inte kan tillgodogöra sig traumafokuserad terapi. Vid svåra och komplexa former av trauma uppkommer oftast symptom som ångest, depression, psykotiska symptom, m.m. För att lindra dessa symptom har farmakologisk behandling en betydelsefull roll.

Exempel på psykofarmaka som används vid trauma

Antidepressiva läkemedel

Substans	Startdos (mg/d)	Maxdos (mg/d)
setralin	25	50-200
fluoxetin	10	20-80
paroxetin	10	20-50
venlaflexin	37,5	225
mitrazapin	15 (30) till barn 7,5 (15)	30 (45)

Ångstdämpande läkemedel

Personer med trauma har ofta ångest. Många patienter är rädda för att prova ångestlindrande medicinering eftersom de är oroliga att de kommer att vara beroende av medicin. Det är viktigt att förklara att beroendeframkallande läkemedel (som diazepam) kan vara till hjälp vid tillfälliga problem. För patienten med bestående ångest eller oro rekommenderas antidepressiva läkemedel i kombination med icke beroendeframkallande läkemedel som alimemazin, hydroxyzin och prometazin, och det är viktigt att förklara att dessa läkemedel är helt riskfria med avseende på vanebildning.

Antipsykosläkemedel

Vid trauma kan personerna uppleva starka flashbacks eller aggressivitet. I dessa situationer kan antipsykosläkemedel vara till hjälp. Exempel på en sådan medicin är risperidon.

**Drita Gustafsson, överläkare och specialist i psykiatri,
BUP Asylmottagning**

**Katrin Sepp, vårdenhetschef och psykolog,
BUP Asylmottagning**

Den alternativa modellen för personlighetssyndrom

Prevalens för att hitta individer med personlighetssyndrom är högre inom psykiatri än hos befolkningen. Flera studier har visat att individer med personlighetssyndrom riskerar att få återkommande svårigheter inom yrkesliv, privatliv och på fritiden. Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd (ångestsyndrom, depression, beroendetillstånd) är inte ovanligt och förekomst av ett personlighetssyndrom försvårar behandlingsresultat och prognos. Detta medför höga samhällskostnader.

Målet med denna artikel är att du ska kunna bli bekant med den alternativa modellen för diagnostik av patient med misstänkt personlighetssyndrom. I DSM-5-boken hittar du diagnostik av personlighetssyndrom i sektion 2 och i sektion 3. Den alternativa modellen finns i sektion 3. Du skulle kunna välja att använda antingen den äldre modellen (som är oförändrad sedan 1983 och fanns i DSM IV) eller den alternativa modellen om du gillar den.

Den äldre modellen

I sektion 2 är personlighetssyndrom indelade i 10 olika diagnoser nämligen avoidant personality disorder, antisocial, borderline, dependent, histrionic, narcissistic, schizotypal, schizoid, paranoid och obsessive-compulsive och varje personlighetssyndrom är en blandning av kategori, beteende, konsekvenser, symptom mm. Kritik är riktad mot den bristande validiteten och frånvaron av vetenskapligt grundade kriterier.

Bland experter råder idag enighet om att individer med personlighetssyndrom skulle kunna betraktas ur ett dimensionellt perspektiv med varierande svårighetsgrad över tid.

DSM-5:s arbetsgrupp för personlighetssyndrom föreslog att den alternativa modellen skulle ersätta den gamla. I sista stund accepterades inte detta, man efterfrågade fler kliniska studier.

Den alternativa modellen

En genomgång av vetenskapliga studier och av litteraturen visar att den normala personligheten består av fyra olika komponenter. Nämligen: självuppfattning (1) som kallas för

identitet och har att göra med hur individen uppfattar sig själv, kapacitet han/hon har att uppnå livsmål (2) och förmågan att leva i nära relationer dvs. förmågan till empati (3) och till intimitet (4). Det är dessa fyra beståndsdelar som bygger upp den normala personligheten och undersöks med hjälp av "Level of Personality Functioning Scale.»

Under den diagnostiska processen kommer du som kliniker att ställa en rad frågor till patienten som leder dig till en hypotes. För att kunna ställa diagnos personlighetssyndrom krävs både en störning av patientens identitet och förmågan att leva i nära relationer och förekomst av minst ett patologiskt personlighetsdrag (negativ affekt, avstängdhet, själv tillräcklighet, impulsivitet och misstänksamhet). 25 personlighetsaspekter studeras: anhedoni, ängslighet, uppmärksamhetssökande, känslolöshet, bedräglighet, depressivitet, distraherbarhet, känslomässig instabilitet, grandiositet, fientlighet, impulsivitet, undvikande av närhet, ansvarslöshet, manipulativt beteende, kognitiv och perceptuell dysreglering, perseveration, begränsad förmåga till känslouttryck, rigid perfektionism, risktagande, separationsångest, underkastelse, misstänksamhet, tillbakadragenhet, ovanliga föreställningar och erfarenheter.

Det är nytt att personlighetssyndrom graderas i fyra nivåer från lätt till mycket svår. Patienten fyller i två olika självskattningsskalor som undersöker identitet och personlighetsegenskaper och du intervjuar därefter patienten med hjälp av nya SCID-AMPD som ersätter SCID 2.

DSM-5 sektion 3 behåller 6 personlighetssyndrom nämligen antisocial, ängslig, borderline, narcissistisk, tvångsmässig och schizotyp. Varje personlighetssyndrom beskrivs utifrån en specifik funktionsnivå och personlighetsdrag. Det finns ett behov av kliniska undersökningar som studerar patienten med hjälp av "Level of Personality Functioning Scale" och undersöker patologiska personlighetsdrag.

Sophie Steijer
Överläkare
Psykiatri Sydväst
Stockholm



Mental Health Run blev en succé!

Foto Peder Björling

På World Mental Health Day den 10e oktober anordnades för första gången Mental Health Run, ett resultat av ett samarbete mellan föreningarna SPF, SLUP, Hjärnkoll och Suicide Zero som alla bidrog som arrangörer. SFBUP deltog som supporterförening.

Succé!

Loppet blev en succé med 1138 anmälda deltagare som sprang, gick och joggade fem km runt Djurgårdsbrunnsviken i Stockholm. Till och med vädret var på arrangörernas sida, solen sken hela dagen. Hjärnkollsambassadören Hasse Brontén höll ett invigningstal varefter Spårvägens IK höll i en uppvärkning. Det var en fantastisk stämning när startskottet sedan löd och deltagarna sprang iväg! Flera utställare fanns i startområdet där även författaren Christian Dahlström sålde och signerade sin bok "Panikångest och depression".

Loppets anmälningsavgifter gick oavkortat till Psykiatrifonden. Summan landade till slut på 203 880 kronor!

Loppet uppmärksammades i flera stora medier. Bland annat publicerades ett helsidesreportage i Dagens Nyheter (DN 151009) och en debattartikel publicerades på Svenska Dagbladets web (<http://www.svd.se/en-folkrorelse-kan->

lindra-psykisk-sjukdom). Loppets arrangörer hade även jobbat hårt för att få genomslag i sociala medier, såsom på facebook där över 1000 personer följer loppets sida.

Och vinnare blev...

Vinnare av loppet i respektive tävlingsklass blev Marcus Åberg, Magdalena Forsberg och Johanna Wistedt. Priser till vinnarna delades ut av Mattias Sunneborn, Ing-Marie Wieselgren och Kerstin Evelius.

Framtidsplaner

Mental Health Run kommer tillbaka hösten 2016. Förhoppningen är då att initiativet ska kunna sprida sig till andra orter i landet. Om du är intresserad av att ta initiativ till att anordna ett lopp på din hemort, hör av dig till mentalhealthrun@gmail.com.

Hanna Spangenberg
ST-läkare Psykiatri Uppsala
Vice ordf. SLUP
ST-representant SPF's styrelse

ANNONS



Kanadensiska konsultationsteam i mångkulturella områden – har BUP något att lära?

Ingen kan ha undgått medierapporteringen om det ökade antalet barn och ungdomar, framförallt ensamkommande, som sökt asyl den senaste tiden. Många av dem har varit med om traumatiska händelser och lever i Sverige under villkor som i hög grad präglas av stress. Det är angeläget att fundera kring hur BUP kan utvecklas för att bättre möta barn och familjers olika livsvillkor, erfarenheter och referensramar. Jag skulle vilja dela med mig av intryck från de transkulturella barn- och ungdomspsykiatriska konsultationsteamerna i Montreal, Kanada, som jag fick möjlighet att besöka i juni 2014 tack vare Cullbergstipendiet. Teamen är speciellt utformade med hälsans sociala bestämningsfaktorer och människors livssituation i åtanke.

Tillgängliga och förankrade i lokalsamhället

Teamen finns i några av Montreals mest mångkulturella områden och när de skapades bjöds lokalsamhället in att ge sina synpunkter på utformningen. För att öka tillgängligheten, både med tanke på geografisk närhet och stigma kring psykiska besvär, förlades verksamheterna till våningarna ovanför kvarterens vårdcentraler, ofta med gemensam reception och delat väntrum.

Verksamheten prioriterade barn som upplevt traumatiska händelser och/eller separation relaterat till krig och migration, barn som är i asylprocessen samt när sociala och kulturella faktorer bedömts viktiga i diagnostik och behandling. En stor del av socialtjänstens behandlingsresurser var förlagda till mottagningarna, så att man jobbade i integrerade team med psykiatrin. Det underlättade samarbetet när det gällde ungdomar med samsjuklighet, till exempel depression och missbruk.

En hög andel av patientsamtalen skedde via tolk, och man hade valt en modell där man samarbetade med ett fåtal kvalificerade tolkar som man lärde känna väl, och som användes i stort sett vid alla patientsamtal där det fanns behov.

Utöver det kliniska behandlingsarbetet hade barnpsykiatrin tagit initiativ till ett preventionsprogram i skolorna för att

förebygga traumatisk stress och annan psykisk ohälsa.

Beaktar sociala och kulturella aspekter i diagnostik och behandling

Det finns internationella studier som talar för att psykiatrisk problematik är underdiagnostiserad hos barn och ungdomar i s.k. minoritetsgrupper. I en studie från Nederländerna med över 5000 barn såg man att barn och ungdomar med minst en utrikesfödd förälder i högre grad fick ospecifika problemformuleringar, och i lägre grad DSM-diagnoser, jämfört med barn vars bägge föräldrar var födda i Nederländerna (de Haan et al, International Journal of Culture and Mental Health 2014). Författarna såg olika förklaringar till resultatet men bedömde det sannolikt att behandlare gav svårigheter olika betydelse beroende på socioekonomiska faktorer eller etnicitet, särskilt om man inte använde instrument som är validerade i olika kulturella sammanhang.

Ettsättsomman användes i Montreal, för att beakta kultur och kontext i diagnostik och behandling, var att inkludera frågor från kulturformuleringsintervjun i DSM-5 i samtalet. Förutom huvudintervjun som utforskar sjukdomssyn, copingstrategier, barriärer till och förväntningar på vård med mera, finns det 12 tilläggsintervjuer. En av dessa riktar sig till ungdomar och barn i skolåldern och syftar till att identifiera betydelsen av åldersrelaterade kulturella förväntningar, potentiella kulturella skillnader mellan skolan, hemmet och kamratgruppen, och om dessa faktorer har en påverkan på svårigheterna som gjorde att man sökte vård. Det finns också frågor till föräldrarna om kulturella aspekter på barns utveckling och på föräldraskapet.

Viktiga aspekter är att intervjuerna är relevanta för alla – inte bara för familjer som har erfarenhet av migration, och att de ska användas tillsammans med ordinarie barnpsykiatriska bedömningar.

Kulturformuleringsintervjun i DSM-5 – ett möjligt verktyg på BUP?

Innan besöket var jag bekymrad över att några av intervjufrågorna skulle kunna riskera att förstärka en känsla

av att vara annorlunda, eller leda till att man patologiserar/överbetonar kulturella skillnader i till exempel föräldraskap och barnuppfostran. Inom ramen för det förhållningssätt som rådde i teamen – med en förståelse för att kultur är något heterogent och dynamiskt, och att kulturkompetens i första hand handlar om att intressera sig för barnets och familjens individuella perspektiv – så upplevde jag att farhågan inte besannades. Mitt intryck var att frågorna ledde till en fördjupad förståelse av barn och föräldrars syn på psykiska besvär, erfarenheter av och förväntningar på vården, vilket i sin tur ledde till att behandlingsinsatser kunde förankras på ett annat sätt. Samtliga intervjufrågor ställdes inte till alla patienter utan ett urval som bedömdes relevanta i det individuella ärendet vävdes in när det var lämpligt i samtalet. Såsom intervjun användes i Montreal bedömer jag den användbar i både diagnostik och behandlingsarbete även på BUP i Sverige.

Flexibelt förhållningssätt

Det viktigaste jag tar med mig är inte vårdens utformning utan förhållningssättet – flexibiliteten att utforma sjukvården utifrån patienternas behov, engagemanget för en jämlik

vård och öppenheten för olika erfarenheter och synsätt. Jag minns en konsultation där vi var 10 personer i rummet som talade fyra olika språk. Samtalet som tolkades från arabiska, och efterföljande teamdiskussion, omväxlande på engelska och franska, gick alldeles utmärkt.

Tips om kommande föreläsning "Vad kan psykiatrin göra för ensamkommande unga?"

Till sist skulle jag vilja tipsa om att Professor Cécile Rousseau, chef för teamet i Montreal och en av världens mest framstående forskare inom området transkulturell barnpsykiatri, kommer att föreläsa den 24 februari 2016 på Stockholm Psychiatry Lecture. Missa inte möjligheten att lyssna till henne.

Stort tack till Cullbergstipendiet för att jag fick möjligheten att vidga mina vyer.

Karima Assel

Barn- och ungdomspsykiater

Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting

Svenska Kongressen BUP 2016 UPPSALA

TEMA: MISSBRUK

20-21 April 2016

Uppsala Konsert & Kongress

PLENARFÖRELÄSNINGAR

Bedömning och behandling av missbruk – Juan Figueroa Sepulveda

Prevention, evaluation & treatment of PTSD – Steven Berkowitz

Nationell kunskapsstyrning – Barbro Thurffjell

Diagnostik och funktionsbedömningar – Mia Ramklint

EXEMPEL PÅ SYMPOSIER

Drogscreening och missbruk på BUP. Nätdroger

Ensamkommande flyktingbarn och missbruk

Komplexa trauman

Barn i riskmiljöer

POSTERUTSTÄLLNING

Även i år bjuder vi in till att delta med posters. Vetenskapliga arbeten för ST, steg-2/specialistuppsatser, pågående forskningsstudier samt exempel på generella förbättringsarbeten inom barn- och ungdomspsykiatrin välkomnas!

NYTT FÖR I ÅR! Fristående dag med tema heldygnsvård, 22 april.

Boka in kongressen i ditt kalendarium redan nu!

Varmt välkommen!

Sven Ernstsson

SEKTIONSCHEF, BARN- OCH UNGDOMS-
PSYKIATRIN PÅ AKADEMISKA SJUKHUSET



Landstinget i Uppsala län

sfbup

Svenska föreningen för barn-
och ungdomspsykiatri

<http://akkonferens.slu.se/bupkongressen2016>

BUP:s METIS-projekt i mål!



Nu finns METIS-kurser som är skräddarsydda för BUP:s ST-läkare (METIS – "Mer Teori i ST"). Arbetet påbörjades inom ramen för BUP:s METIS-projekt hösten 2012. Därefter blev det uppehåll då det var oklart var projektet skulle ha sin tillhörighet efter att IPULS lagts ner. Så småningom blev det bestämt att SKL skulle ta över och i augusti 2013 kunde vi återuppta arbetet och utveckla första kursen. Det var en helt ny kurs i Barn- och ungdomspsykiatrisk diagnostik och bedömning. Därefter har ytterligare 15 kurser tagits fram.

Kursutvecklingar

Det som karakteriserar utvecklingen av METIS-kurser är kort att man är en grupp som träffas och tar fram kompetensmål och lägger upp en kurs som är indelad i tre olika faser. Kursdeltagarna påbörjar en distansdel ("Bygga") på hemmaplan före det fysiska kursmötet. Denna innebär att man börjar med inläsning, svarar på flervalsfrågor som är kopplade till den obligatoriska kurslitteraturen och oftast gör man någon enklare inlämningsuppgift. Fördelen med detta är att kursdeltagarna kommer väl förberedda och på en jämnare kunskapsnivå till den andra fasen, kursmötet ("Överbrygga"). Kursmötet skall innehålla olika former av pedagogiska inslag såsom exempelvis gruppdiskussioner, rollspel och föreläsningar för att optimera inläringen. Efter kursmötet skall en klinisk nära hemuppgift göras, som utformas så att de nyförvärvade kunskaperna omsätts i praktiken ("Tillämpa"). Man skall kunna följa en röd tråd genom de olika faserna och kursdeltagare skall själva vara aktiva. Tidsåtgången för hela kursen beräknas till 12 timmar för första fasen, 24 timmar för kursmötet och 4 timmar för examinationsuppgiften.

Arbetsätt

Grupperna som utvecklat kurserna har delvis sett olika ut för varje kurs men sammansättningen har varit att två eller flera av oss regionala BUP-studierektorer och ST-läkaren från BUP-METIS alltid har varit med. Därtill har ytterligare ett par på området särskilt kunniga specialister, ST-läkare och representant för brukarna deltagit. ST-läkare och specialister från alla sex regionerna har deltagit i kursutvecklingarna och drygt tjugo olika orter har varit representerade. Sammantaget har cirka 25 specialister och 25 ST-läkare, ett par jurister samt en psykologiprofessor deltagit utöver vi som varit anställda på 10-20 % i BUP:s METIS-projekt.

Färdiga kurser och framtiden

Av de 16 METIS-kurser vi nu har att erbjuda BUP-ST har en del redan getts, med mycket goda omdömen. Vissa av de kommande kurserna ges med SK-medel och söks då via Socialstyrelsen men de flesta av kurserna går fr.o.m. 2016 med kursavgift. Inbjudan till de avgiftsbelagda kurserna sänds tills vidare ut till ST-läkarna via de regionala BUP-studierektorerna och inbjudan läggs också ut på SFBUP:s

hemsida där det även finns en lista över kommande och planerade kurser. Det pågår ett arbete som gör att det framöver kommer att finnas en kurskatalog på hemsidan för METIS-kurserna. Där finns redan en del information om METIS och kurser www.metiskurser.se.

Kurser

Akut barn- och ungdomspsykiatri
Barn- och ungdomsneuropsykiatri i teori och praktik
Barn- och ungdomspsykiatrisk bedömning och diagnostik
Barn- och ungdomspsykiatrisk juridik
Barn- och ungdomspsykiatrisk pediatrik
Bipolärt syndrom och psykosyndrom hos barn och ungdomar
Depression för barn- och ungdomspsykiatri
Från normbrytande beteende till antisocial utveckling hos barn och ungdomar
Fördjupad diagnostik och bedömning för barn- och ungdomspsykiatri
Missbruk och beroende hos barn och ungdomar
Psykofarmakologi för barn- och ungdomspsykiatri
Suicidologi och självskadebeteende för barn- och ungdomspsykiatri
Trauma och migrationsproblematik för barn- och ungdomspsykiatri
Utvecklingspsykologi för barn- och ungdomspsykiatri
Vuxenpsykiatri för barn- och ungdomspsykiatri
Ångest- och tvångssyndrom för barn och ungdomspsykiatri

Organisation

METIS har nu flyttats ut från SKL, projektet avslutas under hösten och ett centralt METIS-kansli, som startats i Stockholm för såväl BUP som vuxenpsykiatri har tagit över driften. Tanken är också att det skall finnas ett kansli i varje region, som servar kursgivare inom vuxenpsykiatri medan BUP till viss del tillhör endast ett regionalt kansli, det i Stockholm. Detta föreslog vi regionala BUP-studierektorer eftersom vi redan i vår grupp och i SFBUP:s utbildningsutskott gör mycket av det som de regionala kanslierna skulle erbjuda.

Vi hoppas att BUP:s METIS-kurser kommer att tillföra ST-läkarna mycket ny kunskap och att den i sin tur blir till stor nytta för våra patienter och deras familjer.

Lena Spak, studierektor region Väst

Gunnel Svedmyr, studierektor region Mitt

Gunnel Löndahl, studierektor region Syd

Christina Bengtsson-Macri, studierektor region Stockholm

Kristin Carlström-Dahlöf, ST-läkare Västerås

ANNONS



Neurofeedbackträning vid ADHD

Vid **Center of Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet (KIND)** pågår ett forskningsprojekt kring den kliniska praktikabiliteten och effektiviteten av neurofeedback.

Bakgrund

Det finns ett behov av effektiva icke-farmakologiska insatser för personer med ADHD/ADD. *Neurofeedback (NF)* har växande vetenskapligt stöd för att förbättra kärnsymtom vid ADHD/ADD. Studien om Kognitiva Inlärnings- och Träningmetoder (KITE; <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01841151>) vid KIND syftar till att utreda vilken effekt fram för allt neurofeedback har på ADHD/ADD, och samtidigt erbjuda denna behandling som inte utförs någon annanstans i Sverige i landstingsregi med akademisk anknytning.

Långsiktiga målet med studien är att utöka behandlingsutbudet för barn och ungdomar med ADHD/ADD. NF handlar om att ge återkoppling till hjärnans elektriska aktivitet (EEG) och på så sätt ge hjärnan möjlighet att bättre reglera sin aktivitet för att bland annat klara av att behålla uppmärksamheten. Vid NF-behandling sätter sig patienten bekvämt framför en datorskärm. Några elektroder sätts sedan på hjässan för att läsa av hjärnans elektriska aktivitet. Dessa signaler leds via elektroden till en förstärkare, som i sin tur är uppkopplad till en dator. Med hjälp av mjukvaran på datorn kan man nu ge patienten återkoppling på hjärnans aktivitet i realtid. Beroende på vad man vill förändra, styrs återkopplingen av olika typer av hjärnaktivitet. Inom KITE-studien undersöker vi två typer av NF-träningsprotokoll: Slow Cortical Potentials (SCP) och live Z-score-träning (LZ).

Slow Cortical Potentials

Vid SCP tränar man de långsamma potentialerna. Dessa mäts som antingen elektriskt negativt eller elektriskt positivt, vilket motsvarar en ökad aktivering av hjärnan respektive en ökad hämning. Lite förenklat kan man säga att det handlar om att aktivera och vila hjärnan, vilket kan vara problematiskt vid ADHD. Genom att växla mellan en positiv el-

ler negativ laddning, styr deltagaren en figur på en skärm, som antingen ska styras uppåt eller nedåt på skärmen



Lyckas man med att styra figuren åt rätt håll, och hålla den där en viss tid, dyker en belönande sol upp på skärmen. Hur man lyckas med detta, måste deltagaren testa sig fram till själv, genom trial and error. En omgång tar 10 sekunder, och upprepas 144 gånger under ett träningspass. SCP är således en ganska repetitiv och nöjtande träning. Tanken bakom är att man så småningom ska lära sig att medvetet kontrollera växlingarna av de långsamma potentialerna (om än mera på ett implicit plan), och på så sätt kunna reglera hjärnan bättre. Därigenom förbättras uppmärksamheten, mildras ADHD-symptomen och ökas vardagsfungerandet.

Live Z-score träning

Den andra NF-metoden som undersöks inom studien, LZ, är en typ av frekvensträning, dvs. man tränar de olika frekvensbanden (hjärnvågorna). Den vanligaste typen av frekvensträning vid ADHD har varit theta/beta-träningen, där



man försöker uppnå en mer gynnsam balans mellan dessa hjärnvågor. Vid LZ jämförs alla hjärnaktivitet mot en normal databas. Det är således inte bara specifika hjärnvågor



som ska tränas, utan helheten. Återkopplingen sker genom att deltagaren kollar på film, där man lägger ett feedback-filter över. Ju mer hjärnaktiviteten avviker från normen desto mörkare blir sedan bilden och patienten kan inte se filmen. När avvikelserna minskar blir bilden ljus igen och patienten kan se filmen, vilket förstärker denna hjärnaktivitet. På så sätt ska hjärnaktiviteten styras, stegvis normaliseras, och ADHD-symptomen mildras.

Klinisk praktikabilitet

En utmaning för NF-träning vid ADHD är att patienten behöver sitta relativt stilla, eftersom muskulära rörelser kan störa EEG-signalerna genom artefakter och ökat brus. Även detta återkopplas dock direkt på skärmen, vilket hjälper barnet att bli medveten kring sina rörelser och få en chans att begränsa dessa. Parallell medicinering brukar underlätta genomförandet, särskilt vid mycket hyperaktivitet. Barnen som tränar NF i KITE-studien har varit överlag mycket positiva till träningen. Många är motiverade till att träna sin hjärna. Emellanåt blir dock framförallt SCP-träningen ganska monotont, särskilt då träningen är väldig intensiv med dagliga sessioner under fem veckor. Således kan det stundvis bli lite kämpigt med motivationen. En uppmuntrande allians, med mycket "peppning", blir då extra viktigt. Även motiverande tävlingsmoment, genom att till exempel räkna antalet lyckade omgångar, kan hjälpa att ta sig igenom motivationssvackorna. I en klinisk kontext skulle träningen ev. inte behöva genomföras lika intensivt som i vår forskningsstudie samt inte innehålla alla baseline- och effektmätningar. Vanligtvis brukar träningen ske i olika faser, där man börjar med en intensivfas med daglig träning under första veckan (för att optimera möjligheten till inläring), för att senare plana ut i 2-3 sessioner i veckan, så småningom skulle sedan endast sporadiska boostersessioner förekomma. Sessionslängd och tröskeln för en lyckad omgång, kan också anpassas till patienten på ett annat sätt i en klinisk vardag än i en forskningsstudie.

Kostnadsaspekten

Det brukar framhållas att NF är en dyr behandling. Basutrustningen brukar ligga på 100 000 -150 000 SEK inklusive mjukvara. Då kan man utöver själva NF - träningen även genomföra QEEG-mätningar (Quantitative EEG, dvs.

ett normerat EEG) för utvärdering av förändringar, samt andra neurofysiologiska mätningar. Enklare modeller som används med en vanlig dator, kan köpas från 30 000 SEK. Till detta kommer förbrukningsvaror som rengöringsgel och pastor för att få bra signaler. Om utrustningen används regelbundet är denna del av NFs kostnad relativt begränsad. Att utföra träningen, alltså appliceringen av elektroderna och att navigera genom mjukvaran, kräver lite förkunskaper, kan läras ganska fort, och därefter kan det tidskrävande praktiska genomförandet delegeras relativt enkelt. Inom den kliniska verksamheten skulle det dock behövas bredare grundkunskaper. Eftersom det inte finns en specifik NF-utbildning på området, får inläringen ske via kombinationen av deltagande i diverse workshops och praktisk tillämpning. Goda teoretiska kunskaper är även av stor vikt för att undvika negativa utfall och fel eller skadlig användning av NF. Även om det inte finns några nämnvärda biverkningar vid NF-träningen, så kan en felaktig tillämpning av träningen leda till en försämring av symptomen och resursslöseri.

Evidens och implementering

I den senaste rapporten från Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) avseende behandlingar för ADHD, var underlaget för begränsat för NF för att kunna dra några slutsatser om dess effekter (SBU, 2013). Olika nya systematiska översikter och metaanalyser visar dock en mellanstor effekt för NF vid ADHD, och effekten är den högsta jämfört med andra beteendebaserade insatser (t.ex. Sonuga-Barke et al., 2013). Dock saknas fortfarande komparativa studier där olika NF-varianter ställs mot varandra och andra metoder (som i den pågående KITE-studien) och det finns behov av ytterligare blindade studier. I andra länder tillämpas NF redan i allt större utsträckning i klinisk praxis. I Tyskland till exempel betalar sjukförsäkringarna/försäkringskassorna NF vid ADHD-svårigheter, om det sker inom ramen för en psykoteraeutisk behandling (särskilt som en del i en beteendeterapeutisk insats) samt inom ramen för en arbetsterapeutisk insats.

John Hasslinger och Sven Bölte

Centrum för psykiatrforskning, Stockholms läns landsting & KIND, Inst för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet



Fascinerande psykiatri

Den nya podcasten

”PSYKIATRIKERNA”

visar på den spännande

utvecklingen inom psykiatri



Tillsammans med min kollega Anders Hansen har jag länge varit fascinerad av den spännande utvecklingen inom psykiatri och psykiatrisk forskning i synnerhet. Det är en ofta slående kontrast till den ibland ganska dystra bild av psykiatri som målas upp i media. Under en middag för ett halvår sedan diskuterade vi vad vi skulle kunna göra för bidra till en mer positiv bild av den spännande disciplin som vi båda valt att specialisera oss inom.

Svaret blev att lyfta upp den spännande utvecklingen inom psykiatri och de personer som driver den både i Sverige och internationellt i ett helt nytt format. Därmed började tanken på en podcast som intervjuar intressanta psykiatriker och personer verksamma inom psykiatrisk forskning, en psykiatrisk motsvarighet till den klassiska podcasten "Värvet". I skrivande stund har det första avsnittet lanserats och redan efter en vecka är podden en av Sveriges fem mest populära podcasts – mer lyssnad än just "Värvet"!

Varken Anders eller jag hade förstås vågat tro att genomslaget för en så nischad podcast skulle bli så stor. Den enda förklaringen är att psykiatri fascinerar. Idag representerar hjärnan vår sista utforskade terräng. Det är där forskare likt renässansens upptäcktsresande ger sig ut på stora projekt med löften om stora skatter utan en aning om de någonsin kommer att nå fram.

I premiäravsnittet säger professor Mikael Landén på Göteborgs Universitet träffande: "om man ska välja någon specialitet så ska man väl, om man inte tycker det är vansinnigt intressant hur ett knä ser ut, så är det ändå hur hjärnan funkar – det måste ju vara det mest spännande!". Förhoppningen är att i podcasten ge en blick av både den spännande forskningen inom psykiatri men också vad det är som driver personen bakom arbetet. Avsnittet med Mikael Landén är inget undantag.

Det senaste halvåret har Anders och jag alltså rest runt i världen och fått förmånen att träffa och diskutera med några av de mest uppmärksammade forskarna inom psykiatri idag. Den första dagen varje månad släpper vi en ny intervju på iTunes.

Kommande avsnitt samlar bland annat Moshe Szyf vid McGill University i Montreal, Barbara Milrod vid Weill Cornell Medical College och Columbia Psychoanalytic Institute for Treatment and Research, samt Karl Deisseroth vid Stanford University, USA. Den senare är en av världens nu mest hyllade forskare, som har grundlagt två helt nya metoder för att undersöka hjärnan. I intervjun får vi höra om bakgrunden till den fascinerande tekniken *optogenetik* som började med några organismer som reagerade på ljus. Szyf beskriver å andra sidan hur den *sociala miljön* kan påverka genernas uttryck och hur i synnerhet tidiga upplevelser kan få mycket stor betydelse, medan Milrod berättar om sitt arbete med att genomföra stora kliniska prövningar av *psykoterapi*.

Minst lika fascinerande är Jonathan Moreno, professor vid Penn University, som berättar om sin far, den legendariske psykiatern J. L. Moreno som bland annat grundlade arbetet med social nätverksanalys och dessutom hade korrespondens med min egen husfilosof Martin Buber.

Just nu arbetar Anders och jag för fullt med att rekrytera nya personer att intervjua och igår fick vi klart att vi åker till Australien för en mycket spännande intervju. Det är fortfarande lite hemligt, så håll öronen öppna och ladda ner de första avsnitten på iTunes eller psykiatriker.se nu!

Simon Kyaga

Faktaruta

Anders Hansen, psykiater. Har skrivit boken "Hälsa på recept" tillsammans med Carl-Johan Sundberg och skrivit för Läkartidningen.

Simon Kyaga, psykiater och forskar kring kreativitet och psykisk ohälsa. Har varit sommarpratare i Sveriges Radio. Medicinsk rådgivare på Otsuka.

Podcasten finns på psykiatriker.se och går att ladda ned på iTunes från och med 1 november. Därefter kommer ett nytt avsnitt varje månad under hösten och hela nästa år.

Podcasten har möjliggjorts genom ett samarbete med Otsuka och Lundbeck.



Anders Hansen och Simon Kyaga
Foto Johanna Arnstrom_Produktionsbolaget Munck

Nya rön om eldsanläggare

Har vi inte alla hört talas om begreppet pyromani, fastän det är mycket sällsynt? Eldsanläggare är ett mycket vidare begrepp och mordbrand är ju den legala termen.

En av föreläsningarna vid den nordiska rättspsykiatriska konferensen som hölls i Trondheim beskrev problemet litet närmare. Annika Thomsen från Finland berättade att 1 % av BNP går åt till eldskador varav 15-50 % är mordbrandsrubricerade.

Förvånande för mig att 75 % av eldsanläggarna var män, men inte oväntat, med påfallande komorbiditet som missbruk och sociala problem. Blyghet och introvert personlighet förekom ofta, liksom självdestruktivitet. Biologiska markörer kan eventuellt finnas men det kräver mer forskning.

Annika har tittat på 441 manliga eldsanläggare och funnit att de flesta är personlighetsstörda, 20 % har psykosjukdom. De har 9 ggr ökad suicidfrekvens jämfört med kontroller. 1/3 är recidiverande eldare.

Intressant och delvis rubbades min världsbild. Det ska bli intressant att följa utvecklingen av ditt arbete, Annika!

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF



”Svenskt beroenderegister 2.0” – nystart för kvalitetsuppföljning av svensk beroendevård

De två tidigare kvalitetsregistren för beroendevården, SBR och registret för Läkemedelsassisterad Rehabilitering av Opiatberoende (LAROS), har 2015 slagits samman till ett, med namnet Svenskt Beroenderegister (SBR). Sammanslagningen innebär att alla patienter som behandlas för skadligt bruk och beroende inom sjukvården kan erbjudas att delta i ett och samma kvalitetsregister, med sammanhållen och lättillgänglig data. Andra förväntade effekter är minskad administration för registrerande enheter, en samlad datakälla, större följsamhet, ökad täckningsgrad samt ökad precision i registerfrågorna.

SBR har nu fördjupningsfrågor kring olika tillstånd och behandlingsmetoder, utfallsvariabler med högre relevans och färre bakgrundsvariabler. Det nya registret är förankrat i verksamheterna, i professionen och bland patientrepresentanter genom styrgrupp, användare och ett etablerat samarbete med Svensk förening för beroendemedicin. SBR:s styrgrupp består av verksamhetschefer och andra ledningspersoner från psykiatriska och specialiserade beroendekliniker i olika delar av landet, samt två brukarrepresentanter. Enhetschefer och andra kontaktpersoner på registrerande enheter har varit delaktiga i arbetet.

Socialstyrelsen har under 2015 reviderat de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Även föreskrifterna för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) har genomgått en omfattande revidering. För att följa kvaliteten i beroendevården har Svenskt Beroenderegister (SBR) fått nya frågor och ändrad struktur.

Förslaget till nya föreskrifter för LARO-behandling har varit

ute på remiss under 2015 och planeras träda i kraft i januari 2016. Det innebär bl a att även patienter som är beroende av medicinala opioider kan få underhållsbehandling med opioida agonister. Dessutom ställs hårdare krav på vården att kunna erbjuda psykologisk och psykosocial behandling. Hittills har beslut om underhållsbehandling krävt godkännande av kommunens socialtjänst. Förslaget ger nu större utrymme för hälso- och sjukvården att - tillsammans med patienten avgöra - när behandling ska inledas och avslutas. Det ger också ökade möjligheter för patienterna att själva hantera sin medicinering.

De nationella riktlinjerna omfattar en prioriteringsordning för rekommenderade behandlingsmetoder. Denna är tänkt att vägleda beslutsfattaressursfördelning. Prioriteringarna baseras på vetenskapligt stöd, omfattning, resursåtgång och kostnadseffektivitet. Flera behandlingsalternativ finns eftersom möjlighet behöver finnas för vården att anpassas efter individens förutsättningar.

Nytt i 2015 års version av de nationella riktlinjerna är att indikatorer för uppföljning av riktlinjerna tagits fram. SBR har anpassats till dessa och kan därför användas när uppföljningar ska göras.

Antalet registrerade patienter i SBR är i 17 321 (nov 2015). Av dessa var 3 205 personer i LARO-behandling. Totalt är 158 enheter anslutna till registret och samtliga landsting/regioner medverkar. Under 2015 gjordes sammanlagt 7 963 registreringar vilket är nytt rekord för SBR.

Johan Franck
Registerhållare

Nytt läkemedel för alkoholberoende på gång?

I ett pressmeddelande från Karolinska Institutet i oktober beskrivs hur forskare där och vid Sahlgrenska akademien kan vara ett steg närmare att hitta ett effektivt läkemedel mot alkoholberoende. De har visat att dopaminstabilisatorn OSU6162 kan minska suget efter alkohol hos alkoholberoende personer, och att substansen normaliserar nivån av dopamin i hjärnans belöningssystem hos råttor som konsumerat alkohol under lång tid. Resultaten av dessa studier är publicerade i *European Neuropsychopharmacology* och *Addiction Biology*. Man reserverar sig dock för att det fortfarande krävs omfattande kliniska studier för att bekräfta att OSU6162 är lämpligt som läkemedel och verkligen får människor att dricka mindre alkohol.

Tove Gunnarsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Bästa kollegor, ännu ett riktlinjearbete har sett dagen ljus!

SPF är stolta att till föreningens serie med kliniska riktlinjer nu kunna lägga *Svenska Psykiatriska Föreningens Kliniska riktlinjer – Ätstörningar*. Detta riktlinjearbete är en total omarbetning av de riktlinjer som gavs ut 2005 och är den sextonde skriften i SPF:s serie med kliniska riktlinjer.

Arbetsgruppen, under ledning av Ulf Wallin och med stöd av en större referensgrupp, har sammanställt aktuellt kunskapsläge och formulerat väl förankrade riktlinjer för utredning och behandlingsinsatser för denna grupp patienter. Riktlinjerna är praktiskt kliniskt orienterade och kommer att bli ett utmärkt stöd för att formulera den psykiatriska klinikkens vårdprogram/processer.

Boken vänder sig till psykiatrer men även andra yrkeskategorier verksamma inom vuxenpsykiatri samt inom barn- och ungdomspsykiatri. Även primärvård, skolhälsovård och barnmedicin torde ha stor nytta av innehållet.

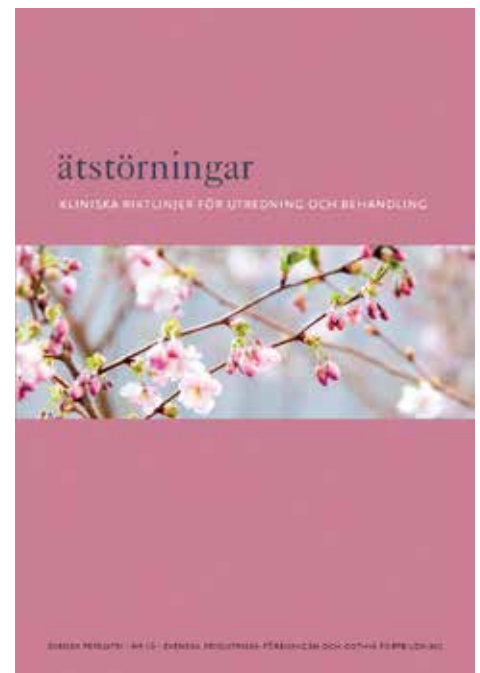
Som vanligt föreslår jag dig – läsare – att du omgående ber din verksamhetschef att beställa ett flertal exemplar av boken. Varje läkare på kliniken bör ha ett eget exemplar och varje annan medarbetare som kommer i kontakt med denna patientgrupp bör ha tillgång till denna kunskap. Jag föreslår dig också att initiera ett arbete att med stöd av dessa nya riktlinjer uppdatera din klinikkens vårdprogram.

Boken kan beställas på www.gothiafortbildning.se.

Önskar er alla givande läsning!



Dan Gothefors
SPF:s ansvarige för riktlinjearbeten



Internetdroger

Referat från ett seminarium den 23 oktober i ABF-huset, Stockholm

Ungefär femton personer hade kommit för att lyssna på två föredrag om det numera ständigt aktuella och allt mer svårhanterliga ämnet internetdroger. Litet synd att det var så få men spridningen bestod av deltagare från Piteå i norr till Lund i söder, så förhoppningsvis får det ett större avtryck.

Under de senaste åren har det skett en explosionsartad ökning av utbudet av nya droger som modifieras kemiskt (s.k. designerdroger) för att undgå narkotikaklassning. Enbart under 2014 hittades 101 nya substanser inom EU men allt fler dyker fortfarande upp varav många har skadliga effekter. Naturligtvis är detta en global problematik och för att se på spridningen i Europa finns information på www.emcdda.europa.eu.

Anders Helander driver sedan några år projektet STRIDA som ska hjälpa sjukvården identifiera nya farliga droger. Projektet är ett samarbete mellan Karolinska Universitetslaboratoriet och Giftinformationscentralen och omfattar förgiftningsfall



Anders Helander och Kai Knutsen
Föreläsare på seminarium om internetdroger

med internetdroger från akutmottagningar i hela landet. Tyvärr kommer projektet sannolikt att avslutas nästa år då det saknas ekonomiskt stöd för verksamheten TROTS ökande problematik.

Folkhälsomyndigheten är ansvarig myndighet för att utreda hälsofarlighetsklassning och agera med hjälp av Förstörandelagen. Tillsammans med Läkeemedelsverket beslutas om narkotikaklassning. Senast i augusti 2015 narkotikaklassades flera nya drogsustanser som acetylfentanyl, fluorfenmetrazin, isopropylfenidat, 25I-NBOH, klonazolam, deskloretizolam för att nämna några.

Anders beskrev att det för en kemikunnig person inte är alltför svårt att tillverka "nya" droger. Farligheten hos dessa är vanligen helt okänd när de börjar säljas och de omfattas då inte heller av lagstiftningen ("legal highs"). De flesta nya droger tillverkas dock i Asien och skickas till Sverige och andra länder där de paketeras om och försäljs vis internethandel.

Det finns flera hundratals internetsajter som öppet bedriver försäljning av preparaten och det är mycket svårt att få kontroll på den intensiva trafiken med drogleveranser i vanlig post. På några platser i landet har dock polisen etablerat samarbeten med postutlämningsställen för att närmare undersöka misstänkta försändelser. Detta är fallet bland annat i min hemort Piteå, som förra året drabbats hårt av drogrelaterade dödsfall. Man försöker då koordinera pakethämtningen med polisnärvaro och ingripande för att försöka stävja den negativa utvecklingen.

Problemet med internetdroger tycks vara likartat över landet med enstaka toppar lokalt. Vi fick en beskrivning av hur katinonen MDPV ("kannibaldrogen"), som utvecklats från stimulantian kat, orsakade svåra vårdproblem i bl.a. Västerås för några år sedan. MDPV är inte längre vanlig utan har ersatts av liknande substanser som alfa-PVP-analoger.

Komplicerande för vård och insatser är att internetdroger ofta inte kan identifieras med vanliga drogtester. Urinstickor som främst används för patientnära testning kan vara svåra att tyda och det finns flera exempel på hög andel falskt negativa provsvar. Anders poängterade vikten av att kunna analysera vidare med verifikationsanalys på laboratorium och där kommer STRIDA-projektet in, dit akutmottagningarna kan



Det bruna pulvret som skickades till föreläsarna som extra tack. Det blev hysteriskt roligt när Anders sade att det nog fastnat i tullen om det skickats från utlandet. Men det var bara karljohan svamppulver

vända sig med frågor om och för analys av internetdroger.

Kai Knudsen är narkosläkare med specialintresse för intoxikationer och han har författat flera artiklar i ämnet. Han påpekade i sitt föredrag att drogernas inverkan på hälsoläget i Sverige har försämrat prognosen för yngre och yngre medelålders människor, psykisk ohälsa spelar in.

Det kan inte uteslutas att vi fått ett försämrat läge av stigande överdiagnostik av ADHD och ADD och därmed ökad förskrivning av centralstimulantia. Vi har idag ett tiotal olika preparat i FASS med dessa indikationer. Många fler får dessutom behandling i vuxen ålder, fast man inte kan förvänta sig uttalad problembättring. Ökande opiatförskrivning vid substitutionsbehandling har visat sig i ökad andel dödsfall där dessa läkemedel funnits med i bilden, och har nu passerat antalet dödsfall där heroin förekommit.

Tidig start i missbruk påverkar personlighetsutvecklingen, och funktionen framförallt i prefrontalcortex försämras med resultatet sämre analys- och beslutsförmåga och sämre mognad. Cannabis är ofta ingångsdrogen i narkotikaanvändning och den är inte så harmlös som man propagerar från vissa håll. Tyvärr ser vi en allt mer utbredd legalisering globalt vilket nog kommer att få långtgående konsekvenser.

Sammantaget mycket givande dag och jag önskar att fler deltagit; för min egen del ser jag missbruksproblemet som en farsot där de långsiktiga konsekvenserna troligen blir mycket värre än vi anat. Hjärtligt tack till föredragshållarna och deltagarna!

Per-Axel Karlsson
Ordförande
Svensk rättspsykiatriska föreningen

Rättelse

På sidan 17 i Svensk Psykiatri mars 2015 finns en artikel om Psykiatrikompassen.

Tyvärr har det blivit fel i bildtexten. Andreas Gremyr är inte med på bilden. Det är istället Tobias Edbom och Claes Norring som visas.

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen

Vad händer i konsultationspsykiatin?

Den **konsultationspsykiatriska föreningen**, en subsektion i Psykiatriska föreningen, är efter flera år på parlåga på väg att reorganiseras. En tillfällig styrelse är utsedd och så snart formalia är ordnade kommer föreningen att börja acceptera medlemmar. Vi kallar härmed till årsmöte som kommer att hållas vid Svenska Psykiatrikongressen i mars 2016 innan SPFs årsmöte. Exakt lokal och tidpunkt kommer att annonseras i SPKs program.

Föreningens medlemmar är psykiatrer men i framtiden kommer även andra specialiteter och yrkesgrupper att välkomnas vilket framgår av stadgeändringsförslag som skickas intresserade.

Det går bra att redan nu anmäla intresse till konsultföreningen.

Kontakta någon i den tillfälliga styrelsen:

Marie Bendix, Huddinge marie.bendix@sll.se

Michael John, Linköping

michael.john@regionostergotland.se

Maria Wagner, Malmö, maria.wagner@hotmail.com

Lars Wahlström, Stockholm lars.wahlstrom@sll.se

EAPM som är den europeiska sammanslutningen av konsultpsykiatrer har förlagt sitt nästa möte till Luleå i juni 2016. Programmet är högklassigt (1).

Det finns nu två parallella **METIS-kurser** i konsultationspsykiatri, i Huddinge och i Göteborg.

I Huddinge pågår också **ettåriga vidareutbildningar** av specialisläkare och -sjuksköterskor i konsultpsykiatri för att fylla framtida konsultteam med hög kompetens.

Vid Nya Karolinska Solna planeras den **första specialiserade avdelningen i Skandinavien** för patienter som behöver samtidig somatisk och psykiatrisk sjuhusvård. Samtidigt finns en ambition inom Stockholms läns landsting att utveckla konsultpsykiatrin till att i mer avancerad form finnas vid akutsjukhusen (2).

Lars Wahlström, Stockholms läns sjukvårdsområde

Referenser

<http://eapm2016.com/>

Wahlström & Blomdahl Wetterholm. Läkartidningen 2015;112 (41)



Foto: Shutterstock/Pressmaster

Programpunkter på Svenska Psykiatrikongressen i samarbete med Föreningen för Konsultationspsykiatri:

- Huntingtons sjukdom: i gränslandet mellan psykiatri och neurologi
- Psykiska sjukdomar under graviditet och spädbarnsperiod – vårdprogram Stockholm
- Moderslyckan – vart tog glädjen vägen?
- Fokuserade interventioner vid kroppssyndrom på en somatisk akutmottagning – FACT
- Konsultationspsykiatri – visioner och utvecklingsarbete
- Sjuksköterskor i konsultpsykiatrin – en ny specialisering?
- Ingen sjukdom är visst en sjukdom! Om somatic symptom disorder



Inte bara någon specialitet

Psykiatri är alltså inte bara någon specialitet. Den borde snarare betraktas som en flökt mellan filosofin och fysiologin som var för sig kämpar att ta huvudrollen för människans funktion och fotsår i själva samhället.

Den här leken mellan själ och hormoner samt andra biologiska molekyler är någonting, utan tvekan, unikt och sammanfattas väl i en djuptänkt sats av en antik grekisk filosof (Protagoras) som en gång skrev att "Människan är alltings mått".

Och det är själva människan som en helhet, som en multifärgad tillvaro och inte bara som ett "utredningsbart symtompaket" som engagerar psykiatri. Medan de flesta andra specialiteter bär ansvar för detta som sker under vårdtiden, på en vårdinrättning eller övriga polikliniska behandlingar, gäller psykiatriens kritiska roll själva vardagen och ännu mer, de svåra nätterna när ljuset släcks och ingen är där för den drabbade.

Behandlaren blir stundvis ens vän, make, barn, ens motivation att fortsätta kämpa, ens koncentrerat dialektiska resonemang att livet ska levas, eftersom livet är människans mest betydande gåva.

Och medan vi forskar efter den efterlysta djupare kunskapen om serotonin, dopamin och deras respektive, fortsätter psykiatri att utgöra vår effektivaste vetenskapliga mekanism att föda leenden.

Nikos Nikolaou
ST läkare Psykiatri Nordväst, Stockholm

Sveket mot barnen och vetenskapen fortsätter

I SP nr 3 tar jag upp kritik av överdiagnostik och övermedicinering av ADHD från bl.a. Allen Frances och FN:s barnrättskommitté.

I samma nummer undrar två professorer och en överläkare "Vad är så märkvärdigt med ADHD-diagnosen?" och påpekar riktigt att den inte skiljer sig från andra psykiatriska diagnosgrupper. Men det märkliga är att ADHD helt utan vetenskaplig grund påstås vara "neuropsykiatri". Psykiatern, f.d. professor, doc. Tomas Ljungberg visade detta redan i början på 2000-talet då han var adjungerad till en grupp inom Socialstyrelsen, men blev sedan ej kallad till fler möten. Ingen har i sak bemött hans vetenskapliga kritik och slutsats att ADHD precis som all annan psykiatri bäst kan förklaras med en stress-sårbarhetsmodell¹.

T.ex. har hävdats hög ärftlighet, 80 %, vilket är helt fel! För det första har originalartiklarna siffror på 40-80 %, medan neuropsykiatriförespråkare konsekvent väljer den högre siffran och mot originalförfattarnas egen bedömning².

För det andra är det *heritabilitet* man visat, vilket är något helt annat än ärftlighet vilket lätt förstås av att TBC också har en heritabilitet på 80 %, fast vi vet att TBC orsakas av en bakterie. Heritabilitet är ett mått på hur mycket av *variansen i en population* som beror på gener. Det betyder *inte* att 40-80 % av orsaken är genetisk! En varians som när det gäller TBC handlar om motståndskraft. Men utan bakterie ingen TBC. Så med stor sannolikhet samma med ADHD – utan miljöpåverkan ingen ADHD³.

För det tredje har det nu på senaste åren visats att det finns en specifik ärftlighet, dvs. för olika psykiska tillstånd, men endast 15 %, vilket helt stödjer just en stress-sårbarhetsmodell och inte "neuropsykiatri"⁴.

Inte ett ord nämner professorerna om det ovetenskapliga i att "förklara" ADHD som neuropsykiatri. De fokuserar på att det tar för lång tid att ställa diagnosen som ett problem – inte att det ställs för många ADHD-diagnoser



Foto: Shutterstock/Zoeytoja

på felaktiga grunder eller att man missar allvarliga differentialdiagnoser⁵ som trauma och därmed adekvat behandling. Deras kritik av överbetoning av utredning kontra behandling håller jag dock med om. Men deras förslag att man kan minska utredningstiden för få mer resurser till behandling är inte lösningen; det kommer knappast minska ADHD-diagnoserna utan högst sannolikt medföra att man ännu oftare missar differentialdiagnoser efter den närmast propagandistiska lanseringen av ADHD som "neuropsykiatri". Man utesluter redan från början adekvat utredning och diagnostik när man gör en s.k. "neuropsykiatrisk" utredning.

De anför att det finns påtagligt lite stöd för andra behandlingar än farmakologiska. Men detta beror bl.a. på att det inte ges pengar till forskning på icke-farmakologiska metoder⁶. Och de allvarliga kunskapsluckorna med att effekt för centralstimulantia (CS) bara är påvisad ≤ 6 månader⁹ och riskerna för beroende "löses" med att föreslå atomoxetin som förstahandsmedel. De håller med om att behovet av samtalsterapi är stort och att det borde gå att utveckla. Men vem ger pengar för det? Då det inte ens ges pengar för att undersöka långtidseffekter av CS som inte alls bara används 6 mån utan i årtal?⁷

Och kan vi vara säkra på att det inte enbart är placeboeffekt? I den stora MTA-studien som låg till grund för att behandla ADHD med CS fanns ingen adekvat placeboarm!⁸ Man visade att farmaka+ beteendeterapi > beteendeterapi men undersökte inte placebo + beteendeterapi. Med den massiva marknadsföringen av ADHD som "neuropsykiatri" med biologisk orsak kan man förvänta sig en mycket stor placeboeffekt med biologisk/farmakologisk behandling.

SBU anger sex korta (4-12v) kontrollerade studier med totalt runt 500 patienter där farmaka \geq placebo.⁹ Om man använde aktiv placebo, sockerpiller som ger samma biverkningar som farmaka, vilket minskar skillnaden mellan placebo och farmaka¹⁰ framgår inte. Jag ifrågasätter också

om det överhuvudtaget går att göra placebokontroll mot ett centralstimulerande medel. Får inte alla som tar CS, likt en del av mina studiekamrater, en bättre koncentration, vilket alltså dels påverkar ett symtom dels därmed också bryter blindheten?

Avsikten med professorernas artikel tycks inte vara att återupprätta vetenskaplighet och att förbättra differentialdiagnostiken och främja adekvat behandling av ADHD utan snarare att minska kritiken mot överdiagnostik genom att minska användning av CS och därmed öka marknadsandelen för atomoxetin.

Sveket kvarstår, ja fördjupas, när professorer fortsätter att underlåta att kritisera ADHD:s ovetenskapliga grund. De som vill verka för att återupprätta vetenskapligheten inom barnpsykiatri bör stödja FN:s barnrättskommittés uppmaning:

43. *The Committee urges the State party to establish a system of independent expert monitoring of the diagnosis of ADHD and other behavioural specificities, and of the use of drug treatments for these children; and to:*

(a) *Undertake independent research on diagnosis methods used in the determination of child mental health problems; and*

(b) *Ensure that appropriate and scientifically-based psychological counselling and specialised support for children, their parents and teachers is given priority over the prescription of drugs in addressing ADHD and other behavioural specificities.*

(<https://blog.unicef.se/2015/02/04/fn-kraver-att-sverige-lever-upp-till-barnkonventionen/>)

Jan Pilotti

Pensionerad ungdomspsykiater

För referenser se vår hemsida
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



I skuggan av talkottkörteln

Jan Pilotti kritiserar i *Svensk Psykiatri* 3/2015 Adel Abu Hamdeh som i 2/2015 hävdar "att medvetandet och patientens psykiska mående, tankar och beteende är ett resultat av processer i hjärnan".

Pilotti anti-tes är att det "finns goda skäl för att medvetandet är lika fundamentalt som massa, laddning, rum och tid och inte kan reduceras till någon av dessa kategorier eller till en materiell hjärna". Han re-lanserar därmed Descartes gamla dualistiska idé om att det finns en icke materiell tänkande substans (*res cogitans*) som interagerar med hjärnan. Man kan inte begära att en 1700-talsmatematiker skulle kunna förklara mekanismen för denna interaktion, men Descartes föreslog att den ägde rum i talkottkörteln. En fruktbar utgångspunkt för modern psykiatri?

Pilottis argument är att vi inte kan veta att medvetandet inte är något icke-materiellt och därför skulle det han kallar "hjärnmaterialismen" bara vara en tro. Han har rätt i så måtto att den vetenskapliga världsbilden som helhet är en "tro", en tro på att världen är vetbar. Med normalt av ödmjukhet kan man hävda att detta åter och återigen visar sig hålla streck. Vetenskapen har gett oss fabulöst stor kunskap om universum, vår biologi och livets historia.

Vetenskapen har förutom grundantagandet om vetandets möjlighet, även en metod som utvecklats av mänskligheten. En av de viktigare satserna formulerades på 1200-talet, av William Ockham: man ska inte söka mer långsökta förklaringar än vad som behövs för att förklara empiriska data. Att införa en hypotes om en helt ny icke-materiell substans måste anses vara att söka ganska långt, då hjärnforskningen i rasande takt klarlägger alltmer om hur hjärnans arbete skapar psykiska processer som tidigare uppfattats oförklarliga. Även Karl Popper har formulerat en viktig princip: att inte ställa upp hypoteser som inte går att falsifiera. Pilotti är medveten om Popper men synes inte ha tagit lärdom av honom.

En vetenskaplig psykiatri bör dock baseras på vad vi vet och inte på vad vi inte vet.

Göran Isacson
Docent, specialist i psykiatri.
Fri yrkesutövare



Foto: Shutterstock/Detelina Petkova



Möte i Malaga

Vi var många svenskar på *Enmesh*, *European Network for Mental Health Service Evaluation* i Malaga 1-3 oktober <http://enmeshmalaga2015.com> – de flesta från Skåne och Umeå med professorerna Lars Hansson och Mikael Sandlund i spetsen. "Closing the gap between research and policy in mental health" var temat, vilket tolkades brett, oftast med socialpsykiatriskt fokus.

Egon Jonsson, en gång chef för SBU, numer i Edmonton, Canada, se <http://www.inahta.org/our-members/members/ihe> inledde om *Knowledge translation in mental health*. Där använder man "courts" – konsensuskonferenser med en bred sammansättning av experter, brukare och beslutsfattare för att belysa och diskutera behov, möjliga åtgärder, implementering, hinder, och uppföljning. En "jury" ställer frågor och gör en sammanfattning. Man är inte i första hand intresserad av "expert opinion or colloquial evidence (=vardaglig erfarenhet)" utan av "critical knowledge to be incorporated into the analysis of complex health systems". Primär målgrupp är beslutsfattare och allmänhet. Målet är att åstadkomma förändringar i praxis.

Egon Jonsson berättade sedan att hans stora intresse nu är *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* som han tror drabbar 2-5 % av barnen och ligger bakom en stor del av ADHD- och autiststörningarna. Sant?!

Uppföljningar av (*Flexible*) *Assertive Community Treatment*, *ACT*, *FACT* redovisades från bl.a. Lund och Umeå. ACT-teamet i Malmö har uppnått god programtrohet och verksamheten utvärderas vetenskapligt av CEPI (Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser) vid Lunds universitet. Ett ökande antal FACT-team (med viss koncentration till Västsverige, över 1000 patienter har idag tillgång till FACT) följs också upp på klientnivån. Kommunernas insatser borde förstås också utvärderas. Ett EU-projekt finns för kodning av åtgärder <http://www.edesdeproject.eu/> – oklart hur det kan användas.

Ulrika Bejerholm från CEPI-nätverket har gjort övertygande forskning kring *Supported Employment-Individual Placement and Support (SE-IPS)* under många år och tillsammans med sina medarbetare visat att SE-IPS ger goda resultat vad gäller återgång i arbete vid allvarlig psykisk sjukdom. SE-IPS



är en av de insatser som fått starkast stöd i SoS Nationella riktlinjer 2011 att användas för psykosociala interventioner vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. I Malaga presenterade Ulrika ny forskning på området SE-IPS. Hon visade att patienter med allvarlig psykisk ohälsa som får insatser enligt SE-IPS dessutom kan få en tydligt förbättrad livskvalitet av att vara i programmet med IPS även om det inte räcker hela vägen fram till lönearbete. Det finns således flera goda skäl att fortsätta implementera IPS och andra åtgärder som stödjer återhämtningsprocessen vid allvarlig psykisk sjukdom.

I ett symposium belystes effekter av om vården är organiserad "funktionellt" dvs. att olika enheter har till uppgift att hantera specifika behov/sjukdomar eller "integrerat" med fokus på personkontinuitet. Det senare ansågs mer fördelaktigt. En studie visade också på färre "(unmet) needs" i *Camberwell Assessment of Needs, CAN* när man arbetar integrerat. Detta framgick också av en redovisning från det nära samarbetet mellan kommun och psykiatri i Södertälje. Kommunens socialpsykiatri har där kontakt med närmare dubbelt så många personer som annars i södra Storstockholm. Detta kan tolkas som att man har bättre koll på behoven. Behov av slutenvård är förhållandevis litet, återbesök i öppenvård många och klagomål få.

I franska och tyska nationella kvalitetssystem valde man bland något 1000-tal *indikatorer* för kvalitet. Ett problem är uppenbarligen att det inte finns några mått på indikatorernas kvalitet. Det saknas uppgifter angående reliabilitet, värdet av den information som ges och besväret att registrera. Man låter vården registrera men lägger inget krut på analysen. Personkontinuitet som ju är avgörande i psykiatri registreras sällan.

School Children Mental Health in Europe är ett EU-projekt där man nu tagit fram och använt enkätformulär till lärare, föräldrar och barn för att mäta besvär, attityder och beteenden. Skillnader är tydliga mellan länder och även t.ex. mellan romska barn och andra barn i Rumänien.

På Kings College i London gör man datoriserad analys av löpande text i elektroniska journaler med *Natural Language Processing, NLP*, <https://class.coursera.org/nlp/lecture>

Lite oklart för mig exakt hur det gick till. Man redovisade bl.a. faktorer som förutsade polyfarmaci och en sänkt dödlighet hos patienter som fick clozapin.

Hur kan man implementera "evidens" i praktiken? När "number needed to treat, NNT" för en viss behandling är över 4 (vilket ju är mycket vanligt) blir sannolikheten för positivt utfall högst 25 %. Vetskapen om denna begränsade effekt kan inte tillämpas mekaniskt utan måste anpassas till en mängd andra faktorer (varav många okända!) inom klinisk praxis. RCTs är också sällan gjorda i kliniskt vanliga situationer – men ger ändå användbar kunskap.

Relationen mellan vetenskap och klinisk praxis belystes bland andra av professor Salvador-Carulla från Sydney som noterade: "*EBM is a pseudoparadigm!*" Riktlinjer och vårdprogram måste bygga på vetenskap och expertkunskap, finnas i en kontext och kunna implementeras. Även riktlinjer bör utvärderas!

Skall man *skämmas* om man inte följer riktlinjer? Nej, inte om det är motiverat.

Helena Forslund, bitr. områdeschef, Södertälje kommun,
helena.forslund@sodertalje.se

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

Tove Janarv, ST-läkare psykiatri, Metis, Umeå/Stockholm
tove.janarv@skl.se

Kerstin Lindell, psykiater, medicinsk rådgivare, Region Skåne
kerstin.h.lindell@skane.se

Lise-Lotte Risö Bergerlind, psykiater och chef, Kunskapscenter för psykisk hälsa i VG
lise-lotte.risobergerlind@vregion.se



Välkommen till

BARNNEUROPSYKIATRISKA SEKTIONENS UTBILDNINGSDAGAR

14–15 mars 2016, Bonnierhuset i Stockholm

20 år med BNPS - vart är neuropsykiatrin på väg?

PROGRAM

MÅNDAG 14 MARS

- 09:00 Registrering
- 10:00–10:15 Välkomsttal
Kerstin Malmberg
- 10:15–10:45 BNPS historik.
Berit Lagerheim och Mats Ageberg
- 10:45–12:00 Evidensbaserad behandling vid neuropsykiatriska tillstånd.
Christopher Gillberg
- 12:00–13:00 LUNCH
- 13:00–13:45 Går det att behandla ADHD + substansberoende med central-stimulantia? Hur stora är riskerna?
Bo Söderpalm
- 13:45–14:30 Ätstörningar vid neuropsykiatriska tillstånd.
Maria Råstam
- 14:30–15:00 Presentation av avhandlingar.
Eva Norén, Selma Idring Nordström
- 15:00–15:30 PAUS
- 15:30–16:30 Autismspektrumstörningar: Prevalensförändringar(?) och underliggande genetiska faktorer.
Sebastian Lundström, Paul Lichtenstein
- 16:30–17:15 ÅRSMÖTE

TISDAG 15 MARS

- 09:00–10:30 Framtidens diagnoser med ADHD som modell.
Francisco Xavier Castellanos
- 10:30–11:00 PAUS
- 11:00–12:00 Tidshantering och vardagsplanering vid neuropsykiatriska tillstånd.
Gunnel Janeslätt
- 12:00–13:00 LUNCH
- 13:00–14:00 Neurobiologi vid Autism.
Lars Westberg
- 14:00–14:15 PAUS
- 14:15–15:15 Autism eller schizofreni? Hur har diagnoserna förändrats över tid och var står vi idag?
Maria Unenge Hallerbäck
- 15:15 Avslutning

För mer information och anmälan besök hemsidan www.delegia.com/bnps2016

E-mail: bnps2016@akademikonferens.uu.se

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



Deadline för bidrag till
nästa nummer: **17/02**
Tema: Det uppblåsbara självet



EASE-manualen finns nu på svenska – undersökning av störningar i självupplevelsen



Som kanske några erinrar sig fanns på Svenska Psykiatrikongressen 2014 ett inlägg som hette EASE – ett stöd i differentialdiagnostik schizofreni/autismspektrumstörning, där överläkare, med dr Mats Bogren, Lund, ST-läkare Maria Nilsson, Köpenhamn och undertecknad berättade om EASE och om att en svensk översättning hade påbörjats. EASE står för Examination of Anomalous Self-Experience och är en symptomchecklista för undersökning av subjektiva förändringar som kan anses vara störningar av basalt självmedvetande. Det handlar om "en störd eller bristfällig känsla av att vara ett subjekt, ett centrum för handlande, tanke och erfarenhet som sammanfaller med självet". Symptomchecklistan är framtagen av professor Josef Parnas, Köpenhamn, och medarbetare, utifrån självbeskrivningar från patienter med schizofrenispektrumstörningar och inspiration från framför allt tyska forskare med fenomenologisk utgångspunkt. Den anses av upphovsmännen ha stark deskriptiv och diagnostisk relevans för störningar inom schizofrenispektrumet och kan användas i differentialdiagnostik mot affektiv sjukdom med psykotiska inslag. Självstörningar har visats ha kopplingar till suicidalitet.

Självstörningar framhålls inte i DSM-IV/DSM-5 som diagnostiskt viktiga drag vid schizofreni, trots att många kliniker som fördjupat sig i framför allt nyinsjuknade patienters upplevelser känner igen det som beskrivs. Det handlar om fenomen som ofta upplevs som mycket egenartade, främmande och inte sällan skrämmande för patienten, som ofta, inte minst just på grund av störningarna i självupplevelsen, har svårigheter att beskriva dessa upplevelser. Av undersökaren krävs därför både en förtrogenhet med symptomatologin som sådan, och ett empatiskt, ömsesidigt reflekterande förhållningssätt i intervjun.

Den till svenska (från engelska och danska) översatta texten består av dels originalartikeln av Parnas et al från 2005 med appendices A till C innehållande poängsättningskriterier, lista över symptom, samt en jämförelse med skalan BSABS (Bonner Skala für die Beurteilung von Basis-symptomen), dels appendix D med detaljerade exempel och frågor att utgå ifrån i den kliniska intervjun av en patient.

I Danmark och Norge har EASE tilldragit sig en hel del intresse, och den används i det kliniska arbetet på flera håll, och även i forskning. En norsk översättning finns sedan länge. I Köpenhamn har ST-läkare/doktorand Maria Nilsson påbörjat en studie där EASE används för att jämföra störningar i självupplevelse mellan patienter med schizotypi respektive autism med normal begåvning. Vi som har översatt dessa texter och som har lång erfarenhet av arbete med patienter med psykosjukdomar har på senare år upplevt att diagnostiken saknat en dimension av kartläggning av patientens privata upplevelsesfär, en fenomenologisk grund för förståelse av patientens "varande i världen". Vi har uppfattningen att EASE kan fylla en viktig funktion genom att göra fundamentala delar av det schizofrena eller schizotypa upplevandet tydligt för undersökaren, och kanske också därigenom bidra till patientens viktiga upplevelse av att känna sig förstådd.

EASE-manualen kommer att delas ut till läkare, psykologer med flera som deltar i en regional utbildningsdag om störningar i självupplevelsen i Malmö i december. Vi undersöker också möjligheten att därefter sälja eventuellt överblivna exemplar av boken till självkostnadspris. Om så blir fallet kommer att meddelas i ett senare nummer av Svensk Psykiatri.

Lena Nylander
Psykiater, med dr
Vo Vuxenpsykiatri Lund

Kalendarium

ST-konferensen
20-22 januari 2016, Stenungsund
Inom kort på <http://sluspsykiatri.se>

24th European Congress of Psychiatry
12-15 mars 2016, Madrid, Spanien
www.epa-congress.org/

Svenska Psykiatrikongressen
16-18 mars 2016, Stockholm
www.svenskpsykiatri.se/

Svenska BUP-kongressen
20-21 april 2016, Uppsala
www.svenskabupforeningen.se

57th Annual Congress of the SCNP (Scandinavian
College of Neuropsychopharmacology)
27-29 april, 2016 Århus, Danmark
<http://scnp.org/>

169th APA Annual Meeting
14-18 maj, Atlanta, USA
<http://annualmeeting.psychiatry.org/>

4th Annual scientific conference of the European As-
sociation for Psychosomatic Medicine
16-18 juni 2016, Luleå
<http://eapm2016.com/>

30th CINP World Congress (International College of
Neuropsychopharmacology)
3-5 juli 2016, Seoul, Sydkorea
<http://www.cinp2016.com/>

IACAPAP 2016 – 22nd International Association for
Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professi-
ons World Congress
18-22 september 2016, Calgary, Kanada
http://www.escap.eu/bestanden/call_for_abstracts_2015_english_final.pdf

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

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **17/02**
Tema: Det uppblåsbara självet



Psykiatriska kliniken på KS i Solna fyller 75 år!

Den 2 januari 1941 invigdes Psykiatriska kliniken på Karolinska sjukhuset, och än idag bedrivs där psykiatrisk verksamhet.

Den är en av landets äldsta psykiatriska kliniker och vi firar jubiléet med en föreläsningseftermiddag i historisk och framåtblickande anda.

Tid: Tisdag 23 februari 2016 kl. 13.00-16.30

Plats: Nanna Svartz aula i huvudentrén, Karolinska universitetssjukhuset Solna

De som vill delta i efterföljande mingel i klinikens lokaler anmäler sig till bjorn.martensson@ki.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.



Ett alltför väl känt kvinnoöde

En flicka växer upp med en missbrukande, lynnig far som utnyttjar henne sexuellt och en skräckslagen undergiven mor som inte kan skydda henne. Flickan utsätts sålunda för kumulativa trauma som omfattar både övergrepp och omsorgssvikt. Det präglar hennes uppväxt och emotionella/relationella utveckling. Vägen mot ett fungerande vuxenliv, inte minst vad gäller nära relationer till män går bland annat över ett psykiskt sammanbrott med psykiatrisk slutenvård. En välkänd berättelse för många av oss som kliniker. I *När en trollkarl dör* skriver Anna Åhman som har arbetat som barn- och ungdomspsykiatriker om Sara, hennes utsatthet och kamp – en diktad historia baserad på möte med patienter och med stråk av egen erfarenhet.

Hållbara och ohållbara relationer

Saras upplevelse av sin pappa är kluven – bilder med vattentäta skott emellan, rolig, spännande, entusiasmerande, beredd att göra allt för sin tös, men också opålitlig, äcklig, ömklig och hänsynslös – en varg i fårakläder, en riktig Troll-karl. Bilden av mamma är mer sammanhållen, en som inte vill veta, inte kan skydda, är rädd och samtidigt hopplöst fastad vid sin charmige suput till make. Sara kan inte ta hem kamrater, hon är på helspänn inför pappas tillstånd. Tacksamheten över perioder av nykterhet, krypande skräck vid tecknen på återfall. Sara söker efter pålitliga vuxna vilka hon också kan finna i sin vardag. Men hur väl omhändertagen hon än känner sig av vänliga vuxna i nätverket kan hon inte berätta om sin svåra situation för någon. Sara tar sig igenom skola och högre utbildning och läsaren finner henne så småningom bland annat som doktor med en osedvanlig kompetens att hantera komplexa problem inom missbruksvården. Genom smärtsamma erfarenheter tar hon sig så småningom fram till en bärande intim relation.

Vardagens glädjeämnen och outhärdligheter

Boken är uppbyggd av en serie relativt korta skildringar som kondenserat fångar viktiga yttre situationer i Saras liv och viktiga drag i hennes inre föreställningsvärld, familjen med dess roliga och smärtsamma sidor. Här finns glada minnen, snälla människor. Nyktra bussiga pappa som är hennes bästa kompis och sjunger "Helgdagskväll i timmerkojan", farfar som kan hålla henne i handen, rofylldheten i farmors stuga och tant Olsson som verkar vara "snällare än Gud" till söndagsskolefrökens förtrytelse. Barnvärlden är skildrad på ett berörande, trovärdigt och smärtsamt sätt i små vinjetter. Faderns besinningslösa utbrott både mot Sara och hennes mamma skildras i klartext, medan faderns försåtliga sexuella utnyttjanden av Sara över många år bara gradvis antyds. Det tar ett tag innan man som läsare blir helt klar över att Saras, närmast i förbigående, notering av att vakna med ont i stjärten markerar faderns sexuella övergrepp. Saras konfliktfyllda relationer med först pojkar, sedan män, präglade av att ju viktigare relationen blir desto mer stegras hennes ångest. Ju djupare relationen blir desto mer måste Sara värja sig inför det möjliga övergivandets avgrund.

När en trollkarl dör

Anna Åhman
Trolltrumma, 2015

Smärtans väg

Genom berättelsen löper glimtar av hur Sara hanterar traumatiserande övergrepp av såväl fysisk som psykisk natur genom att bland annat riva sig så att hon blöder och att försvinna i en egen värld. I denna värld finns skräckfyllda föreställningar som jagar henne i mardrömmar och syner. Där återfinns de symboler som får presentera hennes själv i de dissociativa tillstånd hon måste gå in i för att stå ut: fjärilen bär henne ut ur verklighetens outhärdligheter, men som också kan också brännas och förintas. Vargen förkroppsligar skrällen för det aggressiva övergreppet men också hennes eget raseri.

Så småningom kommer dock uppgörelsens ögonblick då Sara lyckas bryta mönstret att underordna sig den berusade faderns närmande och med våldsam kraft slå honom ifrån sig. Hon får kontakt med sitt mordiska raseri och sitt förakt och kan efter hand också stå ut med sin besvikelse, sin gamla längtan och finner en respektingivande mogen medkänsla. Saras utveckling framskrider gradvis över framgångar och misslyckanden på det relationella planet. Finns någon avgörande bärande vändpunkt? Det skulle nog vara när Sara hade förvärvat såväl egen styrka som erfarenhet av pålitliga relationer som möjliggjorde att orka forcera den skambarriär som hindrat henne att dela sina erfarenheter, känslor och tankar om sig själv med någon. Först då kunder fjärilen våga sträcka ut sina vingar och de svarta fåglarna som skrikit i hennes huvud "du gör allting fel" försvinner över horisonten.

Berörande helhetsbild

Författaren vandrar bredvid Sara på hennes väg i livet och skildrar inkännande och trovärdigt hennes omständigheter och upplevelsevärld i de skiftande faserna. Beskrivningarna av smärtpunkterna varierar från antydda till dramatiska, väl intonade till huvudpersonens minnesbild och medvetna upplevelsekapacitet. Berättelsen följer delvis en tidsaxel men episoder och tankar från olika tidsperioder flätas i varandra på ett sätt som delvis tycks styras av hur dissocierade "minnesöar" av olika karaktär kan flätas i varandra. Helhetsbilden blir till slut helgjuten och mångfacetterad som en muralmålning med både stora penseldrag och en mängd situationsminiatyrer, berörande och tankeväckande.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Att höra till - om ensamhet och gemenskap

Peter Strang
Natur & Kultur, 2014

Om författaren

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

En huvudfråga i Peter Strangs arbete har alltid varit de existentiella frågorna. Nu recenserar här hans tredje tankebok. De två tidigare är *Livsglädjen och det djupa allvaret* (NoK, 2007) och *Så länge vi lever. Hur insikten om livets korthet kan tydliggöra nuet och dess möjligheter* (Libris, 2013). Den senare recenserades i Svensk Psykiatri nr 4, 2013.

Om innehållet

"Generna är gamla men världen är ny". "Hotet om utanförskap är en av människans största källor till medveten eller omedveten ångest"

Boken är uppdelad i tre delar som hänger ihop. Utifrån vår evolutionära utveckling från savannen till nutid tar han upp olika aspekter som också påverkar oss idag. Sedan kommer avsnittet om vad ensamhet eller gemenskap ger för fysiska och psykiska effekter på oss människor. Sista delen handlar om den för oss alla existentiella ensamheten. För att väcka nyfikenhet listar jag här ett antal avsnitt, som även berör våra psykiatriska patienter.

Del 1

Ensamheten som varningssignal. Det ensamma barnet. Den inre tryggheten. Avbruten eller avslutad relation. Smärtstillande mot social smärta – smärtans psykiska del. Vårt behov av hudkontakt. Behovet av ritualer – musikens betydelse. Spegelneuronen. Anknytning – att bli sedd – att bli bekräftad.

Del 2

Känslor reglerar samhörigheten – sociala fobier – svartsjuka – skuld och skam. Den viktiga ögonkontakten. Utstötning och utfrysning – mobbning. Det ensamma självmordet. Kroppsliga hälsoeffekter av ensamhet - lågintensiv stress – immunförsvaret. Den ensamme åldringen. Anknytning en livslång fråga.

Del 3

Ensam i världen. Ensam trots fungerande parrelationer. Den ensamma patienten. Att balansera den inre ensamheten. En fylld almanacka och ensamheten. Döden, ensamheten och kärleken.

Avslutningsvis några personliga reflektioner

Peter Strang skriver mycket tydligt och lättläst. Han har många små personillustrationer vilket ökar tydligheten. Han är förankrad i forskningslitteraturen och har 89 referenser och ger också förslag på böcker för vidareläsning.

Jan Halldin recenserade boken i Läkartidningen och rekommenderar boken som kurslitteratur för blivande läkare och sjuksköterskor. Min uppfattning är att denna bok borde vara obligatorisk i läkar-, sjuksköterske- och psykologutbildningen.

Lars Albinsson
Med.dr. specialist i psykiatri
lars.albinsson@hotmail.se

Axel var idiot

Mats Ahlsén
LL-forlaget, 2015

Idioter, imbecilla och kretiner.

Det var benämningar på personer med intellektuella funktionsnedsättningar i mitten av 1800-talet. Under seklets senare del skulle språkbruket moderniseras och det förordades att man skulle kalla dem *sinnesslöa*. De daterade begreppen hängde dock kvar i väggarna som inpyrd rök.

Mats Ahlsén är journalist och författare. Han har dokumenterat en osynlig mans livshistoria. Den osynlige mannen var hans släkting, vars levnad och existens återges genom ett sinnrikt pussel av brev, citat, fotografier och minnen. Ahlséns berättelse är sällsam och mycket ömsint skildrad.

Axel Olof Törner Bergman föddes år 1903. Axels föräldrar, Alfhild och Otto, var statare i gårdarna kring Vallentuna och levde ur hand i mun. De tyckte att pojkens namn, Axel Olof Törner, var fint och lite pampigt, men upptäckte dessvärre snart att det var något fel på pojken. Han utvecklades inte. Lärde sig varken gå eller prata. Därtill blev han sjuk och fick konstiga spasmer, "*huvudvärk och egendomliga kramper*" som läkaren skrev när han kom på hembesök. Familjen Bergman var fattig. Fattigvården konstaterade att Axel skulle placeras på en idiotskola.

Så blev det.

I femtio år bor Axel på olika *sinnesslöanstalter*. Han växer upp, genomgår pubertet, ungdom och medelålder utan att träffa vare sig föräldrar eller syskon. När han blir bråkig och högljudd spänns han fast med bälten i en säng. Han har ofta sår och skador på kroppen. Hans mor Alfhild skriver regelbundet till anstalterna och ber att få veta hur han har det, och frågar om hon får sända något till hans födelsedagar. Överläkaren svarar i korta ordalag. "*Axel är som förut. Han är frisk. Han är djupt efterbliven och fattar mycket litet. Det är fullständigt onödigt att skicka något extra till honom.*"

Axel Bergman genomgår till följd av sin funktionsnedsättning en tvångssterilisering, enligt dåvarande lagstiftning från 1934. Han är 33 år gammal när han skickas till Vipeholms sjukhus i Lund, den sinnesslöanstalt som på senare år mest har kommit att omtalas för de experiment rörande socker och karies som utfördes där. Utvalda grupper av de sinnesslöa fick äta obegränsad mängd kola, "*Vipeholmskola*", under flera år, för att studera sockrets effekt på tandhälsan. Resultaten var fruktansvärda och gav upphov till en affekterad debatt om medicinsk etik. Man ansåg dock inte att sinnesslöa upplevde känslor - sålunda inte heller smärta - på samma sätt som normalutvecklade, varför experimentet godkändes av dåvarande Medicinalstyrelsen.

Axels transport till Vipeholm sker i hemlighet, hans föräldrar får inget veta. Vid ankomst blir Axel undersökt av den auktoritära överläkaren tillika sjukhuschefen Hugo Fröderberg. Bedömningen skall komplettera de journaluppgifter Axel har med sig från föregående anstalt där hans tillstånd beskrivs i följande termer: "*Bergman är svårskött. Han slåss ofta när han blir arg. Han kan nästan inte prata. Bergman kan inte arbeta.*"

Överläkaren är sträng och Axel vågar knappt gå in i undersökningsrummet.

"Nå! Vad heter du?" frågar överläkaren och räcker fram handen.

Axel tar tag i läkarens hand och svarar tyst: "Axe Bema."

Axel Bergman kom trots allt att återse sin familj. Synen på intellektuella funktionshinder utvecklades under 1900-talets andra hälft, och det lagstiftades om deras rättigheter. Tvångssteriliseringar förbjöds år 1976.

Axel fick så småningom flytta till ett vårdhem där det varken förekom bälten, experiment eller tvångsarbete. Han var nästan 60 år gammal när han fick träffa sina föräldrar och syskon och förmådde då inte skilja sin bror från sin far.

Det här är en fantastisk bok. En vacker bok. En sorglig och rysansvärd bok. Mats Ahlsén skriver på en melodisk och taktfast blandning mellan poesi och prosa som ytterligare förstärker känslan av Axels torftiga tillvaro. Samhällsförvisningen; att bara vara en av dem, en *idiot*; en sinnesslö utan mål eller mening.

Därutöver är historien om Axel Olof Törner Bergman ett tidsdokument, en krönika över 1900-talet, rikligt smyckad med fotografier och bilder. Boken väger lätt i handen och på ögat, men ordkargheten till trots förmår den skildra en uttrycksfull bild av tidens anda, känslor och uppfattningar.

Jag är normalt sett inte en särskilt lättrodd person, men när jag vänder de sista bladen rinner tårarna nedför mina kinder.

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

Affektfokuserad psykodynamisk terapi

Katja Bergsten (red)
Natur & Kultur, 2015

Utan känsla, ingen mening

Utan tillgång till sina grundläggande känslor/affekter kan man inte ge mening åt tillvaron, heller inte leva i nuet. Praktisk taget alla patienter som kommer i kontakt med psykiatrin har problem med sina affekter, inte minst patienter med personlighetsstörningar. Inom KBT har man väl genomarbetade evidensbaserade program för att arbeta med symtom med påtaglig affektladdning som till exempel fobier, panikångest och depression, men hur står det till inom den psykodynamiska traditionen? Numera alldeles utmärkt! Ett exempel på detta är den effektfokuserade psykodynamiska psykoterapin, presenterad i en bok med samma titel, redigerad av Kajsa Bergsten. Metoden har tillräckligt evidensstöd för att få vara med i Socialstyrelsens "finrum", liksom andra psykodynamiska korttidsorienterade metoder (20 – 40 sessioner).

Komma i kontakt med sig själv

Utgångspunkten för metodiken är att affekterna är vårt primära motivationssystem. De styr såväl uppmärksamhet som tankar och anger riktning för handlingar. Dessutom ger affekter ickeverbala, ofta subliminala signaler. Undvikandet av den information affekterna innehåller både skapar och underhåller problem. Målet för terapin är förmåga att utan (ohanterlig) skam eller skuld kunna få tillgång till sina primära affekter som uppenbara känslor. Att, något förenklat, kunna acceptera att man känner det man känner. Att ge icke-destruktiva uttryck för dessa känslor är viktigare än att gå till botten med den ursprungliga konfliktbeläggningen av affekterna.

"Triangelndrama"

Modellen bygger vidare på psykodynamisk korttidsbehandling från 70- och 80-talen utformade av Sifneos och Mann men framför allt Davanloo och Malan. Dessas metodik kopplas till Tomkins affektteori och modern neurovetenskap. Till de tidigare teknikerna fogas nya, vars förelöpare kan återfinnas i såväl KBT, som gestaltterapi och kroppsorierad psykoterapi, till exempel psykoedukation, utvärdering via skattningsskalor, hemuppgifter, omsorg/acceptans,

medveten närvaro i nuet, fokus på kroppsliga kommunikativa processer.

Analys av klientens problematik baseras på David Malans trianglar. I konflikttriangelns tre hörn återfinns dels de genuina affekterna (enligt Tomkins), dels de affekter som blockerar tillgången till dessa (till exempel skam och rädsla) dels försvaren, det vill säga de förhållningssätt som förhindrar medvetenhet om dessa genuina affekter (vilka ligger "inbäddade" i erfarenheter, fantasier och drömmar). I persontriangeln finns dels viktiga relationer i vilka hämningen av genuina affekter ursprungligen har uppstått, dels viktiga relationer i vardagen i vilka dessa hämmande affekter aktiveras och slutligen relationen till terapeuten.

Hantering av affekter i sessionen

Arbetet präglas av här- och nu-orientering. Terapeutens lyhördhet för den affektiva laddningen i sessionen är viktig liksom förmåga till flexibilitet vad gäller aktivitetsnivå. Såväl detaljerade frågor om förnimmelser i kroppen som känslor och tankeinnehåll undersöks inte minst vad gäller patientens upplevelse av terapeuten i nuet. Materialet processas framför allt beträffande tillgång till affekter snarare än tolkas i överförings-motöverföringstermer. Ett antal fiktiva fallbeskrivningar klargör hur arbete med olika symtom och försvarssystem på olika nivåer kan gå till.

Patientens uttryck för affekt eller försvar/avvärijande i sessionen fångas upp av terapeuten. Försvaren på olika nivåer och av olika karaktär måste kartläggas, hur de fungerar och vad de "kostar". Om detta ska leda till konfrontationer av försvar och motståndet beror bland annat på om patienten kan se sina försvar och skilja ut dem ifrån sig själv och se fördelar med att släppa motståndet. Detta måste respekteras, valideras, "tackas för hjälpen" och släppas för att processen ska gå vidare. Det gäller för terapeuten att kunna anpassa tempo, timing och ordval till patientens ångesttolerans och innehåll i medvetandefältet samt ha förmåga att hjälpa patienten att reglera affekter, särskilt skam, skuld och ångest. Processen stöds av hemuppgifter

som visar sig fungera bäst om patienten haft känslomässig upplevelse i sessionen att knyta an till. Ominläring sker bäst under omständigheter som liknar dem där den initiala affektiva hämningen/inläringen skedde

Lovande framtid

Författarna introducerar sitt perspektiv genom att omedelbart dra in sin läsare i dynamiken genom att erbjuda dessa att undersöka egna affektiva reaktioner på texten. Genom detta och författarnas närvaro i texten skapas något av en allians med läsaren. Detta underlättar förståelsen för behandlingsmetoden. Genom att pröva att på allvar sätta in sig själv som person i de olika affektiva dilemman som skisseras får läsaren ökad klarhet i den affektiva komplexiteten. Framställningen är lättillgänglig med tanke på materialets komplexitet. Metoden framstår

som "vass" i ordets bästa bemärkelse, aktiv, välunderbyggd och respektfull. Man har lyckats, utan att kasta ut "det psykodynamiska barnet med badvattnet" mejsla ut en fokuserad metod med hög metodologisk inre konsistens. Man har förstås fått ge upp en del av den psykodynamiska dialogens potential för att mer systematiskt underlätta för en patient att utforska den av mentala symtom interpunkterade livsberättelsen för att genom sin insikt kunna ersätta den med en bättre integrerad, känslomässigt "genomsläpplig" version.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Foto: Shutterstock/ASTefan Holm



In i väggen

De flesta av oss har nog en föreställning om vad det innebär att "gå i väggen". Att plötsligt tar det tvärstopp. Man tappar kraften med mer eller mindre genomgripande följder, det tar längre tid att komma tillbaka än man tror, framför allt kanske vill tro, man kanske inte alltid kan räkna med omgivningens fulla förståelse. Ett fullt utvecklat utmattningssyndrom, vilket numera är den vanligaste medicinska beteckningen på detta komplexa tillstånd, är en typ av fenomen som förefaller sträcka sig bortom den spontana mänskliga inlevelseförmågan, kanske på samma sätt som en tsunami eller en jordbävning. Det förefaller som om det inte går att förstå om man inte varit med om det.

Annorlunda berättelse från andra sidan

Det sista behöver kanske inte vara helt sant. Boken *En utbränd psykiaters noteringar* är till god hjälp. Den är skriven av Pia Dellson, psykiater, onkolog och författare som skildrar sin resa genom detta utbrända landskap som är utmattningssyndromets. I slutet av boken finns en koncis, lättbegriplig beskrivning av uppkomst, symtom, behandling och av faser i återhämtning. Men bokens kärna är inifrånskildringen. Författaren skriver kondenserat, fåordigt berättande och målände. Läsaren dras omedelbart in i de drastiska formuleringarnas, skakande bildernas och metaforernas värld. För den som är van vid att övervinna svårigheter och ha kontroll är det djupt kränkande och förvirrande att försättas i detta maktlöshetsstillstånd. Möjligen är det särskilt drabbande för läkare, inte minst psykiatriker som så att säga knockas på sin egen hemmaplan.

"Någon har bytt ut min hjärna mot en liter sirap"

"En kraftansträngning att byta ställning i sängen. Hur kunde det bli så här"?

"Övermannad av en trötthet som är absolut – starkare än min vilja och som inte går att förhandla med"

"Kan inte hålla känslor varken ute eller inne. De flyter fritt över mina gränser"

"I spegeln, en slocknad blick, hela jag har slocknat"

"Trött, misslyckad, rädd och ensam"

"Nu föraktar jag mig för allt jag har övergivit"

"Man förlorar tron av att bli sjuk. Tron på sin kropp, sin förmåga att klara livet"

"Med envishet kommer man långt in i väggen"

"Man ska lyssna på sin kropp. Det har jag gjort, men har inte låtit det den sagt hindra mig"

"Åh så roligt det låter – det måste jag akta mig för – jag tål inte ens glädje"

"Sover sju timmar istället för tio. Hela dagen havererar. Tappar tre dagars förbättring"

"Jag är rädd för mitt jobb.

Väggen. En utbränd psykiaters noteringar

Pia Dellson

Natur & Kultur, 2015

Bara tanken på det gör mig skräckslagen"

"Att ge upp är ett stort beslut som kräver mycket mod och kraft"

"Nu är jag så frisk att jag orkar köra mig i botten igen"

"Den största risken nu är att du trillar dit igen säger doktorn. Vad som helst men inte det, aldrig"

"Att ha medkänsla med andra är något helt annat än att ha medkänsla med sig själv"

Finns ljus i tunneln!

Den accelerationen i den destruktiva processen beskrivs som skrämmande vad gäller viljestyrkans kapitulation, förlusten av självklara sociala positioner och attacken mot identitetens kärna. Det självklara framgångsrika görandet ställs mot ett hjälplöst varande som tagit över. Tillståndet kan vara svårbegripligt och starkt oroande för anhöriga och övrig omgivning – så här allvarligt kan det väl ändå inte vara, sådant kan man inte råka ut för, "såna djur finns inte". Att för den drabbade klara "ättertåget" utan att förivra sig, att respektera sina begränsningar, att tyda signaler på att man närmar sig denna gräns och respektera tecknen på detta kräver både viljestyrka och disciplin.

Möjligen kan processen i förloppet fångas in i det perspektiv för kris och utveckling som skisserats av Johan Cullberg. Det initiala förnekandet av hur illa det är ställt påminner om förhållningssättet i en chockfas. Det krävs uppenbarligen en grundlig nyorientering vad gäller värderingar och livsstil. Samtidigt tycks erfarenheten också kunna bana väg för en fördjupad förståelse för andras plågor, en förståelse som innebär att beröras utan att överväldigas. En genomlevd process tycks mig kunna leda fram till en acceptans och klokskap som påminner om vad som kan uppnås genom ett djupförankrat mindfulnessarbete.

Boken är, vilket Marie Åsberg framhåller i sitt förord, angelägen för var och en som är berörd av denna form av fundamental utmattning, personligen, som anhörig, som anställd inom vårdsektorn, i arbetsledande ställning eller inom sjukvårdsadministration.

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Hemisfärernas musik: Om musikhanteringen i hjärnan

Jan Fagius
Bo Ejeby Förlag, 2015

Neurobiologi är ett mycket spännande forskningsfält som ständigt ökar vår förståelse av människans sinnesliv. I boken *Hemisfärernas musik: Om musikhanteringen i hjärnan* ger neurologen Fagius en sammanhållen och noggrann analys av neurobiologins senaste rön om musikhantering i hjärnan.

Bokens författare inleder med att berätta att hans eget intresse för musik är stort. Han både sjunger och spelar musik. Flera av de som attraheras till forskning av musik har ofta redan ett brännande musikintresse och spelar även själva (inklusive undertecknad). Musik hörs överallt: Avicii i bilen, Buena Vista Social Club på kaféet, panflöjtsversion av Beatles i affären eller "fin musik" som opera vid högtidliga tillfällen. Alla med intresse av psykologiska processer gynnas av djupare kunskap om musik! Dessutom är detta en viktig pusselbit i den stora utmaningen att förstå oss själva.

Första delen av boken behandlar neurobiologiska studier av musikhantering med stor fokus på moderna metoder för kartläggning av hjärnan såsom exempelvis magnetkameraundersökningar och EEG. Forskningen har genomgått en intressant odysse från en enkel syn på hörselupplevelsen som ett mekaniskt fenomen till varseblivning av musik där man konstaterar att trots viss lokalisering behövs nästan hela hjärnan för en fullständig musikupplevelse. Vid lyssnande av musik hos normal befolkning ökas hjärnaktiviteten oftast i höger tinninglob medan hjärnaktiviteten hos professionella musiker dessutom aktiveras nära språkområdena i den vänstra tinningloben. Ibland har detta skapat metodproblem då musikintresserade forskare gärna fokuserar på professionella musikanter medan den största delen av musikintresserade personer inte har specifika förkunskaper. Fagius beskriver sedan också kliniska fall av amusi, ett tillstånd hos individer med lokaliserade hjärnskador, som innebär att de inte kan urskilja musik från ljud. Andra ovanliga exempel på mellanmänsklig variation är individer med absolut gehör som förvånande inte visar sig vara en klar fördel för musicerande!

I kapitlet om musik och hälsa diskuterar Fagius värdet av musik i behandling av demenssjukdom, afasi, Parkinsons sjukdom mm. Detta är av klart intresse för vården då musik ger njutning och uppspelning av inspelad musik kan ske till en försumbar kostnad. Tyvärr känner jag som neurobiologiskt intresserad blivande psykiater en viss avsaknad av en mera ingående diskussion om användning av musik i behandling av psykiatriska störningar ss. depression och ångest, då det finns viss forskning i området. Huruvida lyssnande av olika musikgenrer, till exempel heavy metal, skapar ohälsa och skadar lyssnare nämns, då det är något som ofta tas upp i media, men som Fagius visar är detta ingen ny diskussion och togs upp redan av antika grekerna.

I bokens sista del tar Fagius upp olika perspektiv vad gäller evolutionär orsak för att människor ägnar tid och energi åt musik. Diskussionen är nyanserad samtidigt som mera kontroversiella punkter tas upp; ger musik en evolutionär fördel, är den en kommunikationsteknik eller ett njutbart "oanvändbart" fenomen. Eftersom teorier om evolutionär psykologi kan vara svåra (eller omöjliga) att bekräfta och vetenskapen inte har bra svar, får den frågan vara obesvarad. Oavsett vad svaret blir är musik inte mindre njutbar.

Med de senaste årtiondens framsteg i neurobiologi, främst av utbildningsstudier av hjärnan, har uppdelningen mellan psykiatrisk och neurologisk forskning blivit allt tydligare. Vetenskap av musikens varseblivning är ett exempel på fenomenet i gränsland mellan olika discipliner (filosofi, neurologi, psykologi, sociologi etc.). Det återstår fortfarande många frågor om hur hjärnan gör oss medvetna om våra perceptioner inklusive av musik.

Fagius beskriver nya forskningsrön och resultaten från utbildningsstudier på ett pedagogiskt och elegant sätt. Alla som är neurobiologiskt- och musikintresserade kommer njuta av den här boken såsom jag själv har gjort.

Steinn Steingrímsson
ST-läkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Institutionaliserad mänsklig dårskap

Det finns många sätt att blotta människan djupa irrationalitet. Att se på hanteringen av klimathotet är en aspekt, vad "djuret" människa har utsatt övriga levande varelser för, inklusive "de sina" på planeten, är ett annat. Ytterligare sätt som ger ganska imponerande resultat är att granska vår västerländska livsstil. Barbro Holm Ivarssons bok *Sjukdomsförebyggande metoder. Samtal om levnadsvanor i vården* handlar om vådan av att vara fysiskt passiv, röka, dricka för mycket och äta ohälsosamt och vad man kan göra åt detta faktum. Vår livsstil bidrar till att förkorta våra liv, göra slutet av det mer plågsamt än nödvändigt och belastar både sjukvård och andra vårdgivare. Den bidrar till fysiologiska riskfaktorer som högt blodtryck, övervikt/fetma, förhöjt kolesterol och blodsocker, vilka i sin tur ligger bakom manifesta sjukdomar som diabetes typ 2, hjärt-kärlsjukdomar och vissa cancerformer. Författaren gör en noggrann genomgång av forskningsläget.

Medvetenhet om problemen

Att problemet med befolkningens ohälsosamma leverne har uppmärksammats framgår dock av de administrativa insatser på olika nivåer som redovisas. I litteraturlistan finns bland annat ett åttiotal referenser till analyser och rekommendationer allt ifrån WHO, regeringen, landsting, kommuner, livsmedelverket, SBU och Socialstyrelsen, myndigheter vilka samarbetar med ett antal intresseorganisationer inom vårdsektorn.

Åtgärder

Ett resultat av denna samverkan, utöver allmän hälsouppläsning, är planering och genomförande av utbildning till all personal på vårdcentralerna vilka får extra ekonomiska bidrag om frågeställningar beträffande ohälsosamt leverne penetrerats med patienterna. Ett detaljerat regelverk styr hur detta ska gå till och vilka frågor som bör ställas beroende på olika riskbeteenden. Tre nivåer av insatser kan göras inom vården, rådgivande samtal, motiverande samtal enligt MI (Motivational Interviewing) och KBT. Dessa metoder beskrivs och exemplifieras fylligt i texten med kliniska vinjetter. Vilken insats som bör göras i förhållande till varje riskfaktor, rökning, passivitet mm, är baserat på evidens beträffande vad som visat sig verksamt. Riktlinjer för hur man ska arbeta med barn och tonåringar saknas dock i stort sett då Socialstyrelsen inte har funnit tillräcklig evidens för några systematiska tillvägagångssätt. Dock finns ambitiösa program t.ex. för att minska barnfetma.

Genomgripande insatser krävs

Att påverka människors livsstil förefaller dock inte vara lätt. Olika brett upplagda tillvägagångssätt redovisas

Sjukdomsförebyggande metoder. Samtal om levnadsvanor i vården

Barbro Holm Ivarsson
Natur & Kultur, 2014

i boken. Av dessa är Västernorrlands hälsoprogram, Norsjöprojektet, ett av de mest genomgripande. Alla medborgare i åldern 40, 50 och 60 år erbjöds en grundlig hälsoundersökning med hjälp att i förekommande fall ändra livsstil. Insatsen kompletterades med föreläsningar, konserter, teaterföreställningar, matlagningskurser och workshops med kommunens anställda. Man har lyckats minska rökning, sänka blodfetter och blodtryck även om blodsocker och BMI stigit och andelen fysiskt inaktiva är oförändrad. Dödligheten minskade med 36 % vid en tioårsuppföljning jämfört med referensgruppen.

Relevans för psykiatriska patienter

Att alkoholmissbruk går hand i hand med såväl psykiatriska som sociala problem är väl belagt. Patienter med schizofreni eller depression ses av Socialstyrelsen som prioriterade i likhet med patienter med somatiska riskfaktorer samt gravida. Boken innehåller inget avsnitt som speciellt tar upp hur relevant en ohälsosam livsstil är för övriga psykiatriska patienter eller frågor om hur ohälsosamma komponenter i livsstilen ska hanteras med just denna patientgrupp. Patienter med svår kronisk psykiatrisk problematik har ju väsentligt kortare livslängd och det är möjligt att en ohälsosam livsstil kan vara en del av förklaringen till detta då många av dem är socioekonomiskt illa ställda. Även om många sådana patienter har kontakter med somatiska kollegor på vårdcentralerna kanske det finns skäl att också psykiatriker uppmärksammar frågeställningarna. Samtidigt är det möjligt att många psykiatriska patienter kan ha större svårigheter än andra att förmå att utmana sin livsstil då ohälsosamma vanor kan vara inflätade i deras affektregleringsstrategier. De skulle i så fall behöva ytterligare stöd för att kunna genomföra ett mer komplext förändringsarbete.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Cullbergstipendiet 2016

Välkommen att söka resestipendier för specialister i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri samt för läkare i specialistutbildning inom samma fält. Stipendierna delas ut med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur.

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

Resestipendiet ska användas till resa, boende och levnads-kostnader vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två–fyra veckor. Det kan handla om att delta i kliniskt arbete, forskning, undervisning eller metodutveckling.

På www.cullbergstipendiet.se kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker. Där kan du även läsa om tidigare resor och följa en reseblogg.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2016. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen i mars 2016.

Så börja diskutera med kollegor och läs färskas tidskrifter för att se var det sker spännande saker! Det går även bra att maila till framstående personer angående att få komma och auskultera.

Ansökningar sändes till cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se eller Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet, 851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

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