

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#3

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

TEMA: Psykiatrins pionjärer

TEMA

Vad har Ellen Key, John Cade och Henrik Sjöbring gemensamt?

Alla tre har haft betydelse för utvecklingen av psykiatri i Sverige – de har brutit ny mark och bidragit med nya idéer.

De, och många andra av psykiatrins pionjärer, uppmärksammas i detta nummer.

DET HÄNDER MYCKET

... för ST-läkarna just nu. En särskild psykoterapiutbildning för ST-läkare i psykiatri är under planering, vi har fått nya rutiner för METIS-kurserna, det har skrivits ett öppet brev till WPA:s styrelse, Cullbergstipendiet annonseras och i februari blir det en ny nationell ST-läkarkonferens. Håll dig uppdaterad genom att läsa detta nummer!

ÖVRIGT

Trädgårdsmissbruk – kan det behandlas? Vem får egentligen fatta kvarhållningsbeslut? En revolution inom suicidpreventionen – vad innebär det? Hur behandlar man övervikt i St Petersburg? Hur blir man en ideal-professor? I detta nummer får du svar på dessa frågor och mycket mer!



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör: Tove Gunnarsson

sfbup

Cullbergstipendiet 2011



Resestipendier för ST-läkare och nyblivna specialister i psykiatri, barnpsykiatri eller rättspsykiatri
Årets stipendier på sammanlagt 150 000 kr utdelas
med stöd av Natur & Kultur



**STIFTELSEN
NATUR & KULTUR**

Syftet med Cullbergstipendiet är, liksom tidigare, att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på vuxenpsykiatri, rättspsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri. Resestipendiet ska användas till resa och uppehålle vid en psykiatrisk klinik eller institution under en begränsad tid någonstans i världen. Medlen gäller inte egen forskning.

Stipendiet består av tio "poster" om vardera högst 15 000 kronor där man kan söka en, två eller tre sådana poster. Stipendierna ska täcka rese- och levnadskostnader under en kortare period om två–fyra veckor i valfritt land. Om resan endast kan genomföras om partner och barn följer med, är det inget principiellt hinder att använda medlen också till dem – så länge de räcker. Här kommer dock en konkurrens att råda där en kombination av klinisk relevans och genomtänkt ekonomi premieras.

Krav för ansökan

- En redogörelse för målet och avsikten med den önskade resan.
- Kort CV.
- Kontakt med en ämnesföreträdare i utlandet, som man tror har något att ge, och en förfrågan om man kan få auskultera eller om ett studieprogram kan ordnas.
- Uppgift om vilken/vilka personer som man kontaktat och som är villiga att ta emot. Det ska framgå att den mottagande kliniken/institutionen är införstådd att ta emot studiebesöket.
- Ett rekommendationsbrev av en erfaren kollega, såsom överläkare, handledare eller studierektor samt ett intyg att tjänstledighet med lön beviljas.
- En ekonomisk plan inkluderande rimliga rese- och uppehållskostnader. Det ska framgå om en, två eller tre poster à 15 000 kronor söks och motivet därtill.
- Om resan utökas med turistande utanför studierna måste detta bekostas privat.
- Resan ska genomföras under år 2011.

Redovisning

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

Ansökan

ska vara stipendienämnden tillhanda senast den 15 februari 2011.

Stipendiernas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg den 16 mars.

Ansökningar sändes till

Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet, 851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

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

Den allra första psykiatriska pionjären...

REDAKTIONELL
LEDARE

... var kanske Hippokrates som för 2400 år sedan grupperade medicinska observationer och systematiserade de vanliga psykiska sjukdomarna.

Föga anade han då att han skulle bli Svensk Psykiatri omslagspojke.

Vi har fått in många bidrag på temat Psykiatrins pionjärer. Här porträtteras människor som lämnat betydande bidrag till familjeterapi, psykofarmakologi, komplementära metoder, socialpsykiatri och psykiatrisk etik. Ändå är det förstås endast en bråkdel av alla betydelsefulla personer och insatser som kunnat belysas. Du som läser detta nummer kommer säkerligen att sakna en del personer som borde ha varit med. Skriv då ett bidrag om den personen! Vi ser gärna att artiklar på detta tema blir ett stående inslag i tidskriften.

En av skribenterna frågar: Vad ska vi göra med Freud? Vårt nästa tema anknyter till detta. Då ska vi ge oss i kast med "Det omedvetna". Detta begrepp rymmer dock avsevärt mer än Freud. Det mesta av vår informationsbearbetning är omedveten. Det finns behandlingsmetoder som opererar i ett ändrat medvetandetillstånd, såsom visualisering och hypnos. Och uppfattningen om medvetet/omedvetet har en viktig roll inom rättspsykiatri när det gäller bedömning av ansvarsfrågor. Vi planerar för att allt ifrån psykoanalytisk teori till den senaste hjärnforskningen ska avhandlas inom ramen för detta tema.

Tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör
Svensk Psykiatri



TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Ansvarig utgivare: Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:

Daniel Frydman (ps-frydman@comhem.se)

Gloria Osorio (oskvika@hotmail.com)

Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Tekniska redaktörer/layout/grafisk design:

Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)

Carol Schultheis

Material skickas till:

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till:

annonser@svenskpsykiatri.se

Omslag: Carol Schultheis

Foto: Shutterstock

Grafisk design: Carol Schultheis

Psykiatrin måste synas!

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

Efter en fantastisk sommar är det full fart igen. Mer än full, skulle jag just nu vilja säga. Varför har dygnet inte fler timmar att ta till när det behövs?

Sommaren började med en intensiv, oerhört rolig och givande period i Visby under Almedalsveckan, något som ni har möjlighet att läsa om på hemsidan. Jag hoppas kunna återkomma till det i nästkommande nummer av SP. Det kommer ut en tryckt rapport från en reklambyrå som vi i år fått ta del av. Du hittar den på www.gullers.se under rubriken "Rapport från Almedalen". På sid 33 och ett antal sidor framåt står att läsa om de olika psykiatriaktiviteter som utöver "Psykisk Hälsa-kaféet" ägde rum, och där SPF:s medlemmar var engagerade. Dessutom åt Jan Beskow och jag under veckan lunch med Journalistförbundets ordförande resp. vice ordförande Agneta Lindblom Hulthén och Arne König. Vi formade ett utkast till handlingsprogram för att öka vår kunskap om medias villkor och journalistgruppens kunskaper om psykiatri. Till detta återkommer jag framöver. Under kommande veckor har vi telefonmöten med berörda för att utvärdera årets aktiviteter och planeras nästa års.

Den 10 september, är det suicidpreventiva dagen. SPF har tyvärr ingen särskild aktivitet planerad med anledning av detta. Ett förbättringsområde inför kommande år!

Strax därefter, 23–26 september, äger Bok- och Biblioteksmässan rum i Göteborg. För andra året kommer SPF att vara med, denna gång tyvärr utan SFBUP och SKL men med NSPH, Handisam och Västerbottens läns landsting. Vi har lyckats få ett antal "kändisar" till vår monter, något som vi hoppas skall öka tillströmningen av besökare. Här når vi ju framförallt allmänheten men förra året var det många politiker i rörelse. Viktigt att visa upp en utåtriktad psykiatri som med stolthet kan stå för vad vi gör!

10 oktober är det Världsdagen för psykisk hälsa, World Mental Health Day. I år är SPF med för första gången och manifesterar detta, men väljer att göra det 8 oktober ihop med NSPH, Socialstyrelsen, Statens Institutionsstyrelse (SIS), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Handisam. Det sker i Stockholm och Du hittar länk för att anmäla Dig på vår hemsida: www.svenskpsykiatri.se. Där hoppas jag Du är inne och tittar ofta, vi lägger ut mycket viktig information, pressklipp mm.

Som Du ser jobbar vi på för att visa upp oss i många nya sammanhang nu. I den tid vi lever i måste vi som förening synas och höras även utanför de professionella och vetenskapliga arenorna för att kunna vara med och påverka. Jag vill gärna få respons på det från er medlemmar. Vad tycker ni? Är det viktigt? Om så – finns det flera sätt att nå ut?



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind (ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Maria Starrsjö (vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors (sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand (skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Diana Radu Djurfelt

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Kerstin Lindell

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Francisco Barca (barca@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors (gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Tove Gunnarsson (redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Marcus Persson (st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida:

www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@svenskpsykiatri.se)

Självklart fortsätter vi oförtrutet med att även förbättra våra "interna" aktiviteter; Riksstämman 1–3 december i Göteborg och Svenska Psykiatrikongressen 16–18 mars 2011, likaledes i Göteborg. Programmen tar form och är mycket lovande. Och vi tar nya och spännande initiativ som vi tror att ni kommer att uppskatta. Boka in i era kalendrar redan nu så vi syns där.

Till dess önskar jag alla en härlig höst! Nu skall jag rensa svamp.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



sfbup

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Gerd Mucchiano (gerd.mucchiano@skane.se)
Vice ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Mia Thörnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)
Vetenskaplig sekreterare: Ulf Wallin (ulf.wallin@skane.se)
Ledamot: Åsa Borg (asa.borg@sl.se)
Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)
Ledamot: Marie O'Neill (marie.oneill@ltkronoberg.se)
Ledamot: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
ST-representant: Peggy Törn (peggy.torn@sl.se)

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

Åtta timmar räcker!

Solen går ner över Kalahariöknen. Det hörs skratt och muntert prat. Runt elden samlas de som dansar och sjunger. Dansen ger glädje, lindrar, botar och stärker sammanhållningen. Bushmänniskor lever här i gemenskap och välbefinnande, på sannolikt samma sätt som den grupp människor i Afrika som för 150 000 år sedan lämnade kontinenten för att befolka jorden. Detta är vårt ursprung. Ett lättjefullt liv i närheten av vatten, där allt som behövs för att försörja sig är ett par timmars samlande och jagande om dagen. Vi är gjorda för det samlarliv som 100 000 generationer av människosläktet har levt. Under några hundra generationer har vi lagt om livsföringen radikalt. Vi har blivit bofasta, börjat arbeta hårt och byggt upp hierarkier.

Jag har under semestern läst Lasse Bergs bok "Gryning över Kalahari", en bok om människans ursprung och börjat drömma om ett annorlunda liv.

Kontrasten mellan drömliv och vardagen för läkaren på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning blir stor. När skolorna startar och remisserna till BUP öödar in bleknar drömmen snabbt för oss alla.

Men måste jag ge upp drömmen så lätt?

Vår arbetssituation som barnpsykiatrer är inte bara politikers och chefers ansvar, vi måste också själva upprätta balans mellan arbetsinsats och den energi vi har. Skillnaden mellan tillgång till och behov av barnpsykiatrer i landet varierar och är på vissa håll mycket stor. En inventering av tillgången till specialistläkare i landet är nyligen gjord av verksamhetschef Sven Ernstsson, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås. De preliminära resultaten av enkäten, med svarsfrekvens på ca 70 %, visar att antalet barn per specialist i landet i genomsnitt är 10 000-11 000, men variationen är avsevärd, mellan 6000-33000.

Pensionsavgångarna är stora, men nytillskottet av ST-läkare större. Det finns områden där man har anledning att vara optimistisk, men på vissa håll behöver ett avsevärt rekryteringsarbete göras om vi inte ska ha en ojämlig vård i landet med stora brister.

Ska vi passivt låta trender i samhället påverka vår yrkesroll eller ska vi ta ställning till hur vi bäst kan bidra med vår kompetens i teamet så att barn och unga med psykisk ohälsa får största möjliga nytta av oss? Måste vi inte acceptera att det inom överskådlig framtid kommer att finnas en brist på vår yrkeskompetens på grund av ökande behov och med det som utgångspunkt definiera vår roll och i förlängningen identitet som barn- och ungdomspsykiater?

Om vi inte själva utformar vårt arbetssätt riskerar vi att frustrerade förlora vår identitet. Rollen har förskjutits mot den som medicinsk expert vid utredning och behandling på bekostnad av terapeutiska insatser. Vi rycker in när patienterna inte förbättras som förväntat eller i akuta situationer. Vi träöar de öesta patienter vid några enstaka tillfällen, bara några få med de svåraste symtomen och deras föräldrar, kommer vi riktigt nära. Den terapeutiska utbildningen ger oss nyttig allmän kunskap, men vi får inte lika ofta glöden att i en ömsesidig regelbunden kontakt lära känna en människa på djupet och tillfredsstörelsen av ev. framsteg i behandlingen. Som läkare på BUP har man inte bara ett medicinskt ansvar. Psykologiska och sociala aspekter ska vägas in, men dessa får inte ta så stor del av vår tid att vi inte hinner med det som bara läkaren kan. Då gör vi de behövande barnen till förlorare.

Besvikelsen för barn- och ungdomspsykiatern kan bli stor. Uppgiften är för många helt enkelt inte så givande för oss själva som den vi trodde att vi utbildat oss till.



Foto:Shutterstock

Men vi är en del av ett team som tillsammans, med knappa resurser, ska göra så mycket nytta som möjligt för så många som möjligt av dem som behöver oss.

En annan källa till frustration kan vara glappet mellan ansvar och befogenheter. I dokumentet "Läkaransvaret inom Barn- och ungdomspsykiatri - vad är det som gäller?", har SFBUP-styrelsen 2007 gjort en genomgång av aktuell lagstiftning, jurister har intervjuats och beslut från Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har analyserats. Här betonas vikten av läkaransvar vid prioritering av patienter, diagnostik och behandlingsplanering, differentialdiagnostik och avslut. Dokumentet som finns på vår hemsida är fortfarande aktuellt och kan vara till god hjälp som underlag för lokala beskrivningar av ansvarsfördelning i BUP-team.

Genom att verklighetsanpassa och prioritera våra arbetsuppgifter kan vi lättare uppnå balans mellan yrkesliv och privatliv. För att vara kreativa och klara yrkeslivets påfrestningar behöver vi stöd i nära relationer. Bushmännen i Kalaharis öken kan vägleda oss i hur vi lever ett meningsfullt, njutbart liv. Även om vi inte lyckas återgå till ett drömliv som lata samlare, kan vi försöka hitta tillbaka till ett långsiktigt hållbart levnadssätt i lugn och ro, med ömsesidig respekt för varandra. Det kanske inte blir två timmars arbetsdag, men de flesta av oss är fullt nöjda med åtta. ◀

Gerd Mucchiano
Ordförande SFBUP

Vad ska vi göra med Läkarestämman?

LEDARE
SRPF
Ordförande
Lars Eriksson

När jag med viss förväntan gick in i SLSs abstrakt-system för att se vilka bidrag till vårt program som inkommit noterade jag besviket en nolla. Inte ett enda vetenskapligt bidrag hade inkommit till årets Läkarestämma. Jag tittade vidare på Psykiatriska Föreningen som jag något avundsjukt kunde konstatera faktiskt fått in 16 bidrag, och Barn- och Ungdomspsykiatri som fått in 8 abstrakt. Hur ska jag tolka detta?

Är forskningsaktiviteten inom rättspsykiatrisk vård och utredning obefintlig? Är inte Läkarestämman ett forum värt att satsa på? Läger vi nu allt krut på Psykiatrikongressen i vår?

En faktor kan vara Läkaresällskapets njugga inställning till icke-läkare på Läkarestämman. För två år sedan hade vi ett antal intressanta bidrag som presenterades av forskare som inte var läkare och därmed inte medlemmar i Sällskapet. Det kostade oss då en rejäl summa att betala deras kongressavgifter. Förra året fick vi betala "entré" för tvångspsykiatriutredaren som vi inbjudit för ett öppet föreningsmöte under vår halvdag.

Jämför detta med Psykiatrikongressen där föreläsare får såväl kongressavgift som middag. Den minst sagt undanskymda placering som våra föreningsmontrar fått har inte heller uppmuntrat till att satsa mer aktivt på Läkarestämman. Vi bör nog gemensamt inom och mellan de psykiatriska föreningarna diskutera den frågan.

Forskning inom rättspsykiatri

Trots nollan ovan vågar jag påstå att det finns en livaktig ofta tvärvetenskaplig forskning inom eller med anknytning till rättspsykiatri men att det kan bli bättre – mycket bättre. Vi har ju egentligen fantastiska förutsättningar. Våra patienter är väldokumenterade och följs under lång tid. Vi har ett kvalitetsregister som har fått ett mycket bra genomslag och högt deltagande. De etiska problemen då? – Ja, de finns, men jag vågar påstå att de oftast är hanterbara. Och vänd gärna på frågan – är det etiskt att inte forska inom rättspsykiatri? Behöver inte våra behandlingsmetoder utvecklas och vetenskapligt utvärderas?

Vi behöver fler forskningsaktiva läkare inom rättspsykiatri. Då kanske det även kan bli ett eller annat bidrag till Läkarestämman i framtiden. ◀

Lasse Eriksson
Ordförande SRPF

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

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





*Låt inte kostnaderna
segla iväg*



Lamotrigin Actavis

– brett sortiment till lägre pris

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

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

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

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

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

 **actavis**
creating value in pharmaceuticals

Gemensamma riktlinjer ger Stockholms barn och vuxna med ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd bättre hjälp

Gruppen människor som söker psykiatrisk hjälp p.g.a. misstänkta utvecklingsrelaterade tillstånd har ökat kraftigt under de senaste åren. Den psykiatriska samsjukligheten inom gruppen är hög. Kunskaperna om utvecklingsrelaterade tillstånd liksom om metoder för diagnostik, behandling och stöd har vuxit inom verksamheterna men har hittills varit ojämnt fördelade, speciellt inom vuxenpsykiatri. I de flesta landsting saknas gemensamma riktlinjer för utredning och insatser.

I Stockholms län har nu ett regionalt vårdprogram för ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna publicerats.

Vårdprogrammet riktar sig i första hand till personal inom hälso- och sjukvården som utreder, behandlar och ger stöd till barn och vuxna med de aktuella funktionsnedsättningarna, främst barn- och ungdomspsykiatri, barnmedicinska verksamheter, habilitering, vuxenpsykiatri inklusive beroendevård samt i viss mån primärvård. Det kan också läsas med behållning av t.ex. personal inom förskola, skola, socialtjänst, försäkringskassa och andra myndigheter liksom av personer med egen diagnos och deras närstående. Ett viktigt syfte är att ge gemensamma riktlinjer och rekommendationer för vård och behandling som på ett grundläggande sätt ska bidra till en kunskapsbaserad och likvärdig vård, byggd på evidensbaserade metoder så långt möjligt.

Vårdprogrammet har ett genomgående patientperspektiv, där individens behov ska styra innehållet i såväl utredning som insatser. Vem som har ansvaret för vilken insats beskrivs i programmet så tydligt som möjligt. För att insatserna ska fungera krävs i regel samverkan inom och mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamheter samt kommun, försäkringskassa, arbetsförmedling etc. Att utveckla fungerande former för samverkan kommer att vara i fokus under de närmaste åren. Det långsiktiga arbetet med att införa och tillämpa vårdprogrammets riktlinjer inom berörda verksamheter i Stockholms län kommer att påbörjas redan under hösten.

Förhoppningen är att arbetet med utredning och insatser för dessa växande patientgrupper ska underlättas av vårdprogrammet och att personer med utvecklingsrelaterade tillstånd tidigare ska få individualiserad, evidensbaserad behandling och stöd. På sikt är förhoppningen även att ett adekvat omhändertagande av de aktuella grupperna ska bidra till en förbättrad hälsa och livskvalitet hos såväl patient som närstående och att sekundära problem, som i sig ger både lidande och avsevärda samhällskostnader, kan undvikas.

Vårdprogrammet finns att ladda ner eller beställa i tryckt form via www.vardsamordning.se. ◀

Annika Brar
Överläkare
Neuropsykiatriska enheten
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srp.se



WPA:s regionala möte i St Petersburg 10 – 12 juni 2010 – kongress som öppnade för nya möjligheter

Under tre intensiva dagar hade vi förmånen att delta under WPA:s regionala möte i St Petersburg 10 – 12 juni. Möjlighet att ta del av ett brett program samt att diskutera psykiatri med representanter från hela världen gav många nya infallsvinklar samt visade på stora likheter och olikheter inom världspsykiatrin.

Vi vill särskilt lyfta fram en idé som föddes ur ett symposium vi deltog i samt en inspirerande paneldiskussion om hur man med enkla medel kan öka patientens deltagande i vårdplaneringen.

Länder i norr pionjärer för unga psykiatrer

Vi deltog i ett symposium med Henrik Wahlberg som moderator, "Early career psychiatrists in Northern Europe – advantages and drawbacks. What can the psychiatric associations do for young psychiatrists?" En diskussion av deltagarna påbörjades där och fortsatte sedan under hela kongressen på temat som utvidgades till vad hela WPA kan göra för unga psykiatrer. Det framkom under diskussionen att de nordiska länderna varit föregångare i att lyssna på ST-läkare i psykiatri och unga psykiatrer i utvecklandet av de egna ländernas psykiatri. Kanhända beroende på en mindre patriarkal samhällsledning än i vissa andra delar av världen.

Öppet brev till WPA:s styrelse

Inspirerade av vilken god utdelning det stöd SPF gett till ST-sektionen, nu över 200 medlemmar och en ordinarie ST-representant i styrelsen, tog vi därför tillsammans med övriga deltagare initiativ till ett öppet brev till WPA:s styrelse med förslag om en ung psykiater som adjungerad till eller som ordinarie medlem i styrelsen för WPA. Som situationen är idag har varje nationell förening möjlighet att nominera en yngre WPA-representant från det egna landet. Nationella yngre företrädare finns idag i de flesta länders psykiatriska föreningar, det som saknas nu är en självklar sammanordnande länk för de olika ländernas representanter till WPA:s executive committee och styrelse. Följden av det senare är bland annat att gemensamma frågeställningar för yngre psykiatrer i världen inte får möjlighet att få det gehör som skulle behövas. Vi tror att en yngre representant i WPA:s styrelse skulle kunna, förutom att ge ökat gensvar för gemensamma frågeställningar, även ge ett ökat utbyte av idéer och tankar mellan yngre psykiatrer och också mellan yngre och äldre kollegor – allt för en förbättrad psykiatrisk vård i världen. Vill du läsa brevet i sin helhet gå in på SPF:s hemsida www.svenskpsykiatri.se

till dem tydligt sokratisk och förhoppningsvis något vi kan vidareutveckla svenska varianter av. Professor Mohammed T Abou-Saleh, Storbritannien, som vid sammankomsten överlämnade sina exemplar till oss var positiv till att komma och föreläsa om detta på nationella nordiska kongresser eller nästa NCP. Föreläsningar vi hoppas äger rum för implementering av liknande dokument här som ett led i vidareutvecklande av den personcentrerade psykiatrin även i Sverige.

Inspiration, insikt och St Petersburg

Kongressen gav också i sedvanlig ordning möjlighet till mycket utbyte även utanför dagsprogrammet. Sena kvällar med stimulerande diskussioner gav inspiration till fortsatt vidareutveckling men också insikt om att den nordiska psykiatrin på många plan kommit långt och har mycket att bidra med i världen.

Att St Petersburg i sig med sin historia, sina grandiosa byggnader, möjligheter till ökad kunskap om den inhemska litteraturen samt en riktigt god Borsjtj gav mersmak för rysk kultur, får vi bara se som en extra bonus till en mycket lyckad kongress. ◀

Personcentrerad medicin en del av framtiden

Vid en paneldiskussion ledd av professor Juan E Mezzich, USA, om det alltmer kända begreppet "personcentrerad medicin" imponerades vi av några arbetsverktyg som används i Storbritannien för att öka patientens eget ansvar för vårdplaneringen. Arbetsverktygen bestod bland annat i anteckningsblock särskilt utformade för ändamålet med olika uppgifter för patienten att fylla i. Dessa kunde exempelvis bestå i att patienten själv fick skriva ner olika motiverande och för återfall förebyggande faktorer på ett strukturerat sätt.

Anteckningsblocken i fråga var enkelt utformade och undertonen

Marie Bendix

Överläkare Psykiatri Sydväst, Stockholm
Early Career Council WPA

Maria Larsson

Överläkare Stockholms Centrum För Ätstörningar

Foto: Marie Bendix



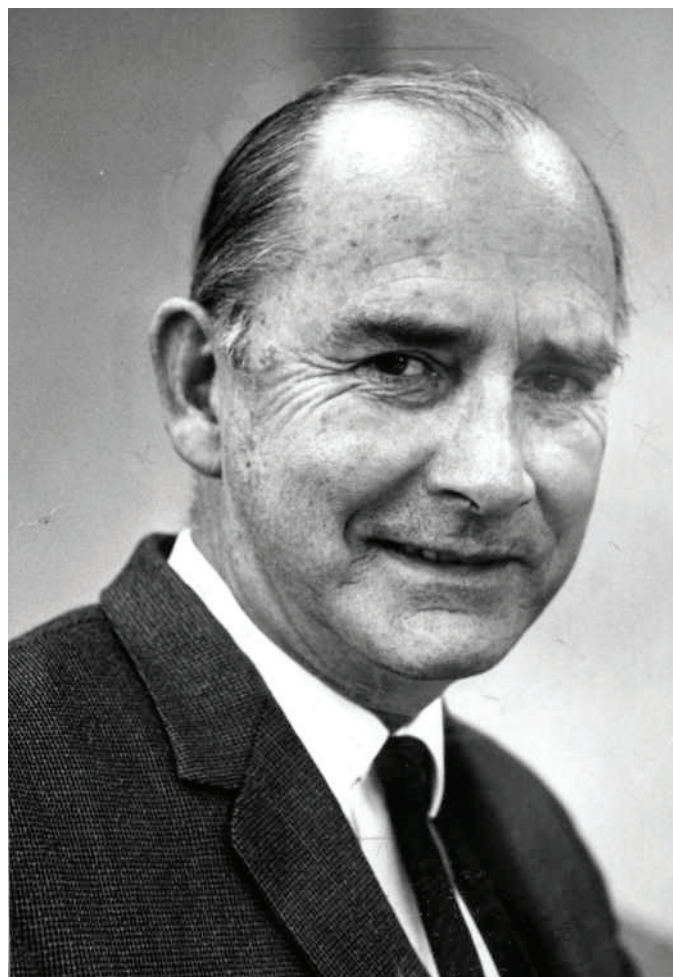
John Frederick Joseph Cade – litiumbehandlingens fader

Med John Cade (1912-1980), en australisk psykiatriker, startade egentligen den moderna psykofarmakologins historia. Han experimenterade med litium och tillämpade sina fynd, gjorde på djurförsök, på patienter med bipolär sjukdom och hittade på så sätt det första effektiva psykofarmakologiska läkemedlet. Detta inte bara möjliggjorde en effektiv behandling av bipolära sjukdomar för första gången utan gav också psykiatrien ett mer humant ansikte. Litiumbehandlingen kunde användas istället för den prefrontala leukotomi i allvarliga fall som han observerade i sin berömda artikel publicerad år 1949, vilken har blivit en av psykiatrins klassiker. Upptäckten gjorde honom också till Australiens mest framgångsrika och berömda läkare.

Som så många stora farmaceutiska upptäckter var det nästan en slump att en sidoprodukt av en forskning, som egentligen byggde på en felaktig hypotes, upptäcktes. År 1947 hade John Cade skapat en hypotes där han undrade om den manodepressiva sjukdomen var jämförbar med sköldkörtelrubbingar. Han föreställde sig att det i ett maniskt tillstånd fanns ett överskott av ett normalt kroppssämne som medförde att kroppen förgiftades. Tvärtemot depression – melankoli - där det skulle finnas ett underskott av ämnet. För att kunna undersöka hypotesen vidare injicerade han marsvin intraperitoneellt med urin av maniska, melankoliska och psykotiska patienter. Han såg att den maniska urinen var särskilt toxisk. Men vad skulle det exakt vara i den maniska urinen som gjorde skillnaden? Därför ville Cade studera urinsyra vidare. Det var inte helt enkelt eftersom urinsyra är nästan olösligt i vatten. Så han tillsatte litium för att få något mer lösligt, dvs. litiumurat. Och när han injicerade det på marsvinen blev han överraskad av att urinens toxicitet var mindre. Cade insåg snabbt att litium hade gjort skillnad. Då provade han att injicera marsvinen med litiumkarbonat och observerade att marsvinen blev letargiska. Skulle det fungera för patienter med psykotisk agitation? Cade som alltid hade ställt stora etiska krav på sig själv blev sin egen försökskanin och provade först litium på sig själv. När han ansåg det vara säkert började han att prova litium på olika patienter och fann att litium fungerade bäst på maniska skov. År 1949 publicerade han sin upptäckt med en fallstudie av tio patienter i *Medical Journal of Australia*. Redan då hänvisade han till att olika litiumsalter skiljde sig i terapeutisk potential. Han var också medveten om litiumtoxiciteten och att litiumöverdoser kunde vara dödliga så att behandlade patienter behövde noggrann klinisk observation. Diskussion om relationen mellan litiumserumnivå och behandlingseffekt kom i gång redan på 1950-talet. Men Cades upptäckt blev ändå nästan okänd fram till att den danska psykiatrikern Mogens Schou ihop med sin kollega Christian Bastrup återupptog forskningen genom nya kliniska studier i slutet av 1960-talet.

Och så började litiums succéhistoria som fortsätter även idag trots att verkningsmekanismerna fortfarande inte är förklarade.

Så vem var denna läkare som praktiserade psykiatri på ett lugnt psykiatrilasarett utan akademiska meriter? Vad var nyckeln till hans upptäckt? John Cade hade växt upp tillsammans med psykiskt sjuka och tidigt vunnit en stor förståelse och djup empati för dessa sjuka. Hans far, David Cade, hade deltagit i första världskriget och återkommit hem med ”war weariness”, alltså mest sannolikt en utmattningsdepression.



Därefter bytte han karriär från medicin till psykiatri som ansågs som mindre stressfyllt och familjen följde med honom och bodde på lasarettet. John Cade själv läste medicin i Melbourne och deltog som läkare i andra världskriget i Malaysia men blev krigsfånge när Japan avancerade och Singapore föll. När han slutligen kom hem vägde han bara 40 kg.

Efter en återhämtningsperiod återupptog han läkaryrket på en psykiatrisk institution, Bundoora Repatriation Hospital i Melbourne där han också gjorde sin stora upptäckt. Enligt familjens berättelse försökte han alltid att hitta en förklaring till fenomen som han såg. Han älskade också naturen där han spenderade mycket tid med observation av den lokala faunan. Mycket sannolikt hjälpte denna frågvishet och observationsförmåga honom att se betydelsen i det tillfälliga. Och därför var Cades upptäckt inte alls slumpmässig eftersom han hade den mentala flexibiliteten att göra om sin hypotes när hans fynd inte kunde förenas med hans teori.

Mindre känt är att John Cade var mycket intresserad av psykiatriska patienters somatiska hälsa. Som ung läkare observerade han att många patienter hade blåmärken och drog slutsatsen att de hade drabbats av C-vitaminbrist. Han tog upp ärendet med divisionschefen så att frukt och grönsaker blev en väsentlig del av sjukhusmaten. Och redan år 1952 drev han på tiaminbehandlingen för alkoholmissbruk. Även i samhällsfrågor var han en pionjär. Han var mycket intresserad av arbetsmiljöfrågor och jämställdhet och ordnade flexibelt arbete och även barnomsorg för kvinnliga läkare. Därför är John Cade fortfarande en inspiration för nutidens läkare oavsett om det gäller forskning eller kliniskt arbete.

Ursula Werneke, MD, MSc, MRCPsych
Överläkare och studierektor Psykiatri, Sunderby Sjukhus, Luleå
Ledamot av styrelsen för Svenska Föreningen för Konsultationspsykiatri

Med tack till Ann-Chatrin Eriksson för hjälp med redigering av manuskriptet.

Referenser till artikeln finns på vår hemsida
www.svenskpsykiatri.se

Foto: Permission and source Courtesy of The Herlad & Weekly Times Pty Ltd

Ta del av våra remissvar!

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

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

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Deadline för bidrag till nästa nummer: 20 november



Foto: Carol Schultheis

Psykiatrins pionjärer i Stockholm



Den som varken blickar framåt eller bakåt kan bli stillastående – på det som kallas ens ”ståndpunkt.” Men vi kan alla sägas stå på axlarna av våra föregångare. Vilken balansakt!

Det finns åtskilliga av dagens verksamma kolleger som med beundran och tacksamhet nämnt sådana som fört psykiatriutvecklingen framåt. Lennart Ljungberg, Marie Åsberg och Lennart Wetterberg är några som värnat om ett historiskt perspektiv. Andra har behandlat olika epoker inom svensk psykiatri med asyler och hospitaler (t.ex. Agerberg och Åsberg 2003).

Också psykiatrin vid Karolinska Institutet har nyligen särskilt uppmärksamats, insatt och objektivt, i monografin ”Medicinen blir till vetenskap. Karolinska Institutet under två århundraden” redigerad av professorerna i idé- och lärdomshistoria resp. vetenskapshistoria Karin Johannisson, Ingemar Nilsson och Roger Quarsell (2010).

Kapitlet ”Neurovetenskap: hjärna och psyke” är författat av Torbjörn Gustafsson Chorell, universitetslektor vid Uppsala universitet, och kapitlet ”Psykiatri: själen och vetenskapen” av Patrik Möller, doktorand vid Göteborgs universitet. Så bra att det är professionella idéhistoriker med träning i källkritik som skrivit – annars kan man lätt bli ”biased”.

Prof. Ingemar Nilsson har sammanställt en förteckning över ämnesområden och professorer vid Karolinska Institutet 1810-2009. Listan återges här med tillstånd av författaren.

För psykiatrin i vid bemärkelse nämns 15 positioner vid KI.

1. Eo professur i psykiatri: Wilhelm Öhrström, tf 1861-82, Fredrik Björnström, 1884-89, Ernst Hjertström 1890-2002, Bror Gadelius 1903-09.
2. Professur i psykiatri: Bror Gadelius 1909-27, Viktor Wigert 1929-42, Erik Essen-Möller 1943-44, Torsten Sjögren 1945-61, Börje Cronholm 1962-79, Göran Sedvall 1980-2001.
3. Laboratur i experimentell psykiatri: Carl-Henry Alström 1948-60, Börje Cronholm 1960, Carl-Magnus Idestrom 1964-73.
4. Psykiatri: Carl-Henry Alström 1960-73, Lennart Wetterberg 1973-96, Hans Ågren 1998-.

5. Psykiatri: Bengt Jansson 1976-97.
6. Psykologi: Marianne Frankenhaeuser 1980-92, Arne Öhman 1992-
7. Psykiatri ssk behandlingsforskning. Marie Åsberg 1982-2004.
8. Psykiatri och socialpsykiatri: Tore Hällström 1993-2000, Jerker Hetta 2002-
9. Psykiatri: Lars Farde 1996-
10. Åldrandets psykologi: Lars Bäckman 2002-
11. Medicinsk psykologi: Åsa Nilsson 2006-
12. Åldrandets psykologi: Agneta Herlitz 2008-
13. Psykiatri: Bo Runeson 2008-
14. Experimentell psykologi: Mats J. Olsson 2008-
15. Psykiatri: Anna-Lena Nordström 2010-

Ingemar Nilsson har i brev till mig påpekat att succession i fasta tjänster inte längre finns, och att institutionsindelningar ändras.

Indelningen i ämnesområden blir aldrig skarp eller definitiv. Rättspsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, nervsjukdomar inkl. neurologi, klinisk medicinsk genetik, klinisk farmakologi, klinisk och psykologisk alkohol- och narkotikaforskning, gerontologi och ortopedi har haft företrädare med stor betydelse för annan psykiatrisk utveckling. En del forskare av stor betydelse för Karolinska Institutet har haft bastjänster vid andra universitet.

Under 2010 har flera nya professorer tillkommit, bl.a. för Niklas Långström och Johan Franck, så elva är faktiskt nytillsatta. Till listan kan fogas ”honorär-professorer” som ibland utnämns av populistiska eller sociala grunder och inte av akademiska.

Vilka kan kallas ”pionjärer”?

Man kan lägga olika perspektiv. Att Wilhelm Öhrström var först med att kallas professor är otvetydigt. Hans roll var dock mer klinikerns och bedside-undervisarens än forskarens – någonstans måste man ju börja.

Den förste forskaren var Bror Gadelius, som disputerat i Lund 1896 på en avhandling om tvångstankar, fick goda betyg och fick docentur i psykiatri. Men han fick inte professur i Lund – den gick till Teodor Nerander.

Patrik Möller (2010) ger en levande beskrivning av den kamp för tillvaron som akademiker tvingats föra då som nu.

Då man utlyste en professur vid Karolinska Institutet 1902, anmälde sig fyra sökande; Bror Gadelius, Frey Svenson, Henry Marcus och Herman Lundborg.

De sakkunniga, Svante Ödman och Teodor Nerander, förde upp Bror Gadelius i första förslagsrum, och han fick tillträda 1903.

Men hans tillvaro blev uppenbarligen inte okomplicerad. Synen på psykiatris rätta väsen skiftade. Gadelius betonade synsättet "vetandet om själens sjukdomar". Men enligt dåtida tysk tradition lyfte somliga fram det neuropatologiska och hjärnanatomiska betraktelsesättet. Salomon Henschen hade tidigare sökt psykiatriprofessur i Uppsala men kompetensförklarades inte, i stället fick han en medicinprofessur vid Karolinska Institutet. Gadelius blev eo professor i psykiatri men examensrätten låg hos Salomon Henschen. De båda bekämpade sedan varandra på olika sätt, även i dagspressen, men akademiskt måste man säga att Gadelius kan anses ha avgått som segrare. Läroboken av Gadelius "Det mänskliga själslivet" utkom i flera upplagor och översattes också till engelska.

Man ifrågasatte varandra högst påtagligt, så att den som ändå blev professor i Lund och senare rektor vid Karolinska Institutet av somliga ansågs ha "allvarliga brister i sin vetenskapliga begåvning". Allt kanske inte var bättre förr! De som vill följa detaljer i dåtidens kamp hänvisas till Patrik Möllers kapitel i sin helhet, sid. 269-99.

Synen på Freud växlade också redan på 1910-talet. Bror Gadelius och Olof Kinberg var mest negativa; "själsläkaren" med gott rykte, icke-akademikern Poul Bjerre var först mycket positiv men ändrade sig senare och skapade sin egen "psykosyntes". Från ett besök på Freud-muséet i Wien minns jag "Freud expliqué aux enfants", på engelska "Child's guide to Freud" utgiven 1964 – ett sätt att anknyta metaforerna och teorierna till vardaglig praxis.

Vilka andra kan kallas "pionjärer"?

Psykiatern Viktor Wigert blev rektor vid Karolinska Institutet. Erik Essen-Möller skapade det första multiaxiala klassifikationssystemet. Börje Cronholm som ville vidga psykiatris gränser, åt både humanistiskt och naturvetenskapligt håll, sammanförde neurofysiologi med etologi och fick 1973 i Stockholms konserthus presentera Konrad Lorenz, Niko Tinbergen och Karl von Frisch som Nobelpristagare i medicin eller fysiologi – ett framsynt, djärvt, okonventionellt och kontroversiellt grepp. Han samverkade också mycket fruktbart med Daisy Schalling, psykologiprofessor, och medverkade till utveckling av olika skattningsskalor.

Göran Sedvall förde in neurobiologi i psykiatrin. Lennart Wetterberg är internationellt legendarisk för sina genetiskt-psykiatriska studier om porfyri, och med breda och djupa kunskaper i en mängd områden. Den NIH-utbildade Hans Ågren har utmärkt internationellt kontaktnät och har skisserat att psykiatrisk forskning kan tilldra sig inom allt från universell, global nivå via grupper och individer till den fysiska och molekylära nivån – en intellektuell utmaning. Bengt Jansson har värnat om transkulturell psykiatri och vidsynhet.

Marie Åsberg, första kvinnliga psykiatriprofessorn i Europa, med forskning om affektiva tillstånd som har renderat henne internationella priser.

Epidemiologerna har hjälpt oss att få helhetsbild av psykiska sjukdomars kvantitativa betydelse i samhället. Lars Farde användning av PET och bildanalys har gett nya dimensioner till hur psykofarmaka verkar. Martin Schalling bistår med högmodern genetik. Andelen kvinnor bland psykiatriprofessorer har successivt ökat, liksom inom andra områden.

Psykiatrisk forskning har vunnit såväl integration och vidsyn, bredd som djup. Men en arbetsgrupp inom Vetenskapsakademien under ledning av professor emerita Anita Aperia har med stöd av bibliografiska data likväl antytt, att svensk psykiatrisk forskning har förlorat mark i ett internationellt perspektiv. Har vi blivit sämre eller har andra blivit bättre? Bara att analysera, bita ihop tänderna och ta nya djärva tag.

Det kan ha fördelar att se på sig själv och på andra med viss ironi och självrannsakan.

Som professorn i psykiatri i Linköping Conny Nordin skrev en vecka innan han avled: Cum antiquitate pro futuris (ung. Vi lär av det förflutna för framtiden).

Ulf Rydberg
Professor emeritus

Referenser

Agerberg M, Åsberg M: Tre epoker i svensk psykiatri. I: "Ett sekel med läkaren i fokus", Sveriges Läkarförbund 2003, sid. 285-304.

Johannisson K, Nilsson I, Quarsell R: Medicinen blir till vetenskap. Karolinska Institutet under två århundraden. Karolinska Institutet University Press 2010, ISBN-978-91-8856530-6. Möller P: Psykiatri: själen och vetenskapen. I: Medicinen blir till vetenskap, red. K Johannisson, I Nilsson, R Quarsell, sid.268-99, 2010.

Åsberg M, Agerberg M: Psykiatris historia. I: Psykiatri, red. J Herlofson o a, Studentlitteratur 2009, s. 31-42.

Ny hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen - professor Jan Beskow

Vid SPF:s årsmöte den 18 mars 2010 utsågs professor Jan Beskow till ny hedersledamot i föreningen.

I motiveringen står bl.a. att

"Jan Beskow har genom åren manifesterat sig som en ledande företrädare för självmordsprevention" och "Tillsammans med sina medarbetare ger Jan Beskow en vision av ett samhälle präglad av ömsesidig förståelse och respekt mellan människor som garanti för god psykisk folkhälsa".

Att presentera honom i ett nummer som har temat Psykiatrins Pionjärer ter sig naturligt.

Kort presentation

Jan föddes i Uppsala och blev med.kand. och med.lic. i hemstaden. Han är specialist i psykiatri och socialmedicin, professor, folkhälsoarbetare och suicidforskare sedan 45 år. Tillsammans med sina doktorander har han utforskat bakgrunden till självmord hos män, kvinnor, barn och äldre.

Via Umeå och Skövde kom han till Göteborg 1981 där han var verksam som överläkare inom psykiatri vid Sahlgrenska sjukhuset fram till sin pensionering 1996. 1988-1996 var han dessutom sakkunnig i psykiatri, särskilt suicidologi, på Socialstyrelsen.

Jan var ordförande i Västsvenska Nätverket för Suicidprevention (numera omdöpt till Suicidprevention i Väst) från 1997 fram till 2008, och sedan dess vice ordförande. Han är även forskningschef vid Center för Kognitiv Psykoterapi och Utbildning i Göteborg. Han är invald medlem av $\varnothing$ e International Academy for Suicide Research, en akademi för speciellt meriterade suicidforskare, och även medlem av International Association for Suicide Prevention.

Jan Beskow har skrivit över 100 artiklar samt flera bokkapitel och böcker, senast *Osorno J, Svanström L, Beskow J (red). Community Suicide Prevention. Karolinska institutet, Stockholm, 2010* (kan laddas ned gratis från www.phs.ki.se/csp). Han har föreläst på ett stort antal internationella kongresser inom suicidprevention, epidemiologi och kognitiv psykoterapi; och även varit arrangör av nationella och internationella konferenser. Jan har även anlitats som föreläsare och varit ordförande i expertmöten om suicidprevention inom WHO, vilket bl.a. resulterat i en rapport om drogmissbruk och suicid.

Det kan också nämnas att Jan under tre år varit vetenskaplig sekreterare i SPF.



En värdegrund

Jan berättar att han blivit alltmer intresserad av hur *tabueringen* egentligen fungerar, den tabuering som präglad oss under 1 600 år.

"Har kommit fram till att det intressanta inte är att man inte får ta sitt liv. Det intressanta är i stället att man över huvud taget inte får tänka på suicid. Det förklarar alla de undanmanövrar vi dagligen bevittnar".

För att något motverka detta har han formulerat följande värdegrund:

Vård av suicidala patienter inklusive förebyggandet av självmord bör vila på en gemensam värdegrund med följande komponenter:

1. Suicidalitet skall hanteras som vilket annat individuellt och samhälleligt problem som helst, t ex missbruk eller trafikolyckor, dvs. så långt möjligt baseras på vetenskaplig kunskap, användning av de metoder som anses mest effektiva, dokumentering och utvärdering av

gjorda interventioner samt en ständig strävan att förfinas metodiken som följd av nya kunskaper.

2. Detta kräver en medveten kamp mot tabuerings negativa effekter. Annars kommer man att möta ett irrationellt till hälften dolt motstånd, som är svårt att gendriva. Samtidigt måste man inse tabuerings suicidpreventiva effekter. Avtabueringen går fortare bland ungdomar, vilket kan vara riskabelt. Därför brådskar det att bygga ut en rationellt grundad suicidprevention.

Varför syssla med suicidprevention?

På frågan om varför han sysslar med "ett så obehagligt ämne" som suicidprevention finns flera svar:

"När jag vikarierade som professor i socialmedicin i Umeå ett par år i början på 1960-talet inträffade ett litet suicidkluster bland ungdomar i Umeå. Vill minnas det var ungefär 8 personer som berördes. Jag ville genomföra ett forskningsprojekt om detta. Tog upp frågan med Jan-Otto Ottosson som då var uppskattad professor i psykiatri i Umeå. Han tyckte det var en bra idé. Av olika skäl gled det tyvärr ut i sanden. När jag några år senare gick till Jan-Otto och sa att jag ville disputerar i psykiatri föreslog han noggranna retrospektiva undersökningar av suicid bland män. Det har sedan utvecklats så att jag och tre doktorander gjort retrospektiva genomgångar på män, kvinnor, barn och äldre, på totalt omkring 500 personer med hembesök, insamling av data etc. Vi har således tillsammans en absolut unik kunskap om vad detta handlar om. Och på den vägen är det".

Det finns också förklaringar av mer personlig natur. En av dem är att under Jans studietid tog en kamrat sitt liv efter en lång period av växlande suicidalitet med flera suicidala episoder. "Vi kände oss helt hjälplösa. Det stöd vi kunde uppbringa från omgivningen var närmast obefintligt. Detta har utan tvekan varit av stor betydelse". Upplevelser under barndom och tonår har också lett till att han – trots goda uppväxtförhållanden och en konfliktfri yrkeskarriär – haft lätt att solidarisera sig med dem som känner sig utanför.

Och avslutningsvis:

"Ser man suicidalitet och suicidprevention enligt värdegrunden ovan är det inte ett tungt ämne. Tvärtom, det är fyllt av mening och ger mycken glädje. Det är ett gravt försummat viktigt samhällsproblem, som innebär ett svårt lidande för många. Till dessa kan man också räkna psykiatrer som har otillräcklig utbildning i suicidalitetens teori. Ämnet är glädjefullt därför att det leder till många viktiga möten med människor och samtal om det viktigaste av allt: *Varför lever vi?*"

Tove Gunnarsson
Svenska Psykiatriska Föreningen

I en separat intervju i detta nummer återges Jan Beskows tankar om en "Kognitiv revolution inom suicidpreventionen".

Foto: Jan Beskow arkiv



Foto: Shutterstock

Psykokoterapiutbildning i den nya ST:n

Rapport från arbetsgruppen

Högskoleverket har nyligen publicerat ett förslag på revision av regelverket vad gäller basutbildning i psykokoterapi (Ökad kvalitet i psykokoterapeututbildning, rapport 2010:9 R). För ST-läkare i psykiatri innebär förslaget kortfattat att basutbildningen i psykokoterapi integreras i ST:n samtidigt som den ska ge behörighet att söka psykokoterapeututbildning. Idag riktas de flesta basutbildningar i psykokoterapi till flera personalkategorier, men detta kommer att ändras pga. de nya riktlinjerna.

Socialstyrelsens nya ST-målbeskrivning har lett till att specialistföreningarna ser över hur ST-läkaren bäst kan utveckla sina kompetenser. De nya målbeskrivningarna medför krav på fler kurser, ett vetenskapligt arbete under 10 arbetsveckor och ett kvalitetsarbete under två veckor. Tack vare den statliga finansieringen har IPULS kunnat utöka utbudet av kurser för ST-läkare i psykiatri och barnpsykiatri avsevärt, så att de idag kan söka SK-kurser som täcker hela målbeskrivningen förutom för psykokoterapidelen för blivande psykiatrer (v.g. se www.metisprojektet.se).

Det är bra, men de ökade teoretiska kraven medför att en allt större del av ST-läkarens arbetstid förläggs vid "skolbänken". Detta är en verklighet även i de andra specialiteterna. För oss psykiatrer tillkommer den grundläggande utbildningen i psykokoterapi, som idag tidsmässigt innebär en arbetsdag i veckan i tre till fyra terminer plus en praktisk del om 2-3 timmar/vecka.

Ser man över hela ST:n kan man lätt hysa en farhåga. Kommer ST-läkarna i psykiatri att hinna med den praktiska delen av psykiaterarbetet, dvs. att möta patienter? Patientmöten är ju grunden i vår profession. Eller kommer de att transformeras till relativt väl betalda superkandidater?

Förut saknades många kurser under ST, och läkarna ska alltså sig en rad viktiga kunskaper via psykokoterapiutbildningen. Nuförtiden kan ST-läkarna skaffa sig kunskaper i de allra flesta ämnen via de nya SK-kurserna. Man skulle kunna vinna tid och arbetsro på att skapa en skraddarsydd psykokoterapiutbildning (mindre omfattande än dagens) som bara berör ämnen som ST-läkarna inte lär sig någon annanstans. Kan man extrahera essensen utan att förlora viktiga moment?

Frågan har diskuterats inom SPF och det har resulterat i att en arbetsgrupp har tillsatts inom ramen för METIS-projektet och på uppdrag av Svenska Psykiatriska Föreningen för att skapa kompetensmål i psykokoterapi för ST-läkare i psykiatri.

Arbetsgruppen består av:

Olav Bengtsson, divisionschef BUP, Stockholm
Lena Gothefors, verksamhetschef Psykiatriska kliniken, Mälarsjukhuset, Eskilstuna
Christian Johansson, överläkare Liljeholmsmottagningen, Psykiatri Sydvest
Anna Maria Nilsson, ST-läkare i psykiatri Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg
Johan Schubert, adj. professor i psykokoterapi, Karolinska Institutet
Cecilia Svanborg, överläkare Norra Stockholms Psykiatri, PhD, ordförande för Svenska föreningen för Kognitiva och Beteendearterade Terapier
Bengt Westling, docent, universitetslektor vid Institutionen för psykologi, Uppsala

För METIS projektgrupp:

Carl Savage, processfacilitator; MMC Karolinska Institutet
Eva Malm Finiguerra, ST-läkare i psykiatri Norra Stockholms psykiatri
Eva Johansson ST-läkare i psykiatri Psykiatriska kliniken, Umeå
Raiaella Björck, METIS projektledare och studierektor Psykiatri Nordvest, Stockholm

Arbetsgruppen består av sakkunniga inom psykokoterapi samt representanter för verksamhetschefer och ST-läkare. Två i gruppen har varit med att ta fram Högskoleverkets dokument om psykokoterapi.

Basutbildningen i psykokoterapi för blivande barn- och ungdomspsykiatrer har nyligen reviderats. Den nya utbildningen består av tio kurstillfällen om två dagar, samt en praktisk del. Utbildningen är bara för läkare. Utbildningen uppfyller formellt kraven för att söka legitimationsgrundande utbildning (om ST-läkaren kompletterar med egen terapi). I nuläget kan dock varje enskilt lärosäte som ger psykokoterapeutprogram sätta upp egna villkor för antagning, exempelvis en specifik inriktning på den grundläggande psykokoterapiutbildningen. Utbildningen har gått vid två tillfällen, och skattats högt vid utvärderingen. Arbetsgruppen har låtit sig inspireras av detta fungerande exempel.

Deltagarna i arbetsgruppen har hittills träffats under två heldagsmöten. För att på ett så effektivt sätt som möjligt ta fram kompetensmål och riktlinjer användes en processmodell, *Adaptive Reflection* (AR), utvecklad av Carl Savage utifrån en serie intervjuer med ett 50-tal prefekter och kursledare aktiva på läkarutbildningen. AR är en fråge- och facilitator driven kursutvecklingsprocess som hjälper experter i ett ämne att

reflektera över vad som är relevant kompetens i ämnet. Utifrån kompetensmålen arbetar man sedan fram hur utbildningen kan struktureras för att bäst främja att deltagarna utvecklar dessa kompetenser. Hittills har arbetsgruppen tagit fram ett syfte (se nedan) för basutbildning i psykoterapi för blivande psykiatrer och en lista på kompetensmål (se nedan).

Bredvid varje kompetensmål finns det en sifra. Sifran beskriver nivån av kompetens som ST-läkaren måste uppnå i varje given del enligt **Blooms taxonomi**. Blooms taxonomi beskriver olika steg i lärande. I Blooms taxonomi finns det två skalor, den kognitiva (K) och den affektiva (A). Arbetsgruppen har endast använt sig av den kognitiva (se nedan). Sammanfattningsvis är de olika stegen i den kognitiva skalan (Källa: Wikipedia):

1. **Kunskap** Att kunna ta till sig fakta - memorera
2. **Förståelse** Att kunna förstå fakta som memorerats
3. **Tillämpning** Att kunna utföra något med de fakta och med hjälp av den kunskap man fått
4. **Analys** Att kunna se samband mellan olika fakta
5. **Syntes** Att kunna dra egna slutsatser
6. **Utvärdering** Att kunna producera, planera och generera något nytt

Arbetsgruppen kommer att träffas ännu en gång under hösten, i syfte att diskutera en tidsram för kursen och andra riktlinjer, så att ST-läkarna i psykiatri landet runt får gå en psykoterapiutbildning som håller en gemensam standard och som är harmoniserad med resten av ST:n. Tills nya förslag från HSV och METIS är antagna gäller förstås gamla riktlinjer. Övergångsregler kommer att upprättas så att de som gått grundläggande utbildning i psykoterapi enligt det nuvarande systemet inte drabbas av kommande förändringar.

Raëaella Björck, Carl Savage, Christian Johansson, Cecilia Svanborg, Bengt Westling, Åsa Lundberg (för kursledningen för basutbildning i psykoterapi för blivande barn- och ungdomspsykiatrer)

Syfte

Syftet med kursen är att lära sig bedöma, planera och prioritera, initiera och genomföra arbete med psykologiska behandlingsmetoder inom ramen för psykiatriskt arbete. Kursen är anpassad för att ge behörighet för att söka psykoterapeututbildning.

Kompetensmål

1. Allmänna psykoterapifärdigheter

Professionell relation

Etablera och upprätthålla en ram (ett avtal om tid och rum) för bedömning och behandling med patienten. (K5)
Bemöta patient och närstående på ett empatiskt och respektfullt sätt oavsett problematik, individ och situation. (K5)

Utveckla en lyhördhet och respekt för individers personliga förutsättningar, behov och kompetenser för att på så sätt uppnå gott samarbete. (K5)

Reflekterande förmåga

Observera, medvetandegöra och bearbeta vad som händer i mötet med patienten och omsätta detta i behandlingsarbetet. (K5)

Reflektera över egna ställningstaganden och reaktioner och deras roll i kliniskt arbete, se egna blinda åsikter, reflektera över klientrollen exempelvis genom egen erfarenhet av terapi, i syfte att öka självkännedom. (K5)

2. Psykologiska basteorier

Förstå psykologiska basteorier (exempelvis utvecklingspsykologi, kognitiv psykologi, affektteori, inlärningspsykologi, systemteori, anknytningsteori) relevanta för problemformulering och behandlingsarbete. (K2)

3. Psykoterapeutisk teori

Förstå teorier om psykopatologi och förändringsmekanismer relevanta för psykoterapeutiskt arbete. (K2)

4. Kunskap om olika psykoterapiinriktningar

Identifiera likheter och skillnader mellan olika legitimationsgrundande psykoterapeutiska teoribildningar för att förstå deras olika tillämpningar. (K2)

5. Bedömning och prioritering inför psykoterapi

Bedöma, planera och prioritera inför psykoterapeutisk intervention utifrån diagnos, problemområde och patientens förutsättningar. (K5)

6. Praktisk tillämpning

Tillämpa samtalsmetodik på ett person- och situationsanpassat sätt och genomföra strukturerade psykologiska interventioner inom en vald metod. (K5)
Att kunna omsätta återkoppling från handledning i det praktiska arbetet. (K3)

7. Vetenskapligt förhållningssätt och lärande

Inhämta kunskap om aktuell psykoterapiforskning relevant för det kliniska arbetet och problematisera evidensbegreppets möjligheter och begränsningar. (K5)
Utvärdera effektivitet av psykoterapeutisk behandling för den individuella patienten. (K5)

8. Interaktion psykoterapi och läkemedel

Värdera och avväga nyttan med läkemedelsbehandling vid psykoterapi. (K5)

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2010 - 2011

NUMMER 4 2010

Tema: Det omedvetna
Deadline 20 november 2010
Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2011

Tema: Kultur, psykiatri och psykisk hälsa del 2
Deadline 20 februari 2011
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2011

Tema: Psykiatrins idéhistoria
Deadline 20 maj 2011
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2011

Tema: Det psykiatriska forskandet och den forskande psykiatrin
Deadline 1 september
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2011

Tema: Ej bestämt
Deadline 20 november
Utkommer vecka 49

SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.
Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.
Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.
Skriv gärna underrubriker i Din artikel.
Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.
Skicka gärna med en bild!
Den ska vara i format som kan bearbetas i ex. Photoshop (jpg, tif, gif, eps).
Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.
Du kan också skicka en bild med "snigelposten".
Välkommen med Ditt bidrag!
Redaktionen



Foto: Shutterstock

Bromsa manin med full kraft. Och tänk långsiktigt.

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

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

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



**Ergenyl®
Retard**
natriumvalproat

BEHANDLA MANIN. STABILISERA SJUKDOMEN.

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

Ergenyl Retard (natriumvalproat), N03AG01.R₁, F₁. **Indikationer:** Epilepsi. Generaliserade epilepsianfall såsom tonisk-kloniska anfall (grand-mal), absenser (petit-mal), myoklonala anfall och atoniska anfall. Partiella (fokala) anfall. Behandling av maniska episoder, underhålls- eller profylaktisk behandling av bipolär sjukdom hos patienter som inte svarar på eller tolererar litium. **Förpackningar:** Ergenyl Retard depotgranulat: 100 mg 30 st, 250 mg 30 st, 500 mg 30 st, 750mg 30 st och 1000 mg 30st. Ergenyl Retard depottablett: 300 mg 2x50 st burk, (2x49x1 blister EF), depottablett 500 mg 2x50 st burk, (2x49x1 blister EF). Datum för översyn av produktresumén: 2009-10-29. För mer information och prisuppgift se www.fass.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi-aventis.com.

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

sanofi aventis
Because health matters

Akut slutenvård vid anorexia nervosa kan förbättras

Patienter med allvarlig anorexia nervosa kommer ibland till akutvården vid såväl medicin- som psykiatrikliniker. Bristande kunskap och förståelse hur dessa patienter bäst handläggs saknas ofta. I artikeln beskrivs förslag till förhållningssätt och vikten av vårdprogram.

Att kalla anorexia nervosa för ätstörning är lika trivialiserande som att likna "hosta vid TBC som en övergående förkylning" enl. Sir Arthur Crisp, en nestor inom anorexiforskning.

Vården för anorexipatienter har förbättrats betydligt de senaste åren, då nya öppen- och slutenvårdsenheter öppnat. Specialenheter finns nu i så gott som alla landsting.

Huruvida patienterna oftare tillfrisknar nu jämfört med tidigare pga. behandlingsinsatser är oklart. Enhetlig uppföljning av patienter har påbörjats under senare år. I Sverige är det framförallt Riksät, ett nationellt register, som alla som arbetar med ätstörning kan ansluta sig till, som kommer att ge oss information om bl.a. utvärdering av behandling.

Mortaliteten synes ha minskat från 18 % på 70-talet till 5 % under senare år. En ny studie från Uppsala visar dock att dödligheten fortfarande är större hos patienter med anorexia nervosa jämfört med unga kvinnor i normalbefolkningen. Enl. en studie från Gävleborg intensivvårdas pojkar oftare än flickor.

Akut omhändertagande

Fortfarande finns dock stora svårigheter att ta hand om dessa patienter akut vid såväl psykiatri- som medicinkliniker. Bristande samsyn vad som är kriterier för akut inläggning saknas. Psykiatri anser oftast att dessa patienter är så somatiskt dåliga att de bör vårdas inom somatiken, eftersom psykiatri saknar kunskap om medicinska konsekvenser av svält. Invärtesmedicin å sin sida hävdar ofta att anorexia nervosa är en psykiatrisk sjukdom och att de inte vet hur man ska förhålla sig till dessa patienter.

Patienter med kontinuerlig vikttnedgång kan komma till olika akutintag flera gånger med BMI sjunkande från 15-12 och ibland lägre, utan att det anses vara inläggningskriterier.

Malnutrition vid anorexia nervosa kan leda till allvarliga konsekvenser och även livshotande tillstånd. En del patienter med anorexi läggs in för suicidrisk eller depression varvid man ofta glömmer att även anorexidiagnosen kräver vård. Det är initialt i patientkontakten mycket svårt att avgöra hur allvarligt eller långvarigt tillståndet kommer att vara. Likaså är psykiatrisk samsjuklighet svårt att bedöma i början av en sjukdomsperiod.

Patienten själv söker oftast inte akut, utan har övertalats av partner eller anhöriga att söka. Patienten blir ofta glad och triumferande men med en gnagande känsla av oro när doktorn efter blodprovstagning anger att "alla värden är bra". Det viktigaste värdet, nämligen kroppsvikten, är ju långt ifrån bra.

Patienten kan vara mycket vänlig mot läkaren alternativt mer fientlig. Som läkare kan det vara svårt att hjälpa en patient som är fientlig och avvisar all hjälp. Det är också svårt att hjälpa en patient som förefaller vänlig och insiktsfull men uppenbart inte har följt de rekommendationer om matordning som givits. Risken är i båda fall att undervikten bagatelliseras. Patienten kan också "strama upp sig" hos läkaren, så att vederbörande missleds att tro att tillståndet inte är så farligt.

Patienten anger oftast att hon äter mer än hon gör, förnekar kräkningar och hyperaktivitet, anser att hon klarar problemet själv, dricker vatten innan vägning, har sten i strumpor, vikter i BHN m.m. Risken om man gör en felbedömning är att patienten istället behöver lång och därmed dyr slutenvård med risk för somatiska komplikationer, den dag hon verkligen blir inlagd med ett mycket lågt BMI.

Patientens psykiska sjukdom får somatiska konsekvenser och bör behandlas av psykiatri och somatiken i samarbete. För närvarande verkar detta mycket svårt då bristande kunskap tycks finnas hos båda disciplinerna. Patienterna riskerar att hamna mellan stolarna. Eftersom de själva inte driver sitt behov av behandling är det ofta anhöriga som står på sig och vill att patienten tas in med konsekvenser mellan t.ex. föräldrar och vårdgivare som följd. "Patienten vill ju inte", är ett argument som ibland tas till när vårdgivaren saknar kunskap och förmåga att få kontakt med en motsträvig patient.

Kriterier för akut inläggning

1. Hos patient över 16 år: snabb vikttnedgång under ca 6 mån minskning med 15-20 % av tidigare normalvikt, medförande BMI under 15. Även om puls, blodtryck och muskelkraft samt laboratorieprover verkar relativt bra, kan patienten ytterst sällan vända detta utan slutenvård.
2. Somatisk påverkan med uttalad bradycardi, låg kroppstemperatur och/eller patologiska levervärden.
3. För yngre patienter bör akut inläggning ske tidigare i förloppet eftersom tillväxten annars äventyras med för tidig epifysslutning.
4. Vikttnedgång hos tidigare känd anorexipatient som varit kroppsligt stabil på BMI 14-15 men som plötsligt går ner 1-2 kg.

5. Patient med annan somatisk sjukdom t.ex. diabetes, infektion, IBD med mer än 10 % viktnedgång.

Kräkningar i samband med anorexi förvärrar och gör att patienten bör läggas in vid högre BMI än ovan. Dessa patienter har ofta kaliumbrist. Stark ångest vid allvarlig viktnedgång gör också att patienten inte kan ta till sig öppenvårdsbehandling.

Vid en hektisk jourmottagning och/eller full vårdavdelning, vill man gärna tro patienten som säger "ge mig en chans till. Nu vet jag att det är farligt". Tyvärr förskjuter man oftast problemet till en annan jourläkare.

Sjuksköterska kan handlägga första kontakten vid ett akutbesök med vägning i underkläder, puls och blodtryckstagnning, mätning av kroppstemperatur samt ta en översiktlig anamnes. Sköterskan kan även grovt bilda sig en uppfattning om tillståndet. Det bästa är om en anhörig är med. Vårdpersonal eller läkare bör prata med anhöriga, helst utan patient, en kort stund för att höra deras åsikt om inläggning. Har man fått klart för sig att anhöriga också anser att inläggning behövs, blir det lättare att motivera patienten. Om man som läkare själv är övertygad och har anhörigs stöd, har man lättare att låta bestämd och vara fast i sitt beslut. Ofta behöver då inte frågan om vårdintyg tas upp.

Patientens ovilja att ta med anhöriga i samtalet beror oftast på en vilja att undanhålla information om tillståndets allvar. Om man förklarar att det är viktigt för att kunna göra en bra bedömning brukar patienten gå med på det. Ibland ser inte heller anhöriga allvaret eller står inte ut att se patienten så upprörd, varför läkaren kan ha en svårare uppgift att övertyga alla om vikten av inläggning.

För patienten är det dock ofta en lättnad när någon utifrån bedömer att det är allvarlig viktnedgång och slutenvård krävs. Man kan hänvisa till att patienten behöver stöd i måltidssituationer för att klara av de anorektiska tankarna och den oro som kan komma vid måltider.

Patienten har en mängd tankar i huvudet, bl.a. att det är fel att ta emot hjälp, att inte medge att man behöver stöd i matsituationer, att fortsätta att äta restriktivt. Tillfredsställelsen är stor när man har gått ner eller i alla fall inte upp i vikt. Det brukar ofta vara "krig i huvudet". Tankar som säger att man inte vill ha det så här, och vill få hjälp att börja äta, slåss med tankar om att fortsätta gå ner i vikt och få dåligt samvete så fort man äter en måltid.

Om man inte gör en adekvat bedömning och ger sig in i det svåra samtalet med patienten är det risk att hon dyker upp en senare jour i sämre skick och med en större konflikt att hantera med ev. vårdintygsbedömning och/eller upprörda och oroliga anhöriga.

Tvångsvård

LPT förefaller för många svår att tillämpa på denna patientkategori. De flesta läkare är väl förtrogna med vårdintyg när det gäller psykos och självmordsnära patienter men har svårare att skriva vårdintyg vid anorexi.

En del läkare har svårt att formulera sig och känner sig ovana vid somatiken och glömmer att somatisk undersökning med puls, blodtryck och kroppstemperatur är viktiga parametrar förutom vikt och BMI.

Vårdintyg bör övervägas om patienten uppfyller kriterier för inläggning enl. ovan men inte vill ha slutenvård. En del patienter säger ja till slutenvård men äter inget på avdelningen, det blir då svårare att konvertera.

Även om en patient med BMI under 14 som haft kontinuerlig viktnedgång ter sig stabil eller lovar att hon ska börja äta, bör vårdintyg övervägas om motivation för frivillig inläggning misslyckats.

Vårdprogram

För att lättare motivera patienten för inläggning bör någon form av vårdprogram finnas. Personalen har olika förhållningssätt för de många olika diagnoser som förekommer på en akutavdelning. Regler och vårdprogram bör vara tydliga och information ges till patient och anhöriga före inläggning, annars kommer patient, eller anhöriga som utsatts för påtryckning av patienten, att försöka ändra på vårdavdelningens rutiner. Patientens anorektiska tankar styr henne som styr personalen och föräldrarna. Detta behöver man lära sig att se, så att behandlingen går framåt. När vårdprogrammet presenteras vid akutbedömning kan patientens ångest stegras och förnekelsemekanismer blir tydliga. Läkaren får då klart för sig att patienten har svårt att tillgodogöra sig vård enl. HSL.

Avdelningsrutiner

Patienten bör erbjudas att gå på toaletten innan måltiden - inte omedelbart efter. Detta minskar tankar på kräkning eller motion i anslutning till måltid – bådadera kan utövas på toaletten. Patienten bör serveras mat som är upplagd av personal. 5-6 mål om dagen behövs: frukost, lunch och middag samt minst 2 mellanmål och helst kvällsmål. Optimalt bör personal närvara som stöd vid måltider. Endast mat som patienten inte tål bör undvikas. Man bör inte erbjuda "önskekost" utan vanlig mat. Om patienten är vegetarian eller har blivit det under sjukdomen lär det inte gå att ändra på under akutvård. Patienten kan därför fortsätta att äta vegetariskt men med rätt mängd proteiner och fett. Måltiden bör ta högst tre kvart.

Patienten behöver vägas ca 2 ggr/vecka. 0,5-3 kg viktuppgång per/vecka brukar kunna åstadkommas vid en regim som innebär såväl stöd som kontroll. I början är det oftast mer viktuppgång, vilket skrämmer patienten, men det är även vätskebrist som fylls på.



Foto: Shutterstock.com

Patienten kan behöva stöd efter måltid och bör då sitta en stund med kontaktpersonen. Känslan av att ha ätit för mycket och förbjuden mat inger oftast oro.

Vid bristande vikttuppgång ges näringsdryck i bestämt antal beroende på BMI och bör finnas angivet i vårdprogrammet. Dessa kan sedan sättas ut vid uppnått BMI.

En bestämd men förstående attityd gör att patienten lättare kan samarbeta. Vårdtiden förkortas och man slipper oftast sondmatning.

Man bör även minimera aktivitet och inte lämna patienten att göra raska promenader och situps utan att någon ser det. Låt inte patienten vara för mycket utanför avdelningen och låt henne heller inte få permission för tidigt! Patienten är helt utlämnad till sina anorektiska tankar och behöver hjälp med regler och ramar när den inre kontrollen sviktar.

När man informerar om adekvata mängder och måltidsrutiner, måste man också förstå att oron hos patienten ökar och ångesthantering och stöd behövs. Information och stöd till anhöriga behövs också. Patienten behöver hjälp med att känna igen att tankar om att minska mat och behov att röra sig är ångest, samt att få hjälp med ångesthantering där patienten är delaktig i att hitta strategier och tala om vad som hjälper. Samtal av kognitiv karaktär som hjälper till att hantera oro vid maten är ofta till god hjälp. Vid stark oro kan hydroxizin eller olanzapin användas. Antidepressiva har ingen påvisad effekt vid anorexi

utan bör reserveras för depression som inte bara är svältinducerad. Patienten bör ha uppnått en vikt motsvarande minimum BMI 16 enl. den erfarenhet som finns vid många specialenheter, för att ha effekt av antidepressiva.

Inom barnpsykiatrisk akutvård behöver föräldrar stöd och råd om mat, mängder och antal måltider för att kunna fortsätta arbetet hemma. I första hand ska föräldrar bli mer kompetenta i matsituationen och man bör vänta med familjesamtal som syftar till att förbättra relationer. Ofta kan föräldrar i så fall få skuldkänslor som minskar förmågan att vara bestämd i måltidssituationen. Praktiskt stöd i form av gemensamma familjemåltider med personal på avdelningen brukar fungera som god hjälp till föräldrar. Vid vissa kliniker har man valt dagvård med uppbackning vid behov av barnklinik.

Då patienten (över 16 år) uppnått BMI 16,5-17 kan hon troligen skrivas ut. I vissa fall finns samsjuklighet med fr.a. depression som nu lättare kan behandlas. Planering för fortsatt vård är mycket viktig. Om patienten kunnat tillgodogöra sig behandling på avdelningen och fått stöd vid måltider brukar hon ofta inse behovet av fortsatt hjälp.

En del har allvarlig samsjuklighet med t.ex. personlighetsstörning och behöver inläggning vid flera tillfällen. Det är viktigt att man gör en planering för denna patientgrupp, vilka kriterier som ska gälla för inläggning och vilken vårdform som bäst lämpar sig, så att inte patienten varje gång möts av irriterad vårdpersonal där långsiktig planering saknas. Man kan t.ex. besluta att patienten läggs in varje gång hon går under 13-14 i BMI, men i övrigt ha en mer långsiktig behandling som syftar till bättre livskvalitet snarare än full hälsa.

Vård efter utskrivning

Alla patienter behöver fortsatt öppenvårdskontakt som helst bör etableras under vårdtiden. Motivationssamtal är A och O vid all anorexi-behandling. Vissa patienter behöver senare en längre period med mer fokuserad åtgärdsbehandling vid specialavdelning.



Ingrid Hjalmer

Vårdenhetsöverläkare Anorexi-Bulimienheten, Barn och ungdomspsykiatriska kliniken Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

E-post: ninni.hjalmer@vgregion.se.

Referenser finns på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se

Foto: Ingrid Hjalmer arkiv





Vad kan vi lära oss av erfarenheterna - hur kan man både bli och förbli ideal-professor i ett psykiatriskt ämne i Sverige - oberoende av tidpunkt?

Forskning

Man ska publicera högaktuella arbeten i tidskrifter med maximal impact factor och vara uppdaterad i olika aspekter av internationell litteratur – men det räcker inte.

Undervisning

Man ska både kunna förmedla levande bedside-undervisning, kunna föreläsa så att man har god kontakt med varje åhörare, man ska producera uppdaterade läromedel - men man får inte fastna i oläsliga powerpoint-presentationer, handouts, bleknade diabolbilder eller overheadbilder.

Sjukvård

Man ska ha klinisk specialitet, ha utmärkt patient-läkarrelation och vara bra på multiaxial diagnostik, våga rådgöra med andra och lyssna på sin personal.

Administration

Man ska ha utmärkt kontakt med både näradministratörer, sin administrativa ledning och med politiker – de bestämmer mer än forskarna i dagens Sverige. Moderna kunskaper om arbetsledning, hälso- och sjukvårdsekonomi och personalfrågor är i dag nödvändigt.

Externa uppdrag

Se till att det finns en brygga mellan Din forskning och samhällets behov, "universitetens tredje uppgift". Men satsa klokt på det evidensbaserade och drunkna inte i utåtriktade aktiviteter – Du kan överutnyttjas som pausfågel.

Sociala aspekter

Måste alltmer betonas. Försök satsa på både kvalitet och samförstånd. Bråka inte i onödan, satsa på goda relationer också med potentiella akademiska medtävlare. Men undvik servilitet, och tro inte heller att Du kan vara tupp på gödselstacken i alla sammanhang.

Etik och hederlighet

Fräckhet, oärlighet och att stjäla texter från tidigare medarbetare hämnar sig alltid i det långa perspektivet.

Klara balansen mellan närhet och distans

Att ha ett harmoniskt familjeliv kan vara en förutsättning för att stå ut i längden.

Allt behöver Du inte göra själv, men våga lyssna på andra.

Var finns giganterna som undviker "professoros" (Knut Haeger) och som klarar alla dessa nålsögon och bedömningsgrunder?

Självfallet har det funnits pionjärer utan för den strikt vetenskapliga psykiatrin – kliniker som vunnit förtroende hos patienter, i ledningen och hos dem som bestämmer. Men om dem försöker jag inte skriva. ◀

Ulf Rydberg

Professor emeritus i klinisk alkohol- och narkotikaforskning

Specialist i psykiatri sedan 1978

Stockholm

Medveten närvaro och rumslighet - om relationell konst inom vården

I föregående nummer publicerade vi en artikel om det barnpsykiatriska konstprojektet på Sachsska barnsjukhuset i Stockholm (Wrangsjö. Medveten närvaro och rumslighet – om relationell konst inom vården). I den beskrevs hur vissa rum var utformade, men det var då inte möjligt att publicera några bilder. Som utlovat inför vi dem istället i detta nummer. Artikeln finns att läsa på www.svenskpsykiatri.se

De första fyra bilderna är från *projekt Sju rum på Sachs*



Scen av Lotta Mossum och Stefan Otto



Lek av Lotta Mossum och Stefan Otto

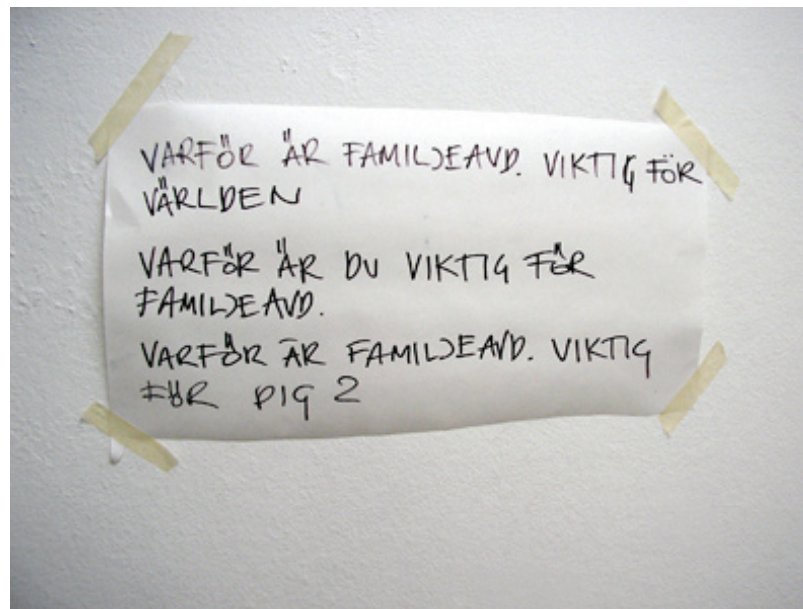


Ro av Lotta Mossum och Stefan Otto



Tal av Lotta Mossum och Stefan Otto

Nedanstående bild är från Projekt Närvaro av Malin Arnell och Niklas Hansson och kan benämnas enl följande:
Projekt Närvaro av Malin Arnell och Niklas Hansson



Projektfakta:

Under 2003-2005 omorganiserades klinikansluten vård, barn- och ungdomspsykiatri, BUP, inom Stockholms läns landsting och flyttade till före detta Sachsska Barnsjukhuset vid Södersjukhuset. qub – konstnärligt utvecklingsarbete BUP var en konstnärlig undersökning i samarbete med personal och patienter. Arbetet resulterade i omgestaltningar av den fysiska miljön, men också av processinriktat utvecklingsarbete. I samband med projektet producerades en bok och flera seminarier.

Projektledning: Ann Magnusson

Konstnärer: Malin Arnell, Niklas Hansson, Lotta Mossum, Stefan Otto.

Beställare: Stockholms läns landsting, Kulturförvaltningen

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

återfallsprevention ^{1**}

Vecka 24

Behandlingssvar ^{1*}

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid ¹



Servier Sverige AB
Box 725
169 27 Solna
Tel. 08-522 508 00

Valdoxan® (agomelatin) R, N06AX22 (övrigt antidepressivum). **Indikation:** Behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna. **Egenskaper:** Melatonerg MT₁ och MT₂ agonist och 5-HT_{2C} antagonist. Ingen påverkan på extracellulära nivåer av serotonin. Inga utsättningssymptom eller effekt på sexuella funktionen, kroppsvikt, puls eller blodtryck. **Dosering:** Rekommenderad dos är en 25 mg-tablett dagligen peroralt före sänggåendet. Om ingen förbättring av symptomen skett efter två veckors behandling kan dosen ökas till 50 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Nedsatt leverfunktion (d.v.s. cirros eller aktiv leversjukdom) Samtidig användning av en potent CYP1A2-hämmare (t.ex. fluvoxamin, ciprofloxacin) **Varningar och försiktighet:** Användning till barn och ungdomar, äldre patienter med demens, Mani/Hypomani, Suicid/suicidtankar, kombination med CYP1A2-hämmare och laktosintolerans. Förhöjning av serumtransaminaser (>3 gånger den övre gränsen av normalvärdet) har i kliniska studier observerats hos patienter som fått Valdoxan, särskilt i 50 mg dos (d.v.s. 1,1 % för agomelatin 25/50 mg mot 0,7 % för placebo). Serumtransaminaserna återvände vanligtvis till normal nivå vid utsättande av Valdoxan. Leverfunktionstester skall utföras hos alla patienter: i början av behandlingen och sedan periodvis efter cirka sex veckor (slutet på akutfasen), tolv och tjugofyra veckor (slutet på underhållsfasen) och därefter när det är kliniskt indicerat. **Priser:** 25 mg tabletter x 28 st = 474,83 SEK (AUP), 25 mg tabletter x 84 st = 1330,49 SEK (AUP). Ingår för närvarande inte i läkemedelsförmånerna. **Senaste översyn av produktresumén** 2009-02-19. För fullständig information se www.fass.se

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, februari 2009, www.fass.se

* Responsfrekvensen var statistiskt signifikant högre för Valdoxan jämfört med placebo.

** Upprätthållande av den antidepressiva effekten visades i en återfallspreventionsstudie. Patienter som svarat på en 8/10-veckors akut öppen behandling med 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen randomiserades till antingen Valdoxan 25-50 mg en gång dagligen eller placebo i ytterligare 6 månader. En statistiskt signifikant (p=0,0001) fördel för 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen jämfört med placebo visades i det primära effektmåttet, prevention av återfall i depression, mätt som tid till återfall. Incidensen för återfall under den 6 månader långa dubbelblinda uppföljningsperioden var 22 % för Valdoxan och 47 % för placebo.

www.valdoxan.com



Foto: Wikipedia - Public Domain

Lundaprofessorn och psykiatern Henrik Sjöbring (1879-1956) var en av föregångarna till den moderna neuropsykiatri. Vi måste samtidigt komma ihåg att vetenskapen drivs av visioner, som är präglade av sin tids värderingar och ideologier.

Idéhistorisk bakgrund

Redan filosofen Herbert Spencer (1820 - 1903) hade sett en allmän tendens till utveckling mot fastare strukturer, integration och differentiering. Utvecklingstanken låg till grund för hans filosofiska syntes. I begreppet utveckling (*evolution*) såg han den princip som ger forskaren överblick. För Spencer innebar utveckling en övergång från ett lösare till ett fastare samband (*integration, koncentration*) och på samma gång en övergång från ett mera likartat till ett mera olikartat eller komplicerat tillstånd (*differentiation*). Utvecklingsidén ger här en nyckel till förståelsen av processerna i naturen och det mänskliga samhällslivet, lite populärt kallat "den sociala darwinismen" (Aspelin, 1958).

Individens liv kan sedan uppfattas som beroende av intentionella (målinriktade) processer, där individens levnadsbana begränsas av biologiska ramar, sociala normer och ego-ideal. En människas personlighet är hela tiden under bildande och utveckling skrev t.ex. den franske filosofen Henri Bergson (1859 - 1941). Den

Henrik Sjöbring

formella orsaken är den lag, enligt vilken förändring normalt äger rum, d.v.s. när inga störande betingelser ingriper i processen (Landquist, 1928).

Sjöbrings personlighetsmodell

Sjöbring uppger själv att han tagit intryck av den tyske filosofen Eodor Lipps (1851 -1914), men framförallt av den i Paris verksamme psykiaterkollegan Pierre Janet (1859 - 1947). Lipps, som blivit mest känd för att ha lanserat empatibegreppet (*Einfuehlung*), hade hävdade att den psykiska energin kan påverka tanken och beteendet, liksom att psyket eller medvetandet är summan av tidigare erfarenheter integrerade med nya inkommande intryck.

Lipps ansåg att denna enhet eller struktur utgör kontrollen av såväl varseblivandet, och minnet liksom av handlandet överhuvudtaget: "*The organization of the Mind controls the course of perceiving, of recall (memory) and of thinking and of action*" (Encyclopedia Britannica).

I sin bok om Pierre Janet har professor John Elmgren framhållit att denne i sin dubbla egenskap av läkare och psykolog kom att få stort intryck på den psykologiska vetenskapens utveckling (Elmgren, 1953). Janet hade skrivit om de hjärnfysiologiska processernas primära roll, om psykisk energi och om ekvivalensen mellan psykiska fenomen och deras uttryck i yttre manifestationer, d.v.s. att även kroppsligt beteende och kroppsliga manifestationer kan vara psykiskt betingade (exempelvis kan sättet att gå återspegla en människas temperament). Kanske än viktigare för Sjöbring var Janets kliniska beskrivningar av neurastenin, som han hävdade till stor del var konstitutionellt betingad. Janet var här tidigt framme med uppfattningen att uttrötbarheten och utmattningstillstånd är uttryck för en slags insuiciens eller konstitutionell otillräcklighet. Även när det gäller intelligensen (Sjöbrings kapacitetsdimension) finns stora överensstämmelser. Janet har här fint beskrivit variationen från de lägsta (imbecilliteten) till de högsta nivåerna - nyskapande människor som strävar efter att ständigt söka nya erfarenheter (filosofer, vetenskapsmän, konstnärer).

Sjöbrings elev och efterträdare på professorsstolen, Erik Essen-Möller (1901-1992), skriver i förordet till den postumt utgivna boken "*Personality Structure and Development*" att Sjöbring ville lansera en allmän personlighetsteori, men också ge en möjlighet att studera individuell utveckling och variation: "*Everyday mental experience, its development and integration, its cognitive, volitional and emotional qualities, by reducing them to a few elemental concepts or hypothetical functions and their interplay*".

Sjöbring beskrev med sin modell fyra basala konstitutionella personlighetsdimensioner: kapacitet (intelligens), validitet (energi), soliditet (mognad) och stabilitet (skicklighet), alla i en glidande skala från sub- till supervarianter (Sjöbring 1973).

Frågan om dessa personlighetsvarianter skulle kunna vara normalfördelade gav upphov till Lundbyprojektet, en av världens mest kända psykiatriska befolkningsundersökningar (Essen-Möller et al, 1956).

En essentiell tanke hos Sjöbring var att det mänskliga psyket kan betraktas på två sätt, dels som subjektiv erfarenhet med känslor, motiv och strävanden, dels som objektiv process i naturvetenskaplig, biomedicinsk mening. Dessa parallella synsätt skulle kunna generera nya hypoteser för fortsatt forskning. Senare lundaforskare har t.ex. utvecklat en teori, *perceptgenesen*, som betraktar perceptionen som en process och en konstruktion av verkligheten utifrån individens tidigare erfarenheter (Kragh, U. & Smith, G., 1970). Den amerikanske psykiatern Robert Cloninger har utvecklat ett personlighetsinventorium, som har inspirerats av Sjöbring (Cloninger, 1987).

Till sist lesionerna

En annan intressant aspekt av Sjöbrings tänkande gällde teorin om *lesionerna*, d.v.s. att infektioner, hormonella rubbningar och lättare hjärnskador skulle kunna både disponera och utlösa psykiska störningar och sjukdomar. De konstitutionella personlighetsvarianterna borde dessutom kunna knytas till hjärnans strukturer.

Utifrån dagens kunskapsläge kan människohjärnans funktion omöjligt vara enbart genetiskt konstitutionellt determinerad. Istället måste man utgå från att hjärnans "kopplingsschema" till mycket stor del är ett resultat av individens historia (Eisenberg, 1995; Kurtén, 2002). Den strukturella anatomin räcker helt enkelt inte till för att förklara alla hjärnans funktioner och interaktivitet, utan den påverkas av allt vi gör och upplever. Om vi istället - i anslutning till Sjöbring - antar att hjärnan och medvetandet är två sidor av samma sak blir det lättare att förstå att de ömsesidigt kan påverka varandra. ◀

Leif Öjesjö
Docent, psykiater
Stockholm
leif.oesjo@stockholm.bonet.se

Fullständiga referenser finns på vår hemsida
www.svenskpsykiatri.se



Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

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

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



Foto: Carol Schultheis

Carl Ulrik Sondén – en tidig pionjär

Idag är det inte många som vet vem han var, mannen som under 1800-talet på ett avgörande sätt bidrog till att reformera och humanisera den svenska psykiatri.

Carl Ulrik Sondén föddes 1802 i Landeryds socken i Östergötland, där fadern verkade som präst. Efter studier i Uppsala blev han medicine kandidat 1827 och medicine licentiat 1828.

1832 kom Sondén för första gången som läkare till Danvikens Hospital i Stockholm. Efter bl.a. en längre resa genom flera europeiska länder där han studerade psykiatri, och erhållande av medicine doktorsgrad i Uppsala 1835, blev han 1847 överläkare vid Danviken. Denna inrättning, i folkmun kallad "Dårarnas torn", hade prisats av många som ett föredöme inom svensk hospitalsvård. Sondén upprördes dock och riktade svidande kritik mot förhållandena där. Han minskade användningen av tvångsmedel, och gjorde sig av med de mest brutala såsom svängstolen. Han verkade intensivt för hospitalsväsendets förbättring genom skrifter och kommittéarbete. Efter närmare trettio års kamp lyckades han genomdriva Danvikens nedläggning och inrättandet av ett nytt hospital.

I enlighet med Sondéns idéer, byggdes det nya sjukhuset, Stockholms hospital för sinnessjuka å Conradsberg, som ett palats med tillhörande park där patienterna kunde vistas. Carl Ulrik Sondéns gärning fick betydelse för den svenska psykiatriens utveckling i hela Sverige.



Carl Ulrik Sondén var även för övrigt en framstående man. Han var Läkaresällskapets bibliotekarie 1836-37, dess sekreterare 1836-49 och ordförande 1849-1850.

Han var även medicinalråd, ombudsman och fiskal i Sundhetskollegium, samt ledamot av Vetenskapsakademin. Han var med om att grunda tidskriften Hygiea 1839, var sedan dess huvudredaktör under 10 år, och var själv en mycket produktiv skribent.

Carl Ulrik Sondén avled i Stockholm 1875.

För vidare läsning rekommenderas Gösta Hardings bok "Tidig svensk psykiatri" (Verbum 1975).

Tove Gunnarsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Porträtt i Svenska Läkaresällskapets samlingar. Konstnär Jean Haagen.

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

Ett revolutionerande fynd - pionjärerna bakom klorpromazin

Min morfar var psykiater på Beckomberga under 1930- och 40-talet. Enligt dåtidens regler bodde han och hans familj under de första åren på sjukhusområdet. Min mor har berättat om de fasansfulla skrik som hördes från de s.k. stormavdelningarna, dag som natt. För fram till 1950-talet fanns det ingen verksamt behandling mot de plågsamma symtom som karaktäriserar schizofreni. De läkemedel som användes, t.ex. barbiturater, hade endast sederande effekt. Människor som i unga år insjuknat i psykossjukdomar hölls ofta mer eller mindre inlåsta under återstoden av sina liv. Bara i Sverige var 33 752 personer intagna i psykiatrisk slutenvård år 1950. Detta år inleddes ett arbete som kom att förändra psykiatri för alltid.

På läkemedelsföretaget Rhône-Poulenc-Spécia utvecklade kemisten Paul Charpentier en fentiazinvariant som fick namnet 4560 RP, sedermera klorpromazin. Samtidigt var den franske kirurgen Henri Laborit (1914-1995) sysselsatt med att försöka hitta en substans som på ett ofarligt sätt kunde ge konstgjord nedkylning för att skydda hjärnan vid stora kirurgiska ingrepp. Han ville kunna "skicka hypofysen och binjurarna på semester". Han testade olika substanser och fick 1951 möjlighet att pröva klorpromazin. Han fann att det hade en potentiell effekt på andra farmaka vilket gjorde det möjligt att sänka doserna av morfin och barbiturater. Dessutom noterades att patienter som skulle opereras blev lugnare, "likgiltiga", vilket gjorde det intressant att pröva preparatet även inom psykiatri.

Pionjärerna blev de båda franska psykiatrerna Jean Delay (1907-1987) och Pierre Deniker (1917-1998) på sjukhuset Sainte-Anne i Paris. Andra psykiatrer hade redan testat preparatet, men i kombination med andra läkemedel. På Sainte-Anne prövade man för första gången att ge det som monoterapi till psykotiska patienter. Låga doser befanns mycket riktigt ha lugnande egenskaper men det revolutionerande fyndet var att höga doser av klorpromazin kuperade vanföreställningar, hallucinationer, tankestörningar och aggressivitet. Den 26 maj 1952 oöfentliggjorde Deniker, Delay och J-M Harl dessa resultat på Société Médico-Psychologique de France. De rapporterade effekter som öppnade vägen för "en ny sorts psykiatri". Nyheten spred sig snabbt över världen, och redan efter ett par år behandlades över fem miljoner patienter med klorpromazin. Livet på mentalsjukhusen förändrades. Vårdmiljön blev lugnare, avdelningar kunde stängas och – framför allt - patienter kunde skrivas ut.

I Sverige registrerades klorpromazin 1955 men då hade det redan varit i kliniskt bruk under något år. Entusiasmen var oerhörd. Då Svenska Psykiatriska Föreningen firade sitt 50-årsjubileum 1955 ska mötet ha präglats av "väckelsestämmning". Äntligen hade man en verksamt behandling att tillgå!

Alla var dock inte lika positiva. 1955 skriver en dr Lindqvist från Restads sjukhus i Läkartidningen att preparatet har god effekt vid maniska tillstånd men att "Vid schizofrena tillstånd måste resultaten bedömas som mer växlande och osäkra. Medlet kan enligt vår mening icke på något vis ersätta beprövade metoder, insulincoma, elchock m.m. men i många fall har den sedativa effekten varit ovedersäglig".

Samma år kunde man i Läkartidningen - bland reklam för aperitifer, amfetaminpreparat och badanstalter - hitta en annons för Hibernal vilket blev namnet på läkemedelsföretaget Leos klorpromazinpreparat. Där hävdas att läkemedlet visat goda resultat vid bl.a. "vissa sinnessjukdomar, t.ex. katatona och paranoidea former av schizofrenier" samt "vissa psykiska insu- cienstillstånd, t.ex. tvångsneuroser". I den första utgåvan av FASS (1966) hade listan på indikationer vuxit till att även omfatta tillstånd som cerebral pares, hicka och astma!

I ovan nämnda annons från 1955 beskrevs Hibernal som ett "fentiazinderivat med effekt på vissa centra i hjärnstammen". Enligt FASS 1966 var verkningsmekanismen att det "sänker verkningsnivån i de strukturer i främre hjärnstammen, vilkas aktivitet genom detta systems intima förbindelse med hjärnbarken är av betydelse för vakenheten". Här var dock FASS inte alldeles uppdaterad. Redan 1963 hade Arvid Carlsson publicerat en artikel som visade att antipsykotiska läkemedel har effekt på noradrenerg och dopaminerg neurotransmission. Att den huvudsakliga verkningsmekanismen är blockad av dopaminsystemet visades experimentellt några år senare, men först i början av 80-talet kunde man fastslå att den gemensamma nämnaren är blockad av dopamin-D2-receptorer.

Trots konkurrens från det växande antalet nya antipsykotiska läkemedel levde klorpromazin kvar på den svenska marknaden fram till 2007. Då avregistrerades det sista preparatet, Hibernal, pga. produktionsnedläggning.

1950-talets oerhörda entusiasm och framtidstro har idag dämpats något av vår medvetenhet om de antipsykotiska läkemedlens begränsningar och biverkningar. Det förtar dock inte betydelsen av den upptäckt som gjordes för snart 60 år sedan.

Tove Gunnarsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm



"Svåra flickor"

Olands UtvecklingsCenter startades 2007 med ambitioner att utveckla ett kompetent behandlingshem inom området psykiatri.

Vi har med åren sett en tendens att neuropsykiatrin, Aspergers syndrom samt ADHD ökat i omfattning och därmed också vårdbehovet (där LSS-insatser ofta inte har möjlighet att ge tillfredställande vård) och Olands Utvecklingscenter är ett etablerat HVB hem med stor psykiatrisk kompetens blandat med beteendevetenskap för att på bästa sätt svara upp mot de behov som flickorna har.

Olands Utvecklingscenter har hela Sverige som upptagningsområde.

Vi har 4+2 behandlingsplatser, varav 2 platser är lättvårdsplatser/utsluss i eget hus.

Vår målgrupp är flickor mellan 14 - 20 år, lättvården 18-23 år, med psykiatriska svårigheter ex. inom autismspektrumstörning (främst Aspergerssyndrom), psykotiska symtom, Bipolär störning eller liknande svårigheter. Även andra psykiatriska diagnoser som kan förekomma depression, ångest, s-skada m fl. Då vi är specialister inom psykiatri så är suicidförsök/tankar m.m. inget hinder för placering samt att vi har dygnetruntbemanning av en sjuksköterska med lång erfarenhet inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vi tar emot placeringar enligt SoL, Lvu samt HSL För att lyckas med dessa ungdomar är det tre faktorer som är viktigare än allt annat;

**Kunskap
Småskalighet
Hög personaltätet**

Tre viktiga arbetsmoment på **Olands UtvecklingsCenter** är;

**Structure Teaching
Kognitiv beteendeterapi
Föräldrarbetet**

För mer information, www.olandsutvecklingscenter.se
Kontaktperson Bo Widlund, Olands UtvecklingsCenter
Foghammarsvägen 58, 747 30 Alunda
Tel; 0174/10001 Mobil; 0708-971469

Uppdatering av SPF:s rekommendationer för blivande psykiatrer Vad är nytt?

SPF:s utbildningsutskott kommer i mars 2011 att publicera en reviderad version av Rekommendationer avseende målbeskrivning för ST-utbildning. Under tiden är alla välkomna att e-posta förslag till förbättringar till Raffaella Björck (raffaella.valigi-bjorck@sll.se).

Redan nu har dock utbildningsutskottet valt att göra ändring på två punkter i rekommendationstexten, då dessa ändringar bedömts vara mycket angelägna.

1. Delmål 5. Under kolumnen *metoder för lärande/klinisk tjänstgöring*, nedre delen av andra stycket, läser man: "Maximalt 4 månader av denna tid kan genomföras vid allmänmedicinsk verksamhet". SPF ändrar rekommendationen till "upp till 6 månader kan genomföras inom allmänmedicinsk verksamhet, förutsatt att sidutbildningen inom somatiken i sin helhet (dvs. inklusive tjänstgöringen inom en neurologisk specialitet) leder till uppfyllelse av delmålen".
2. Delmål 10. Under kolumnen *metoder för lärande/klinisk tjänstgöring*, sjunde stycket, läser man följande text: "Inom tidsperioden rekommenderas att minst 1 månad avsätts för auskultation vid rättspsykiatrisk utredningsenhet." Denna text ska tas bort, alltså är det inte längre en rekommendation från SPF. Även om det är önskvärt med auskultation vid rättspsykiatrisk utredningsenhet, har det visat sig inte vara realistiskt att alla blivande psykiatrer ska kunna planera en sådan period i sin ST, pga. att det inte finns så många auskultationsplatser. ◀

För SPF:s utbildningsutskott
Raffaella Björck

Blomstrande privata hälsokliniker i Ryssland



Jag har gått läkarutbildning och en kort ST-utbildning under 1990-talet i St Petersburg. Detta var en väldigt speciell period i Rysslands historia, då Sovjetunionen precis hade upplösts och det hände stora förändringar, både i samhället och inom det vetenskapliga området. Denna utveckling pågår fortfarande, fast numera med ett helt annat tempo och med lite annorlunda riktlinjer. För mig som bott under så många år i Ryssland och där både studerat och forskat inom psykiatri har det känts extra spännande att hålla mig uppdaterad över utvecklingen.

En av mina klasskamrater sedan ST-utbildningen, Kirill, har sedan 2006 arbetat vid en mycket känd privat institution som heter "International Medico-Psychology Assembly Dr. Bermontal". Denna institution arbetar först och främst med psykoterapier, individuellt och i grupp, som behandlingsmetod mot fetma och övervikt, vilket är en högaktuell medicinsk problematik i Ryssland. Kirill har berättat mycket om de nya psykoterapimetoder som de själva arbetat fram och formulerat med hänsyn till den ryska mentaliteten och kulturen, med ett mycket bra resultat. Han har efter diskussion med sina chefer meddelat att de kan tänka sig inbjuda mig för ett studiebesök under 2 veckor där jag får möjlighet att delta i behandlingen av en grupp med 10-14 deltagare.

Jag har funderat på detta erbjudande under en längre tid och till slut tack vare hjälp från Johan Cullbergs stipendiefond lyckats förverkliga studiebesöket i juni 2009.

Kort om den ryska hälso- och sjukvården

Den ekonomiska situationen är ganska stabil och utvecklingen har fortsatt att vara stark tack vare det höga oljepriset.

Reformerna har tydligt tonats ned inom flera områden men mest på federala nivåer. På regionala nivåer finns dock tecken till fortsatt förändringsvilja. Medelklassen utvecklas och blir mer stabil.

Sjukvårdsreformen har tagit ny fart i och med en satsning på en mer kostnadseffektiv primärvård. Hälssituationen i Ryssland är dock fortsatt allvarlig och medför en förtida mortalitet. Som ett exempel kan nämnas att den förväntade medellivslängden för män i NV Ryssland, (förutom St Petersburg), ligger på runt 55 år. Mortaliteten beror fr.a. på folkhälsoproblem såsom alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, tobak samt olyckor (trafikolyckor, bränder samt genom drunkning). Den ryska regeringen har dock börjat uppmärksamma denna kris och har antagit en rad handlingsprogram t.ex. genom att förbjuda reklam för alkohol och tobak i vissa TV-kanaler, eller utökat stöd till familjer,

men krisen förefaller djupare än man tidigare trott.

De privata hälsoinstitutionerna har dock fortsatt att växa och utvecklas mycket tack vare den stabila ekonomiska situationen för medelklassen. Tusentals privata hälsoorganisationer har registrerats sedan 90-talet, vilka engagerar sig först och främst inom områden såsom stamatologi, kosmetisk kirurgi, behandling av alkohol/drogmissbruk, fertilitetskliniker, kvinnokliniker med BB-avdelningar samt kliniker för övervikt/fetma.

International Medico-Psychology Assembly Dr.Bermontal

En av de mest framgångsrika privata hälsoinstitutionerna är "International Medico-Psychology Assembly Dr.Bermontal".



Institutionen har idag ca 140 filialer i Ryssland, Kazakstan, Georgien, Armenien, Uzbekistan samt Moldavien. I firman arbetar mer än 150 psykiatriker med steg 1-terapiutbildning, 520 sjuksköterskor och dietister samt mer än 50 allmänläkare som sysslar med fysisk rehabilitering (massage, osteopati, dermatocosmetology).

Psykoterapimetoden

Experter vid kliniken anser att de flesta fall av övervikt uppkommer genom ett känslomässigt ätande i stället för att man äter gott och samtidigt kan njuta av maten. Man vänder sig till mat i olika typer av stressituationer, eller om man är på gott humör kanske man firar detta genom att äta fet mat (t.ex. hamburgare/pizza) medan man tittar på en rolig film. Om man istället har haft en svår dag kan man försöka att dämpa sina känslor och sin stress genom att äta som ett försök att muntra upp sig och koppla av. Med tiden leder det här beteendet till en daglig rutin som i sin tur leder till överätande och viktuppgång.

Diet, medicinering och flera andra behandlingar av övervikt fungerar ofta bra på kort sikt, dvs. man minskar snabbt i vikt men efteråt går man upp igen. Man behandlar inte de verkliga orsakerna till övervikten. Om man dessutom förbjuder människor att äta sin favoritmat för resten av livet så leder detta oftast bara till frustration.

En diet kan ta bort stora delar av livsnöjet och leda till att det blir mycket svårare att banta och gå ned i vikt. Förändrade kostvanor och ökad fysisk aktivitet minskar vikten för en kort tid, men undanröjer tyvärr inte orsakerna till ett överätande.

Bermontals metod försöker hjälpa människor att upptäcka sina egna resurser och att förstå vad som orsakar "suget" på mat och hur man kan lära sig att kontrollera detta.

Kliniken påstår att man kan erbjuda en typ av psykoterapi som ett hållbart och effektivt alternativ för t.ex. diet, som dessutom inte hindrar människor att äta sin favoritmat.

Dr Bermontals metod är en kombination av följande former av psykoterapi:

- Hypnos
- Dynamisk psykoterapi
- Psykoanalytisk psykoterapi enligt K Horney
- Kroppsorienterad psykoterapi
- Bioenergetisk analys
- Transaktionsanalys
- Kognitiv beteendeterapi
- Beteendeterapi
- Rationell psykoterapi
- Kognitiv psykoterapi
- Rationell-känsloladdad psykoterapi
- Humanistisk psykoterapi
- Kundorienterad psykoterapi
- Existentiell psykoterapi
- Psykodrama
- Positiv Psykoterapi
- Psykosyntes
- Transpersonell psykoterapi (genom djupandning, enligt Rebirthing)
- Konstterapi
- Musikterapi

Metoden består i att man genom individuell- eller grupppsykoterapi försöker nå följande mål:

- Identifiera och upptäcka orsakerna till sin övervikt
- Skapa ett nytt ätbeteende
- Hantera stressiga situationer som leder till överätande
- Hantera sin aptit, identifiera "falsk aptit" och lära sig hantera den
- Genom hypnos påverkas att tro att magsäcken minskat och att man därför inte behöver äta samma mängd mat som tidigare
- Information om kroppens metabola processer
- Hitta andra sätt att njuta av livet
- Motivera till viktninskning
- Påverka/påskynda själens egen rytm till viktninskning (genom hypnos)

- Hitta somatiska sjukdomar relaterade till övervikt, t ex hypotyreos
- Utbildning om kroppsliga förändringar som sker under och efter en viktminskning
- Estetisk information

Jag närvarade under en stor del av behandlingsprocessen i en grupp och hade möjlighet att prata fritt med deltagarna. Deltagarna var "vanliga människor" d v s lärare, sjuksköterskor, hemmafruar, egna företagare osv. Kostnaden för hela behandlingsperioden uppgick till cirka 5 000 kr vilket en medelinkomsttagare klarar utan större problem.

Innan kursen måste deltagarna träffa en expert för att få reda på vilken metod som passar just honom/henne. Man testas genom ett speciellt utformat dataprogram.

Viktminskningsprogrammet är uppdelat i två faser:

1. Psykologisk utbildning för normalisering av ätbeteende mha psykologer och psykoterapeuter
2. Rehabiliteringsprogram för att minska i vikt mha läkare, osteopat m.å.

Den psykologiska delen av metoden består av fyra obligatoriska gruppmöten á 4,5 timmar per vecka, därefter uppföljning efter en, två resp. fyra månader.

Rehabiliteringsprogrammet siktar fr.a. mot att behandla de eventuella konsekvenserna av en viktminskning, t.ex. att eliminera svullnad och förbättra lymfödet.

Under *Lektion 1* försätts klienterna i ett hypnotiskt tillstånd med hjälp av tal och musik i en halvmörk, mystisk miljö. Man försöker övertyga klienten att denne har genomgått en metabolisk process som ökat tonus i magen (magsäcksreduktion!), vilket leder till minskad aptit. Via denna metod blir man mätt av mindre mängd mat. (Jag kan erkänna att hypnosen har fungerat även på mig... åtminstone ett tag!!). Deltagarna får sedan hemuppgifter.

Lektion 2: Genomgång av hemuppgifterna.

Man lär klienten skillnaden mellan "hunger" och "aptit", man lär sig självkontroll samt att lura den falska aptiten.

Man lär sig även en unik andningsteknik som ökar ämnesomsättningen och motverkar stress som annars dämpas genom ökat matintag. Nya hemuppgifter.



Lektion 3: Genomgång av hemuppgifterna.

Man lär sig mäta kalorier hos olika sorters matprodukter. Hur man skall handla maten, laga och äta den. Man lär sig om människans fysiologi samt hur matprocesserna påverkar kroppen. Nya hemuppgifter.

Lektion 4: Genomgång av hemuppgifterna. Man lär sig att minska vikten på sina egna villkor och utan större ansträngning. Mindfulnessutbildning och träning.

Vid kursens avslutning utformas ett individuellt schema för psykisk och fysisk rehabilitering enligt klinikkens mångåriga rutiner och erfarenheter av viktminskning. Klienterna erbjuds delta både enskilt och i grupprådgivning. Detta kan utföras även genom erfarna experter i ett onlineforum via Internet. Deltagarna i programmet kan när som helst komma i kontakt med kliniken för rådgivning eller beställa tid hos en specialist.

Ett oplanerat besök vid en akutpsykiatrisk mottagning

Vid en kvällspromenad i St Petersburg upptäcker jag en akutpsykiatrisk mottagning – akutmottagning nr 10 (det finns 12 i St Petersburg) - och gör ett oplanerat besök.

Vad jag fann anmärkningsvärt var att det inte fanns några patienter på mottagningen. Jag fick träffa jourläkaren, det visade sig att denna utbildat sig vid samma medicinska institut som jag och samtalet fick en mer inofficiell karaktär.

Det är inte så många som söker akutpsykiatrisk vård t.ex. för depression eller ångestproblematik. Det finns fortfarande en rädsla hos befolkningen att den som söker vård eventuellt kommer att tvångsvårdas och därigenom hamna på en sluten psykiatrisk avdelning, vilket vore mycket dramatiskt för individen, mycket beroende på erfarenheter från det gamla systemet.

Psykiatriska akutteam åker istället i hög utsträckning på hembesök för att utföra bedömningar gällande t.ex. tvångsvård, psykosgenombrott, drogutlösta psykos, självmordsrisk hos suicidnära patienter. Många med affektiva sjukdomar självmedicinerar i hög grad genom att vända sig till kyrkan eller ibland farliga religiösa sekter, eller använder sig av alkohol/droger, vilket i sin tur leder till försämring av det redan dramatiska läget vad gäller missbruksproblematik hos invånarna.

Planerat besök vid en privat beroendeklinik – Bechterov

Jag gjorde också ett planerat besök vid en privat beroendeklinik på uppdrag av min verksamhetschef Tommy Strandberg vid Beroendecentrum i Örebro, för att titta närmare på hur beroendevården fungerar där samt skapa kontakter för ett erfarenhetsutbyte länderna emellan. Under besöket träffade jag chefsöverläkare och verksamhetschef och fick mycket givande information och kunskap från dem hur man diagnostiserar och hanterar beroendesjukdomar i den offentliga och privata sektorn. De beskrev också svårigheterna som finns där vilka till stor del beror på byråkratin, otydliga rutiner och lagstiftningen.

Kontakten med kliniken pågår fortlöpande och vi hoppas på ett utökat samarbete i framtiden.

Studiebesök vid Beroendecentrum i Örebro juli 2010

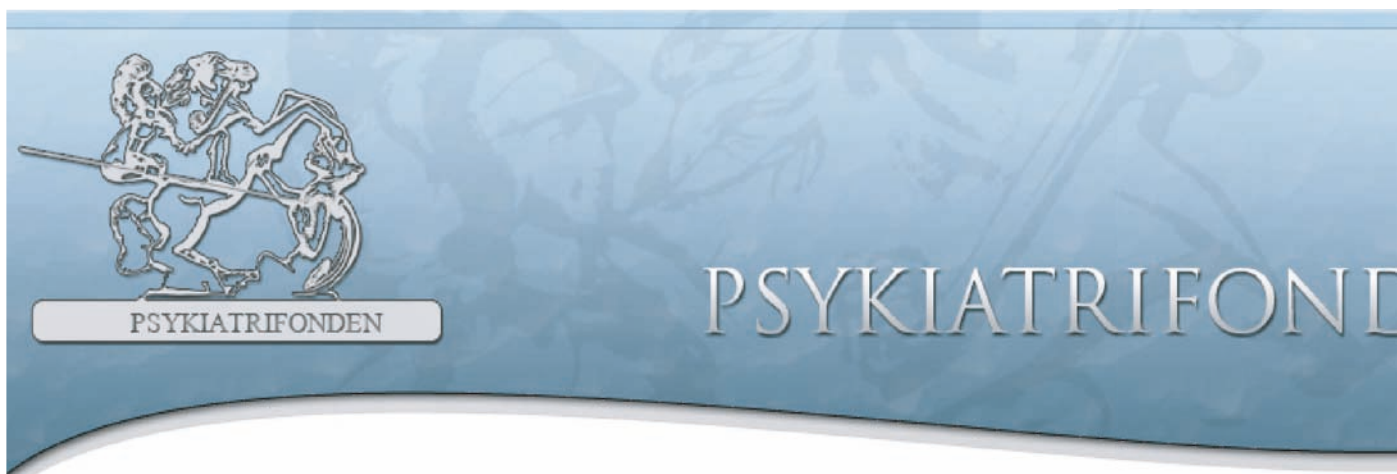
Grundaren för "Dr Bermontalkliniken" Andrej Bobrowski har tillsammans med 4 kollegor under sommaren varit på ett studiebesök vid Beroendecentrum i Örebro efter att ha avslutat en vistelse vid en internationell kongress i Stockholm i ämnet övervikt. De hade ett önskemål om att få besöka en sjukvårdsenhet i Sverige för att skapa sig en bättre bild över hur sjukvården fungerar här. De blev imponerade över vårt sjukvårdssystem samt hur vi behandlar våra patienter. Vårt system har blivit en förebild för dem och det finns en önskan/dröm hos dem att det ryska offentliga sjukvårdssystemet någon gång i framtiden kan nå den kvalitet som finns här i Sverige.

Avslutningsvis vill jag tacka Johan Cullbergs stipendiefond för möjligheten jag fått att genomföra studiebesöket vilket varit mycket givande. Jag är övertygad om att det finns mycket unika kunskaper och erfarenheter i andra länder som bör utforskas och på sikt användas även här i Sverige. Jag rekommenderar därför andra ST-läkare att försöka utnyttja möjligheter till liknande studiebesök. ◀

Abbas Kazeminegad
Specialist i psykiatri, överläkare
Beroendecentrum Örebro

Foto: Abbas Kazeminegad





Bli medlem i Psykiatrifonden!

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

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

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

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



Kognitiv revolution av suicidpreventionen

Artikeln trycks med tillstånd av Sokraten, som utges av Svenska föreningen för Kognitiva och Beteendeorienterade Terapier, SfKBT, som tidigare publicerat den. Några smärre modifieringar har gjorts i denna version. Intervjun är gjord av Ewa Mörtberg.

Ewa: En revolution inom suicidpreventionen! Vad menar du med det?

Jan: Aaron Beck gjorde en revolutionerande upptäckt på 1960-talet: Man kan tänka sig till en depression! Detta har påverkat hela sättet att förstå psykiska sjukdomar. Senaste tillskottet är en fördjupad förståelse av ångestsyndromen. Nu har turen kommit till förståelsen av suicidalitet, dvs. att tänka på, fantasera om, planera och genomföra suicidförsök och suicid. *Man tänker sig också till ett suicid!*

Modeller

Vi psykiatrer ser suicidalitet i alla dess former som symtom på psykisk sjukdom, särskilt depression, enligt den *psykiatriska sjukdomsmodellen*. Det är naturligt och funktionellt. Diagnostik och behandling av psykiska störningar är vårt jobb. Psykisk sjukdom är en viktig riskfaktor, liksom tidigare suicidförsök. Modellen har därför kompletterats med den *suicidala processen*. Den används också för riskbedömning; dock av mer suicidnära faktorer, vilket är en klar förbättring. Dock: Genom att tala om suicidtankar som symtom eller signaler undviker man den smärtsamma konfrontationen med att patienten faktiskt vill dö – åtminstone i vissa stunder. Detta är samtidigt ett undvikande beteende, en form av tabuering. *Man talar om något annat än det saken gäller*. Många suicidala personer känner sig därför oförstådda och kränkta.

Förmågan att bli nedstämd ingår enligt Beck i den normala psykologiska repertoaren. Den har ett tydligt överlevnadsvärde. Från att ha varit ett passivt ööer för en depression eller "fått" suicidtankar (Varifrån? Från vem?) blir patienten en fullvärdig samtalspartner, en aktör, som både "deprimerar sig" och ibland tänker på suicid. En samtalspartner som både kan förstå och hantera sina egna reaktioner. Beck visade hur vi kan lyssna till och utveckla patientens unika *inre språk*, hans/hennes sätt att tala om och förstå depression och suicidalitet. Han anvisade också vägar för att dekonstruera dysfunktionella scheman, som vidmakthöll depression och ångest, och modifiera dem så de fungerar bättre. Samma angreppssätt vidgar nu vår förståelse av suicidalitet. Det är en fröjd att få vara med i denna revolution. Häng på!

Ewa: Hur anser du att forskare inspirerade av kognitiv psykoterapi bidragit till vår förståelse av suicidalitet?

Jan: Genom att se suicidalitet som en kognitiv process med överlevnadsvärde. Men som också kan övergå i livsfarlig patologi. Om en person tänker på suicid ses det traditionellt som uttryck

för patologi. I själva verket tänker vi alla då och då på suicid. Det är helt normalt. Tankarna dyker snabbt upp när vi är i trångmål. För den som är handlingsförlamad av olösliga problem, av ångest och depression, kan tanken på suicid som en "plan B" ge fortsatt hopp. Att tänka sig ett slut på plågan gör att förlamningen släpper. Det blir möjligt att gå ett steg till. Att tänka på suicid fungerar som en varningsklocka: Lös dina problem nu – annars kan du dö! Rädslan för döden kan också ge ökad energi och mer radikala lösningar. En skilsmässa kan vara ett mindre ont än att ta sitt liv. Tankar på suicid är därför i grunden funktionella och har ett överlevnadsvärde. Det finns således både *normal* och *patologisk suicidalitet*.

Skilj mellan suicidalitet och psykisk sjukdom

Det viktigaste framsteget är att begreppsmässigt skilja suicidala processer från andra symtom på psykisk sjukdom. Aaron Beck tog första steget genom att peka på kognitionernas roll i vår livsplanering. Mark Williams fortsatte. Han visade att alla symtom vid återkommande depressioner varierade kvalitativt och kvantitativt utom koncentration ($p < .05$) och suicidtankar ($p < .001$). Suicidtankarnas större konstans beror på deras kognitiva karaktär, till skillnad från de öesta andra symtom på depression, som är förankrade i känsla och kropp.

De suicidala kognitionerna kan positivt stimulera problemlösningarna. Men det kan gå fel. När medvetandet är uppfyllt av tankar på livets meningslöshet och döden som en närliggande men skrämmande möjlighet, kan det vara svårt att koncentrera sig på andra problem. Förmågan att lösa problemen försämras i stället för att förbättras. Suicidaliteten har blivit dysfunktionell, blivit patologisk. Övergeneralisering i stället för konkret och specifikt tänkande skyddar mot smärta men försämrar copingstrategierna. Personen ägnar sig åt suicidalt ältande (ruminering), som inte löser några problem. I stället utvecklar hon bilder och tankar kring hur suicidet skall gå till, *flash forwards*. Tid, plats och metod övervägs och fastställs. Så småningom utvecklas ett "suicidal mode", ett komplex av tankar, känslor, kroppsreaktioner och handlingsberedskap. Vid påfrestningar, t.ex. en alldaglig besvikelse eller att lyssna till sorgen musik, kan detta suicidal mode explodera i ett suicidförsök eller ett suicid. Suicidala handlingar kan således utlösas av mycket små stimuli, triggers. Detta öppnar för ett *olycksfallsperspektiv* på suicidalitet. Personen blir överväldigad av emotionella krafter, på samma sätt som hon i en vanlig olycka, t ex i trafiken, blir överväldigad av fysiska krafter. I dessa ovanliga och påfrestande situationer räcker inte längre hennes sunda suicidala kognitioner till för att driva fram en problemlösning, kognitionerna är insuñcienta.

Stora delar av livet undandrar sig vår kontroll. En fördel med att inse att vissa suicid helt enkelt är olycksfall är också att skuldbördan minskar för närstående och vårdgivare.

Praktiskt skall den suicidala processen skiljas från den psykiska sjukdomen genom att man tar upp skilda sjukhistorier. Detta är enda möjligheten att förstå samspelet mellan patologisk suicidalitet och psykisk störning. Suicidförsök och suicid uppträder nämligen inte nödvändigtvis när patienten är som mest sjuk. De kan uppträda när som helst under en depressiv process. Patienter med schizofreni å andra sidan tar ofta livet av sig i en relativt frisk period, då de inser vad sjukdomen medför. För att kunna se hur dessa två processer samverkar hos den enskilda patienten och för att upprätta en *individuell suicidpreventiv plan*, måste man analysera dem var för sig.

Bassuicidalitet

Vi måste dessutom lära oss skilja mellan akut episodisk och basal suicidalitet, dvs. den risknivå den suicidala personen återvänder till när episoden gått över. Risker för framtida plötsliga suicid påverkas av om personen i lugnt skede inte alls tänker på suicid, om hon vagt och svängande av och till tänker på suicid eller om tankarna är tvångsmässiga eller till och med intrusiva. Detta kräver en noggrann analys av tidigare suicidalitet samt fungerande och icke fungerande coping-strategier. Fokus förskjuts från sena delar av den suicidala processen till dess början. Ambitionen bör vara att tidigt bromsa den suicidala processen, så den inte blir patologisk och livsfarlig.

Ewa: Vilken roll tror du att ångest spelar i uppkomsten av suicidalitet?

Jan: Mycket större roll än vi hittills förstått.

Det stora intresset för depression har gjort att ångesten kommit i bakgrunden. "Så bra att patienten "bara" har ett ångestsyndrom – då är det ingen risk för suicid!" Så är det ju inte! Flera nya epidemiologiska studier har visat att ångestsjukdom är en självständig riskfaktor för suicid. När man lärt sig urskilja den episodiska suicidaliteten med dess snabbt stigande ångest med av patienten skattad hög suicidrisk, ser man likheten med ångestattacker. Ångest, depression och kränkningar är budskap till personen själv från henne själv om problem hon måste hantera. Sker inte det kommer suicidtankarna som nästa varningssignal. För både ångest och episodisk suicidalitet måste man utröna vad som är specifikt, dvs. vad som i första hand skall angripas med kognitiva tekniker.

Ewa: Menar du fortfarande att vissa suicidförsök och suicid kan ses som psykiska olycksfall?

Jan: Ja, det menar jag – olycksfallsperspektivet kommer att växa sig allt starkare. Ett exempel är Helena Rådbos avhandling om järnvägssjälvsmord. Den visar att suicid och olyckor kan förebyggas med samma metoder.

Intention?

Centralt i definitionen av suicid är närvaron av avsikt, intention. Centralt i definitionen av olycksfall är frånvaron av intention. Ingen rår för ett olycksfall! Kan då suicid vara olycksfall? Denna teoretiska fråga oroade mig i början av 1980-talet.

En likhet såg jag snart. Om jag försköt tiden för handlandet från själva olycksfallet eller suicidet till tiden närmast *före* dessa händelser visade det sig att både de som dör i olycksfall och de som dör i suicid fattar beslut som påverkar utgången. Exempel: Tidig morgon efter en blöt fest. En man ser ut genom fönstret och konstaterar att det är snöigt och halt. Han minns att han inte hunnit reparera bilens bromsar. Men – han måste ju ta sig till jobbet! Han väljer bilen trots dessa varningsklockor. I en skarp och hal kurva möter han sedan en långtradare med hög hastighet som kommit något över på hans sida. Hans framlober, hans kognitioner, arbetar intensivt för att försöka hantera situationen, men misslyckas. De räcker inte till. En *kognitiv insufficiens* i just denna mycket speciella situation. Har han många personer i bilen blir det en fruktansvärd katastrof.

Jämför detta med en 20-årig pojke vars tjej just gjort slut. Som en riktig karl talar han inte med någon om detta. Han söker inte heller vård för sin lätta men otvetydiga depression. Däremot dricker han öl med kompisarna varje fredagskväll och blir då suicidal. Två kvällar lyckas de tala honom till rätta. Tredje kvällen sker något oväntat. En av kompisarna boxar till honom i bröstet. Halvt på allvar, halvt på skämt. Han vänder sig om. Springer till bilen en bit därifrån, tar ut repet ur bagageutrymmet och försvinner in i skogen. Kamraterna upptäcker att han är borta och springer efter. Men det är inte så lätt att hitta någon i skogen. När de finner honom är han redan död genom hängning. Hans kognitioner räckte inte till för att bemästra den hotfulla situationen. Han hade en kognitiv *insufficiens* i denna för honom ovanliga och påfrestande situation. Ingen av dessa två ville egentligen dö. Men var och en av dem fattade minst tre viktiga beslut som ökade risken.

Spricka mellan krav och prestationsförmåga

Är det möjligt att närmare förstå innebörden i begreppet kognitiv *insufficiens*? Ett sätt är att analysera livshotande situationer utifrån ett krav-prestationsperspektiv. Vanligen har vi en bred marginal mellan krav och prestation. Men ibland stiger kraven plötsligt. Fysiska olycksfall kan uppfattas som en situation när plötsliga intensiva fysiska krav från yttvärlden överstiger personens förmåga att snabbt anpassa sig, t.ex. ett plötsligt möte med en långtradare i en hal vägkurva. Suicid kan på samma sätt uppfattas som en situation när plötsliga intensiva emotionella krav överstiger personens förmåga att snabbt anpassa sig, t.ex. när tjejen gör slut. I ingetdera fallet klarar kognitionerna att hantera en extremt ovanlig och påfrestande situation. Detta är också gemensamt för vissa olycksfall och vissa suicid.

Levande aktör

Vad jag gjorde då på 1980-talet var att jag försköt frågan från det av andra antagna syftet med handlingen, till personens egna faktiska beslut. Personen förvandlades därmed från ett passivt objekt till en levande aktör. Den absoluta gränsen mellan olycksfall och suicid

blev mer flytande. Psykiatri har traditionellt en tendens att se patienten som ett passivt objekt för variationer i sina biologiska substanser, t.ex. sina transmittorer. Hon "får" en depression, hon "får" suicidtankar. Därmed försvagar psykiatern patientens inre locus of control och försvårar för henne att kontrollera sin turbulenta amygdala. Därför var det en sådan glädje för mig när jag i början av 1990-talet kom i kontakt med först Emmy Guts och sedan Aaron Becks tankevärld. De såg depressionens normala och nyttiga funktioner och återställde därmed patientens förmåga att påverka sin situation. Detta tar sig allt tydligare samhällsliga uttryck. SPES och NSPH:s ökade inflytande på utformningen av den psykiatriska vården är exempel på detta.

Forskning om suicidala episoder

I projektet SCREAM, Suicidal Cognition's Reliability and Error Analysis Method, försöker nu jag och några kollegor förstå vad som händer under akuta suicidala episoder. Om patientens suicidalitet inte fungerar som varningsklocka, om man inte kan lita på hennes friska suicidalitet, då måste forskaren utforma specifika undersökningsmetoder för att begripa vad som gått galet. Jag är övertygad om att olycksfallsperspektivet i framtiden kommer att generera mer innovativ forskning. Redan nu kan det användas i kliniken. Den individuella suicidpreventiva plan som bör upprättas för varje suicidal patient behöver ta större hänsyn till faktorer i hennes omgivning, särskilt till hennes livsfarliga triggers. Genom att olycksfallsperspektivet stämmer mer med verkligheten lindrar det också närståendes överdrivna skuld efter ett inträffat suicid.

Ewa: Utmaningar för framtida forskning?

Jan: Nu börjas det. Det mesta är gjort.

Viktigast är att fördjupa förståelsen av suicidalitet genom den forskningsmetod, som Aaron Beck, David M. Clark, Paul Salkovskis m.fl. använder. De försöker fånga upp *det centrala* i ett fenomen, t.ex. i olika ångesttillstånd. De definierar noga varje begrepp, försöker förstå hur de relaterar till varandra, testar dessa relationer vetenskapligt, skapar en modell, testar den på mindre grupper och vidareutvecklar den innan det är klart för kliniska prövningar och till sist randomiserade controlled trials, RCT. På så sätt har de skapat en vetenskapligt robust och kliniskt handfast kognitiv psykoterapi. Denna lär varje patient vad just han/hon främst behöver. Det är all denna evidens som gör oss trygga i vårt terapeutiska arbete och som också bör tillämpas på suicidalitet, där behovet av trygghet är som störst. I senare DSM-revisioner tror jag man kommer att uppmärksamma skillnaden mellan normal och patologisk suicidalitet och införa det senare som ett specifikt syndrom.

Ökad forskning kommer vidare att ge oss möjligheter att nyansera begreppet suicid. I första hand bör eutanasi och skärningar avskiljas som egna områden. Andra undergrupper kommer kanske vara kopplade till ångest, depression och

kränkningar, således ångestsuicidalitet, depressionssuicidalitet och aggressionssuicidalitet. Det blir flera olika modeller på samma sätt som vid andra psykiska störningar. Detta kommer att generera ökad förståelse, mer exakt diagnostik och mer specifika åtgärder. Vi behöver också *suicidpreventiva laboratorier* för forskning och klinik som kan göra allsidiga undersökningar med biologiska och psykologiska metoder. På dessa skall patienterna kunna utveckla sina copingstrategier, sedan suicidaliteten i lugnt skede provocerats fram. På så sätt kan den suicidala personen få undersöka och lära känna sin egen suicidalitet under trygga omständigheter.

Ewa: Kliniska implikationer?

Jan: Implikationerna är många och genomgripande.

- Patienten bör redan från början aktivt medverka i undersökningen av sin suicidalitet, enligt *tvåforskar-modellen*, dvs. ett respektfullt samarbete på jämlik nivå kring det för tillfället viktigaste problemet: patientens önskan att ta sitt liv. Då lyfts hon omedelbart ur sin isolering in i en gemenskap, från ett föraktat offer till en respekterad aktör. Det första mötet är därför det ur suicidpreventiv synpunkt viktigaste.
- Glöm aldrig att det är patienten som tänker på suicid. Det är till sist hon/han som bestämmer över liv och död. I det avgörande ögonblicket behöver hon ha omedelbar tillgång till sina copingstrategier för överlevnad.
- Börja gärna med mikroanalyser av enskilda suicidala episoder, men börja med de svagaste, minst riskabla episoderna. Lär patienten redan första gången minst en kognitiv teknik som gör det lättare att hantera ångest och suicidalitet.
- Skilj mellan olika nivåer av baslinjesuicidrisk.
- Arbeta tillsammans med patienten fram en personlig suicidpreventiv plan, baserad också på risken för "psykiska olycksfall" med olika coping-strategier kopplade till olika situationer.

Suicidala personer ställer frågor om livets mening och värde. Detta för människor närmare varandra. De kommer att bidra till en djupare förståelse av människans natur. Därför är det intressant och utvecklande att arbeta med suicidprevention i patientarbete och även mer generellt. Det är glädjande att förståelsen av dessa problem växer alltmer. ◀

Referenser/lästips finns på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se



STYRKA SOM SKAPAR STABILITET I LIVET

AstraZeneca Nordic, 151 85, Södertälje, Sverige, tel: +46 (0) 8 553 260 00.



Referenser: Kahn et al J clin psychiatry 2007;68(6):832-42, Peuskens et al psychiatry 2007;november:34-50, Cutler et al. Poster presented at the 8th Annual International Review of Bipolar Disorders Conference, April 14-16, 2008, Vieta et al. Curr Med Res Opin. 2005;21:923-934, Suppes et al. J Affect Disord. 2010;121:106-115, Paulsson et al. Poster presented at the World Psychiatric Association International Congress 1-4 April, 2009, www.fass.se

Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2010-06-22. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Behandling av måttliga till svåra maniska episoder och egentlig depressionsepisod vid bipolär sjukdom. Underhållsbehandling för att förhindra återfall i skov vid bipolär sjukdom hos patienter som tidigare svarat på behandling med quetiapin under maniska eller depressiva episoder. Schizofreni. Underhållsbehandling för patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dosering, en gång per dag, till natten: Vid bipolär depression 300 mg (insättning på fyra dagar; 50 mg dag 1, 100 mg dag 2, 200 mg dag 3, 300 mg dag 4). Vid bipolär mani och schizofreni 600 mg (insättning på två dagar; 300 mg dag 1, 600 mg dag 2). För fullständig information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.

AstraZeneca AB AstraZeneca Sverige 151 85 Södertälje Tel 08-553 260 00 www.astrazeneca.se www.compaz.se



Att uppfinna sjukdomar

Försummar din partner er familj? Finns hon inte längre till hands när du behöver henne? Har hon ett onaturligt stort intresse för sin trädgård? Går hon alltid omkring med några snittblommor i handen? Vaknar hon mitt i natten och sluddrar fram latinska namn på örter? Har hon ständigt nya projekt vad gäller planteringar? Får du inte den uppmärksamhet av henne som du är värd? Tittar hon på mer än ett trädgårdsprogram i veckan? Gräver, ansar och sår hon i en ryslig fart? Använder hon ord såsom woodland, tvåstegssekatör, perenner och plantlådor på ett otvunget sätt? Har hon tagit Voltaire's uppmaning att odla sin trädgård alltför bokstavligt?

Svaret kan vara att din partner är trädgårdsmissbrukare. Ja, så illa kan det vara. Kanske till och med en tung missbrukare, helt nere i myllan. Men oroa dig inte, vi vet nu mycket mer om detta. Förut visste man ingenting om detta, absolut nada. Vi visste inte ens att trädgårdsodling kunde vara ett missbruk, men nu vet vi bättre, mycket bättre, kanske till och med bäst, om vi får säga det själva. Det har visat sig att de som spenderar sjukligt mycket tid i trädgården, mer än 10h i veckan, har en form av mycket liten hjärnskada, faktiskt så liten att man inte kan se den, inte ens med ett jättejättestort mikroskop. Men vi vet ändå att det är så, för det måste vara så, för neurologiska förklaringar är på sådan grundläggande nivå att det så att säga är grunden för allt. Men oroa dig inte, du behöver inte fundera över varför det har blivit så här. Vi har ett litet, litet piller som går så lätt att svälja. Sedan är det som att problemet aldrig funnits. Du får tillbaka din kvinna, visserligen lite sederad och bläck - men vadå - bättre det än ute i trädgården där du inte har någon nytta av henne. Denna pressrelease från något stort läkemedelsföretag har ännu inte dykt upp, men det kommer att ske, sanna mina ord, det kommer att ske.

1 Termen som föreslagits lyder hortolism, och de som aktivt missbrukar, i linje med det föreslagna begreppet, hortolist. De preliminära rapporterna om problemets utbredning tyder på att fler kvinnor lider av det än män, därför har vi här använt det kvinnliga pronomet genomgående när vi talar om missbrukaren.

Känslor såsom rädslor, oro, nedstämdhet och blyghet har de redan gjort till sjukdomstillstånd. Intressen såsom rusdrycker, spel och sex, se t ex Tiger Woods-historien, inordnas nu också under sjukdomsbegreppet. Snart också trädgårdsmissbruk (1), eller vad som än uppslukar folk på ett "ohälsosamt" sätt. Snart har de erövrat hela vår mänskliga tillvaro, allt är förklarat, allt benämns enligt den enkla kategorin sjukt/friskt. När DSM-V (2) släpps 2013 går ingen säker, enligt ryktet har den nu växt till ett monster.

Beware of the DSM, it's coming to get you!

De medföljande pillrena kommer sedan till ett apotek nära dig. Utskrivna av någon mindre nogräknad medikofilare, för att tala med Strindberg. Människan har blivit fråntagen sin individualitet, sin komplexitet och ansvaret för sitt liv, tjolahopp, så var det med det. Ännu några överblivna piller har funnit sin åkomma (3) . ◀

Anders Almingefeldt
Leg psykolog
Alingsås

Foto: Shutterstock

2.Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders ges ut av American Psychiatric Association och är den handbok i psykiatrisk diagnostik som används mest i Sverige. Den femte reviderade upplagan är på väg. Manualen syftar till att vara en teorilös och allomfattande - hur nu det är möjligt - katalog över mänskligt lidande.

3. För att parafrasera den italienske dramatikern Luigi Pirandello som skrivit en pjäs med titeln "Sex roller söker en författare" (1921).

Värnandet om en idé

"Psykiatrins dr Che Guevara" har han kallats, Filipe Costa, som i somras slutade efter 25 år som färgstark verksamhetschef inom psykiatri i södra Stockholm.

Från 1986 och fram till Psykiatrireformen drev han landets enda fullt utvecklade socialpsykiatriska klinik. Utifrån de ramar som givits har han sedan fortsatt att arbeta efter sin vårdideologiska övertygelse, och har stuckit ut som ett annorlunda alternativ i Stockholms och Sveriges psykiatri.

Han har blivit älskad av patienter och medarbetare, men även på vissa håll blivit betraktad som en ytterst kontroversiell person.

Till detta nummers tema kändes det självklart att be om en intervju. Jag träffade honom på hans gamla arbetsplats och bad honom berätta.

Barndom och tonår i ett Moçambique präglad av fattigdom, rasism och kolonialism. Därefter läkarstudier och politiskt engagemang i Portugal, då en diktatur. På snirkliga vägar hamnade han i mitten av 1970-talet i Sverige. Här fann han det svårt att finna sig tillrätta bland arbetskamrater som mest "talade om segling och bilar". Istället engagerade han sig för de mest marginaliserade dvs. de psykiatriskt långtidssjuka patienterna - det är hos dem han alltid haft sitt hjärta.

I Sverige utbildade han sig till specialist i psykiatri genom att tjänstgöra inom narkomanvård, i Nackaprojektet och på det gamla mentalsjukhuset Långbro. Var han än kom så försökte han att hitta alternativa sätt att arbeta. På Långbro ordnade han kollektiva städ- och matlagningsgrupper där patienter och personal hjälptes åt, gemensamma promenader mm.

Från mentalsjukhus till kvarterspsykiatri

Under 1980-talet genomfördes sektoriseringen men i praktiken handlade det om att enbart öppenvården förlades ute i kommunerna. Avdelningarna fanns däremot kvar på sjukhus, skillnaden var att de efterhand flyttade från mentalsjukhusen till kroppssjukhusen. Filipe Costas beskrivning av detta är att "man bara flyttade på den medicinska maktstrukturen och den rådande kulturen till nya lokaler".

Stockholm fick 27 sektorskliniker och 1986 utsågs Filipe till chef för en av dem. Det var Enskede-Skarpnäck, två områden i södra Stockholms kommun.



Foto: Håkan Elofsson

Han inledde sin karriär som chef med att lägga ner kliniken på Långbro, och flytta ut den till bostadsområdena, och därigenom inrätta en socialpsykiatrisk inriktad sektorsklinik. Det var den första sektorn som lämnade mentalsjukhuset helt och hållet och till skillnad från andra har han aldrig förlagt sina enheter i anslutning till sjukhus.

Det var svårt att hitta lokaler för den nya kliniken men Filipe cyklade runt i bostadsområdena till dess han fann vad han sökte. Det blev Ekbacken och Skarpa, två stora hus där integrerad öppen- och slutenvård kunde bedrivas. Så småningom kunde man även starta en egen jourverksamhet dygnet runt.

Tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet var grundläggande begrepp. Patienterna sågs som medborgare som alla andra - men i behov av stöd - inte som "objekt för behandlingsinsatser".

Patienten skulle inte bollas mellan olika vårdgivare och enheter, utan personalen skulle följa patienten. De skulle vara "sällskapsresenärer" i sina patienters liv. Filipe brukade för sina medarbetare poängtera att "Ni är inte anställda för att bota. Ni är anställda för att vara med patienterna, vara vägvisare åt dem".

På kliniken drevs man av en vilja att ge patienterna ett bättre liv, inte bara bättre vård. Verksamheten omfattade därför även boenden och sysselsättning.

Det fanns 14 kollektivboendeenheter i Enskede och Skarpnäck där patienterna kunde bo med stöd av personal. Vidare fanns det 160 arbetsplatser såsom jordbruk, bageri, restaurang och syateljé; där patienterna kunde sälja sina egna produkter. Det fanns träökar och samarbete med ABF och folkhögskolor. Man gjorde utrykter till Italien och Mallorca. Patienterna "växte".

Efterhand kunde man skära ner antalet slutenvårdsplatser från 160 till 50.

Filipe avvecklade så småningom Skarpa och Ekbacken. Slutenvården skulle flyttas ut till lägenheter där t.o.m. LPT kunde bedrivas med Socialstyrelsens tillstånd. Begreppet kvarterspsykiatri lanserades.

Ändrade förutsättningar

Tiden med Enskede-Skarpnäck var "gulderan". Dock var kliniken tämligen ensam om sitt arbetssätt. Psykiatrireformen i mitten på 90-talet kom som en reaktion på att det inte skett någon radikal förbättring för patienterna efter sektoriseringen. Kommunerna fick överta ansvaret för det psykosociala arbetet, för boende och sysselsättning. Detta var bara att kringgå problemet, menar Filipe.

Man gjorde dock ett undantag för Enskede-Skarpnäck det första året efter reformen. De fick sköta det psykosociala arbetet på entreprenad åt några av socialdistrikten.

Denna överenskommelse tog slut i samband med de stora budgetnedskärningar som drabbade södra Stockholm, 80 miljoner skulle sparas. Tre kliniker slogs samman pga. det ekonomiska läget. Detta var den första sammanslagningen av många i Stockholm. "Onödigt" enligt Filipe. Det blev han som utsågs till verksamhetschef för den nya kliniken, Psykiatri Södra. Motståndare till centralisering som han alltid varit behöll han sektoriseringen. Den nya kliniken delades in i tre geografiskt avgränsade delar med varsin egen jour- och öppenvårdsmottagning och en socialpsykiatrisk enhet för integrerad öppen- och slutenvård. Därutöver finns några gemensamma resurser som t.ex. den största psykoterapienheten i Norden. Man har fortsatt att prioritera kontinuitet och att arbeta med patienten i dennes miljö så långt möjligt. 2006 gjorde kliniken ensam 53 % av alla hembesök inom Stockholmspsykiatri.

Dock drar han sig för att kalla detta för socialpsykiatri, det är i så fall en "amputerad form".

Systemet med behandlingsansvariga

När jag för drygt 20 år sedan gjorde AT i Stockholm sa ryktet att de stackare som blev placerade på Enskede-Skarpnäcksektorn blev satta att städa toaletterna... All personal skulle hjälpas åt med alla arbetsuppgifter sades det.

Så var det ju inte, men Filipe Costa har gjort sig känd för att lyfta fram alla personalkategorier, de erbjuds utbildningar och möjlighet att utvecklas i sitt arbete. Alla, oavsett yrke, har efter utbildning kunnat bli behandlingsansvariga (på senare år har man övergått till begreppet Case Manager), något som många i läkarkåren betraktat som minst sagt utmanande.

Kliniken har skapat sina egna utbildningar. Personalen får först gå en grundkurs på två terminer, motsvarande totalt 15 högskolepoäng. Efter några års arbete kan man gå ytterligare 2 terminer på 15 poäng, och sedan få delegation att bli behandlingsansvarig/Case Manager.

Relationen är viktigast

"När personalen utvecklas, utvecklas även patienterna, det blir en parallellprocess" menar Filipe. Samtidigt poängterar han att han sätter mänsklig förmåga framför kunskaper hos personalen. För 20 år sedan struntade han i diagnoser, det intressanta var och är hur man förhåller sig till patientens behov, hennes symtom. Relationen är viktigast. Han brukade rekommendera unga läkare att läsa Kafka och Dostojevskij istället för diagnosböcker.

"Unik i Sverige, unik i ett internationellt perspektiv.

Att vara pionjär är att skapa inom ett nytt område. Det är ord som passar bra på Filipe Costa"

Nya tider

Men tiderna har förändrats och nu måste man sätta diagnoser och skriva vårdplaner och räkna pinnar för att inte bli av med pengar i klinikbudgeten. Vården har blivit byråkratiserad men patienten får inte bättre livskvalitet för det. Ibland har han undrat om han inte själv har överskridit en etiskt acceptabel gräns i sitt arbete.

Psykiatri går mot en remedikalisering där sjukhuset är lösningen. "Allt går i cykler".

Han talar med saknad om hur psykiatri förut var en humanistisk och kreativ disciplin, en praktisk verksamhet där det fanns utrymme att hitta okonventionella lösningar.

Att vara psykiater

Det är plågsamt att vara psykiater, menar Filipe, plågsamt att följa de långtidssjukas tillkortakommanden. Men om någon kommer med klagomål av typen "Nu har jag haft den här patienten i fem år och han har inte blivit ett dugg bättre" brukar han fråga om vederbörande själv blivit så mycket bättre de senaste fem åren.

Att vara psykiater är mycket mer än att bara vara läkare. Man är en medicinsk, moralisk och etisk garant. Man är politiker. Och man måste lida av ett visst storhetsvaninne. Endast någon med storhetsvaninne kan försöka klara det som ingen annan klarar.

Pionjär

Filipe har aldrig haft problem med beställare eller politiker. En del kliniker har försökt följa hans exempel men haft svårigheter då den grundläggande organisationen saknats. För övrigt har han mött en hel del motstånd från omvärlden. Egentligen förstår han inte varför han skulle vara så kontroversiell. "Vad är det för kontroversiellt med att se att patienten - som alla andra - är beroende av sitt sammanhang, arbete, bostad, relationer?" Och Stockholm är tillräckligt stort för att kliniker ska kunna vara olika.

Starka känslor har han väckt, både hos motståndare och anhängare. Det är svårt att föreställa sig att någon skulle kunna förhålla sig likgiltig inför honom och hans vårdideologi.

Unik i Sverige, unik i ett internationellt perspektiv. Att vara pionjär är att skapa inom ett nytt område. Det är ord som passar bra på Filipe Costa. ◀

Tove Gunnarsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Foto: Carol Schultheis





BOKRECESSION

Daniel Frydman

Inte alla dystra personer led av melankoli

Foto: Shutterstock

Sigmund Freuds "Sorg och melankoli" från 1914 är en intressant text. Den jämför melankolin med sorgen, och pekar på några viktiga faktorer som skiljer dem åt. Den centrala skiljelinjen går kring frågan om upplevelsen av förlust, där sorgen är relaterad till en förlust man känner till, eller kan godta. Melankolin – eller depressionen som vi skulle kalla tillståndet idag – antar Freud har sitt ursprung i samma sorts förlusterfarenhet, fast en man inte är medveten om, eller inte kan kännas vid. I "Sorg och melankoli" beskrivs depressionens symtomatologi på ett sätt som känns bekant idag, depressioner har alltid beskrivits på samma sätt, allt från Bibelns beskrivning av Saul som är nedstämd och som behöver bli tröstad av den skönsjungande David, via grekiska läkare och filosofer fram till våra dagars DSM-diagnostik.

Är man deprimerad av något särskilt skäl?

En skillnad mellan de tidigare beskrivningarna av depression och den som är kopplad till DSM-systemets, är att man fram till DSM-III tagit hänsyn till förmodade orsaker till nedstämdhet. DSM-systemet är ju allmänt uppbyggt som en ateoretisk diagnostikmaskin, den skall kartlägga symtomkluster och utifrån dessa dra slutsatsen om vilket tillstånd som råder. Det är en i många stycken god inställning som går väl i linje med den "normala" läkarpraxis som säger att man först förutsättningslöst skall observera, sedan beskriva hur tillståndet ter sig och först

därefter komma fram till en diagnos.

Bristen på orsaksresonemang är både styrkan och svagheten i DSM-systemet. Diagnostiksystemet har varit utsatt för olika sorters kritik men när det gäller frågan om "varför Jeppe super", får man ingen som helst hjälp av det diagnostiska system som just nu är normerande för den psykiatriska vården. Mycket är skrivet om ämnet, många författare har deltagit i diskussionen. En bok som är värd uppmärksamhet bland kolleger är "Den förlorade sorgenheten" av Alan Horowitz och Jerome Wakefield.

När orsaken ges betydelse

Det är en intressant bok där vi tas på en odysse genom historiens depressionsbeskrivningar, som alla är mycket samstämmiga, precis som Freuds som jag nämner i inledningen. Man diskuterar också just frågan om orsak, utifrån ett perspektiv som är intressant och som också är kopplat till sorgbegreppet. DSM-diagnosen för egentlig depressionsepisod har ju ett exklusionskriterium som heter "Symtomen förklaras inte bättre med sorgreaktion, dvs den depressiva symtomatologin har varat längre än två månader efter en närståendes bortgång". Man tar sin utgångspunkt just i uteslutandet av sorgreaktion och betonar att det finns åtskilliga andra situationer som leder till sorgenhet som är orsakrelaterad och begriplig och som går över när förlusten lösts.



De frågar sig varför sorg efter närståendes död är en tillräcklig orsak men inte förlust av egendom, eller att en partner lämnat en, eller erfarenheten av katastrofer. Exemplet de tar upp på hur förlustreaktioner kan vara starka nog att framkalla depressiva symtom utan att vara någon egentlig depression är många. Författarna är medvetna om att det inte är säkert att en normal förlust leder till en normal förlustreaktion utan att den också kan utlösa en depression. Man argumenterar för att depression ligger så nära normala förlustreaktioner att många personer får depressionsdiagnos trots att de enligt författarnas resonemang inte är deprimerade utan nedstämda av en orsak.

I beskrivningen av DSM-systemets utveckling, från en psykoanalytiskt inspirerad neurosteori till DSM-III med sina fasta kriterier, betonar författarna att alla teoretiska föregångare, särskilt Freud och Kraepelin, varit oense om mycket men inte om tanken på orsakssammanhangens betydelse. I och med DSM-III bryts det man kallar en 2500-årig kedja av sammanhängande tänkande kring nedstämdhet och förlustreaktioner. I och med att denna kedja bryts, förloras också möjligheten att förstå varför något händer en person. Möjligen förloras denna möjlighet på flera nivåer, i och med den sorts kriteriekoppling som dyker upp 1980 överges frågan om livsomständigheternas påverkan på livet och diagnostiken blir tömd på en sorts mening.

De diskussioner som handlar om orsak och inte orsak är mycket intressanta, även om det måhända har varit en fördel för psykiatrien att ha vidgat vyerna från diskussioner om endogen/exogen depression till något annat. I bästa fall hjälper det synsätt som presenterats genom introduktionen av DSM-III psykiatrien att ibland "slippa" tolka och istället se patienters lidanden på ett sätt som gör det lättare att hjälpa. I värsta fall reducerar denna diagnostik synfältet betydligt, eftersom livsförloppet inte blir intressant som förklaring till hur en person mår.

Frågan om validiteten i reliabla system

Ett annat spår som boken tar upp är möjligen ännu intressantare. I och med att man diskuterar utvecklingen av diagnostiken får utvecklingen av ett reliabelt system sin beskrivning. Enligt författarna har de diagnoskriterier som introducerats på olika sätt en mycket låg validitet, tidsförloppet för depressionsdiagnos har krympts från en månad till två veckor utan någon egentlig diskussion, till exempel. Författarna konstaterar att ett reliabelt system som är lätt att få att fungera i olika situationer, inte med självklarhet också är valitt. Validiteten ligger i om de olika kriterierna är korrekt formulerade, reliabiliteten ligger i att de kriterier som finns, hurdana de än är, går att använda och att resultatet blir lika om olika kliniker använder kriterierna. Med DSM-III presenterades ett mycket reliabelt system.

Den kritik mot systemet som författarna anför är noggrann, det jag beskrivit ovan är några led i diskussionen de för om DSM-systemet. Man diskuterar också andra aspekter, till exempel behandlas glidningen från forskning via klinisk praxis till befolkningsscreening upp. Den diskussionen handlar inte om ifall diagnoser i sig är valida utan om hur man gör när man värderar svaren.

Om man kan svara ja på frågor om sänkt grundstämning eller upplevelse av meningslöshet i två veckor men det inte finns någon värdering av i vilket sammanhang dessa upplevelser finns, blir det svårt att avgöra om de svar som givits betyder att en psykisk störning föreligger. Dock blir det komplicerat då befolkningsundersökningar och väntrumsscreening görs med diagnoskriterierna som grund. En del av poängen med SCID-intervjun är att klinikerns värdering av svaren är en validerande faktor. Denna faktor försvinner i och med att man använder screeninginstrument. Författarna argumenterar för att den ökning av viss psykisk störning som visats i folkhälsoundersökningar inte beror på en försämrad hälsa utan på att man undersöker människor på ett ogrundat vis.

Robert Spitzer och kritiken mot DSM

Denna bok är noggrann och intressant och argumenterar väl för sin sak. Det som gör den till något mer än ytterligare en intressant DSM-kritisk bok är att Robert Spitzer, DSM-pionjären, har skrivit ett förord där han säger att han tar starkt intryck av författarnas argument. Han skriver i sitt förord "den kommer att påverka framtida diskussioner och forskning om depression, och den kommer att vara en oersättlig vägvisare för dem som ska göra om de psykiatriska kriterierna inför DSM-V".

Vi kommer från redaktionen att återkomma till den här boken och rekommenderar den till allmän läsning och diskussion. I kommande nummer om idéhistoria och om forskning som planeras till som planeras till 2011 hoppas vi att få bidrag och reaktioner också utifrån de frågor som ställs i "Den förlorade sorgsenheten". ◀

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Deadline för bidrag till nästa nummer: 20 november

Gävleborgs BUP i professor Anna-Lisa Annells spår...

Från SP:s redaktionskommitté har jag fått förslaget att intervju specialisläkaren i barn- och ungdomspsykiatri, legitimerade barn- och ungdomspsykoterapeuten Erik Brunnander, som hade en kombinerad överläkartjänst med klinikchefsuppgifter på BUP-kliniken i Gävleborg under åren 1971-2001.

(... Erik Brunnander mötte jag första gången när jag randade som ST-läkare på BUP i Söderhamn. Hans sätt att se på psykiatrikerns roll och BUP:s uppdrag väckte min nyfikenhet för specialiteten i Sverige, och ledde till en konvertering från ST inom vuxenpsykiatri i Hälsingland till ST-BUP i Gävleborg! ...)

Erik Brunnander har berättat om de personer och pionjärer som inspirerat honom.

Erik Brunnander nämner Anna-Lisa Annell, 1906-1981, från början vuxenpsykiatriker. Hon var en av den svenska barn- och ungdomspsykiatriens pionjärer, som redan på tidigt fyrtiotal valde att helt ägna sina krafter åt barn- och ungdomspsykiatri. Hon blev också den första barn- och ungdomspsykiatriska professorn i Uppsala.

Hon entusiasmerade medarbetarna och värnade om deras kunskapsbredd och kompetens. Bland annat uppmuntrade hon läkare att, för att bredda den psykiatriska kompetensen, ta utvecklingsansvar för barnpsykiatri i större geografiska områden, som ett helt län ute i landet.

Anna-Lisa Annell smittade med sina starka övertygelser om BUP Erik Brunnander att bli barnpsykiatriker och uppmuntrade honom till att bli barnpsykoterapeut.

Erik imponerades av professor Anna-Lisa Annells skarpa intellekt, hennes starka vilja att ständigt utveckla BUP i Sverige och hennes kontakter utrikes. Hennes insatser utanför Sveriges gränser innefattade att hon var barnpsykiatrisk redaktör för Acta Paedopsychiatria och en aktiv medlem i Europeiska Unionen för Barnpsykiatri.

I professor Annells första lärobok i barnpsykiatri på svenska, den i Norden kanske mest erkända vid femtiotalets slut, kan man räkna grundprinciperna för en modern barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet och specialitet: ”förståelse för den växande människan, utifrån de grundresurser den har i en viss situation, förutsätter syntesen av kunskaperna inom både soma, psyket och det sociala och pedagogiska perspektivet.”

Professor Anna-Lisa Annell noterade behovet av teamarbete inom barnpsykiatri där specialisläkare har en avgörande roll med tillgång till relevanta kompletterande delar från både psykologiska, sociala och pedagogiska synsätt.

Barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala, med professor Anna-Lisa Annell i spetsen, hade ett i Sverige då innovativt framsynt och kontroversiellt synsätt bland annat inom områdena neuropsykiatri, amfetamin- och litiumbehandling samt EEG-studier. I sin kliniska forskning ägnade hon särskilt uppmärksamhet åt barn med depressioner, psykos och hjärnskador.

Med den bakgrunden, under pågående psykoterapiutbildning i Stockholm, konsulterade Erik Brunnander på BUP-kliniken i Gävle en dag i veckan år 1970. Kliniken bestod av två avdelningar, en för barn och en för ungdomar, där överläkaren tillika Barnklinikens klinikchef Mats Persson hade det medicinska ansvaret.

1971 tillträdde Erik Brunnander överläkar- och klinikchefs-tjänsterna med det medicinska ansvaret att bygga ut barnpsykiatri i länet Gävleborg.

En klinik med flera lokala öppenvårdsenheter ute i länet såg Erik som nödvändigt, och med stöd av Landstinget kunde denna utveckling påbörjas. Utveckling och uppbyggnad färgades av skillnader i geografi, sociala strukturer i olika områden, samt historisk bakgrund i respektive landskap.

Erik Brunnander uppfattade det som viktigt att varje område med sin lokala karaktär fick sätta en prägel på utformningen av sin respektive BUP-enhet samtidigt som en länssammanhållning kunde upprätthållas.

Först startades PBU-mottagningen i Hudiksvall. Anledningen till denna lokalisering var att orten var den som fanns längst bort från kliniken. Att det gick att samarbeta med barnkliniken på orten, gjorde det också möjligt. Efterhand tillkom motsvarande öppenvårdsmottagningar i Bollnäs, Söderhamn och Sandviken.

När jag hör Eriks berättelser, kan jag konstatera att Gävleborgs BUP-klinik utvecklas i samma anda som fanns när professor Anna-Lisa Annell redan på 50-talet gjorde sig en bild av framtidens barnpsykiatri i Sverige.

Gloria Osorio
Specialisläkare i Barn- och Ungdomspsykiatri
Söderhamn

Möte i Mölle

Hört talas om Svenska Serotoninsällskapet? Sällskapet, som har ca 80 medlemmar, bildades 1992 och har som syfte att främja kunskapsutbyte mellan svenska serotoninforskare. Medlem kan den bli som är disputerad, ägnar sig åt serotoninforskning samt föreslås för inval av två ledamöter. Har man ännu inte disputerat kan man bli associerad ledamot. Kunskapsutbytet sker fr.a. vid ett årligt vetenskapligt möte. I år ägde detta möte rum på Grand Hotel i Mölle under två sensommardagar i augusti.

En viktig del av kunskapsutbytet är att skapa dialog mellan prekliniska och kliniska forskare. Detta illustreras av årets inbjudne gästföreläsare, Kjell Fuxe, som med en serie studier visat att serotoninsystemet är välbevarat genom djurserien, vilket understryker dess centrala roll i regleringen av grundläggande hjärnfunktioner. Notabelt är att det nu är mer än 40 år sedan Kjell Fuxe tillsammans med Arvid Carlsson för första gången visade att tricykliska antidepressiva läkemedel påverkar serotoninsystemet.

Årsmötet avtackade Elias Eriksson som framgångsrikt styrt Svenska Serotoninsällskapet under senare år. Till ny ordförande valdes Bo Söderpalm.

Lars Farde

Professor i psykiatri, Karolinska Institutet

Tove Gunnarsson

Överläkare Psykiatri Nordväst, Stockholm

Foto: Carol Schultheis





Nordiska Psykiatrikongressen (NCP) äger rum i Tromsø, Norge, 5-8 juni 2012. Temat är "Understanding Mind and Crossing Borders". NCP, som äger rum vart tredje år, arrangerades första gången 1913 och detta kommer att bli den 30:e gången och så nära ett 100-årsjubileum vi kan komma.

SPF är i färd med att utse personer att vara med i den vetenskapliga resp. den internationella rådgivande kommittén. Vi kommer också att föreslå intressanta teman och personer att bjuda in.

Boka redan nu in detta i Din kalender. Temat, Tromsø och 100-årsjubileet kommer att göra detta till något speciellt. Visst vill Du vara med då?

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Birgitta Rorsman

Docenten i psykiatri vid Lunds Universitet, Birgitta Rorsman, avled tidigare i år, 80 år gammal. Hennes närmaste är maken Hans samt tre barn med familjer.

Jag lärde känna Birgitta då jag kom som doktorand till Lundbystudien i slutet av 1980-talet. Birgitta hade disputerat på avhandlingen "Sjuklighet och dödlighet bland psykiatriska patienter" (1973) och studerade nu psykisk ohälsa i den allmänna befolkningen.

Lundbystudien startades 1947 av Erik Essen Möller. I studien har så gott som samtliga invånare i en allmän befolkning upprepade gånger undersökts av specialister i psykiatri, oberoende av om de sökt vård för sina besvär. Totalt ingår 3563 personer. På grundval av de data som insamlats analyserade Birgitta och hennes medarbetare förekomst, bakgrundsfaktorer och förloppsaspekter vid psykisk ohälsa i den studerade befolkningen. Med tiden kom hon att fokusera på depressions- och ångestsyndromens epidemiologi och hon blev min huvudhandledare när jag skrev min avhandling.

Birgitta var en inklämmande människa. Då jag under en kongressresa råkade ut för ett olycksfall i Paris strax innan planet till Köpenhamn skulle avgå, stannade hon kvar och såg till att allt fungerade. Allmänbildad som få hade hon läst inte bara skönlitteraturens klassiker, där *Thomas Mann*, *Karen Blixen* och *Anton Tjechov* utgjorde favoriterna, utan även *Freuds fallstudier*, *Hannah Arendt* och *Albert Speers dagböcker*, för att nämna några. Intet mänskligt var henne främmande.

När det gällde människor som drabbats av schizofrenisjukdom var hennes ståndpunkt klar: "Här har psykiatrin ett livslångt ansvar". Många av hennes vetenskapliga arbeten kom att behandla dödligheten vid psykisk sjukdom i befolkningen, ett nog så aktuellt ämne. En nyttig insikt var att inte alla människor med psykisk ohälsa söker vård. I en av sina studier analyserar hon mortaliteten vid "dold" psykisk sjukdom. I ett annat arbete diskuterar hon primärvårdens roll när det gäller suicidprevention.

Lundbystudien har mist en skicklig medarbetare, vars betydelse knappast kan överskattas. Jag minns med tacksamhet vad hon har betytt för mig som mentor, vän och förebild.

Nu har budkavlen gått vidare och nya medarbetare deltar i studien. ◀

Anne Gräsbeck
Leg läkare, Ph D
Lund

Enkät kring utvecklingen av ICD- 11 till 500 SPF-medlemmar

SPF och dess arbetsgrupp för samverkan med WPA kring ICD-11 fick före sommaren direktiv från WPA om deltagande i en världsomspännande webb-enkät, med syftet att skaffa information om problem med nuvarande version och för att få synpunkter på hur den kliniska användbarheten skulle kunna förbättras i kommande version.

Föreningens arbetsgrupp har nu vidarebefordrat enkäten till 500 slumpvis utvalda medlemmar med förhoppningen att många väljer att medverka så att synpunkter ur det svenska perspektivet blir hörbara i processen.

Vi har utlovats att få tillbaka det anonyma materialet sedan WPA gjort sin totala sammanställning. Först då har vi rättighet att publicera nationella data.

Vi ser fram mot att kunna förmedla dessa i jämförelse med det internationella materialet. Förhoppningsvis kan det bli till en intressant redovisning till Svenska Psykiatrikongressen våren 2011.

Ett litet bifynd vid utskicket per e-post: Mer än 20 % av uppgifterna i medlemsregistret visade sig vara felaktiga. På den faktura du får på medlemsavgiften står vilken e-postadress SPF har registrerat på dig. Om den inte stämmer så skicka dina nya uppgifter till Ewa på kansliet: kanslisten@svenskpsykiatri.se, som sköter föreningens register. Hon tackar på förhand. ◀

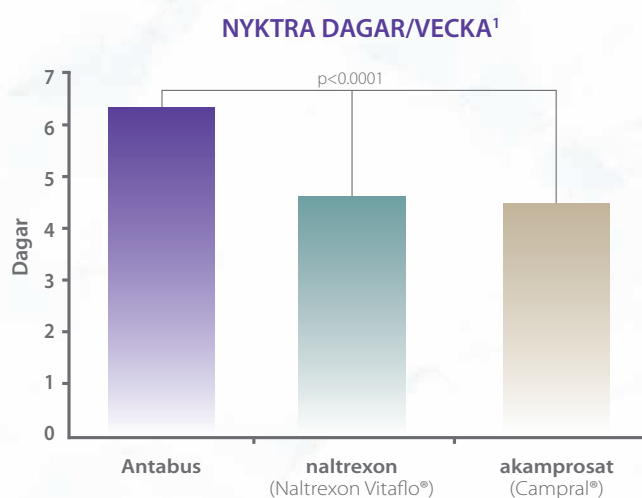
Arbetsgruppens utskott för WPA-enkäten:

Bo Ivarsson (koordinator),
Henrik Wahlberg (WPA Board member),
Lars von Knorring (SPF:s kontaktperson till SoS i ICD-frågor)



Tror du att Antabus® blivit omodernt? Då är det dags att tänka om!

Antabus är effektivare än både naltrexon och akamprosot på att uppnå nykterhet.



Föreslå att din nästa patient som är beroende av alkohol påbörjar behandling med Antabus. Då kan du ge honom eller henne en möjlighet till ett nyktert liv.

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

¹ Laaksonen et al, Alcohol and Alcoholism, oktober 2007

Centrum för psykiatrforskning Stockholm - nu två år sedan start!



Centrum för psykiatrforskning Stockholm (CPF) bildades för två år sedan som en samverkansorganisation mellan landstinget och Karolinska Institutet (KI). Bakgrunden var att FoUU-verksamheten i Stockholmspsykiatri blivit alltmer fragmenterad - mot slutet uppdelad på 13 olika enheter. Det fanns en otydlighet kring hur ALF-medlen i psykiatri skulle användas, och fördelningen av statliga medel till psykiatriläkartjänster inom universitetet samordnades inte med sjukvårdens utvecklingsplaner. Till grund för det nya ligger det regionala ALF-avtalet där landsting och universitet förbundit sig att samverka, i första hand kring ALF-medlen. KI valde att även lägga in universitetets läkartjänster och övriga resurser inom vuxenpsykiatri, rättspsykiatri och beroendevård. För barn- och ungdomspsykiatri del ligger ALF-medlen i CPF medan KI-resursen tillsvidare ligger utanför. Samverkan KI-SLL sker inom ramen för en särskild kommitté (FoUU-gruppen för psykiatri) där verksamhetens inriktning förankras.

Uppdraget för CPF är att stödja de psykiatriska verksamheterna i Stockholms län med forskning, utveckling och utbildning av hög kvalitet. I detta ingår att initiera och samordna sådan forskning som "förutsätter vårdens strukturer och resurser och som har som mål att lösa hälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa". Experimentell psykofarmakologi ligger därmed utanför huvuduppgiften, men inget hindrar att sådan forskning bedrivs inom organisationen, förutsatt extern finansiering. Tanken är också att CPF ska utgöra en kunskaps- och metodresurs i det kontinuerliga arbetet med att förbättra vården genom att medverka i prioriterade utvecklingssatsningar utifrån beställningar från vårdproducenter, beställare och Medicinskt Kunskapscentrum (den enhet i landstinget som tar fram regionala vårdprogram). En viktig uppgift är att samordna den verksamhetsförlagda utbildningen för studerande inom KI:s grundutbildningsprogram, men även bedriva fortbildning (för närvarande ca 85 hp/termin) på uppdrag av de psykiatriska verksamheterna. Inom CPF finns Kompetenscentrum för psykoterapi (beläget i Liljeholmen) som dels genomför KI:s treåriga legitimeringsgrundande utbildning, dels erbjuder tvååriga basutbildningar (på halvtid). Varje termin går ca 200 studenter i psykoterapiutbildning vilket gör denna skola till en av de större i Europa. CPF samordnar även den verksamhetsförlagda delen av psykoterapiutbildningarna, som sker ute i psykiatriens verksamheter. Varje studerande får därigenom erfarenheter av flera olika psykiatriska tillstånd, med ökande svårighetsgrad och komplexitet efterhand.

Nedan följer ett subjektivt urval av några aktuella forskningslinjer, forskningsgrupper och nya ansatser - utöver detta finns mer, men allt kan av utrymmesskäl inte nämnas.

Psykiatrforskningen inom KI står sig väl i jämförelse med andra kliniska forskningsområden vad beträffar aktivitet (t ex publikationer, externa anslag och examina).

Hjärnbildning

Sedan tidigt 1980-tal har PET-gruppen utvecklat forskningen med positronemissionstomografi (PET) till att hela tiden hålla världsklass. Här kan man se resultat av tålmodighet och kreativitet. Åtskilliga doktorander disputerar årligen och många postdocs får här sin träning för att sprida tekniken till andra centra världen över. PET-gruppen verkar inom både läkemedelsutveckling och forskning inom andra områden än psykiatri, men det är troligen välgjorda studier inom psykiatri, särskilt med fokus på schizofreni, som skänkt gruppen sin globala berömmelse. Psykiatrisk hjärnbildning har på senare år även kommit att innefatta strukturell och funktionell MR. Jämfört med PET är området mindre exploaterat men yngre forskare gör att denna utveckling lovar mycket för framtiden.

Affektiva sjukdomar, ångestsyndrom och suicidologi

Suicidforskningen förvaltas väl av flera seniora forskare. I övrigt är forskning om bipolära syndrom omfattande. Inom Stockholms bipolärprojekt bedrivs omfattande forskning om samband mellan fenotyp och genotyp. En forskningslinje kring OCD pågår inom och i anslutning till två specialmottagningar, i Solna respektive Huddinge. Där sker både kliniska prövningar och metodutveckling/implementering.

Psykosjukdomar

Behandlingsforskning och kliniska prövningar på senare år, med publikationer i förstärkanstidskrifter, är angeläget att bygga vidare på i ett område där nyttan av utveckling, inte minst inom farmakaområdet, är uppenbar. Spännande initiativ har tagits för fruktbar samverkan med preklinisk expertis vid KI-Campus i Solna, för kartläggning av neuroinflammatoriska processers betydelse för patofysiologi vid schizofrena psykoser.

Beroendesjukdomar

Området har haft en mycket positiv utveckling med nya behandlingsmetoder för amfetaminnarkomani, med flera avhandlingar som resultat. Inom opioidområdet har flera uppmärksammade studier genomförts som kommer leda till nya principer för underhållsbehandling med metadon och buprenorfin. Tre kliniska prövningar av läkemedel mot alkoholberoende har genomförts under 2010.

Projekt pågår där såväl fMRI som PET används för att undersöka mekanismerna för drogsug.

Nyligen presenterades en metod att mäta narkotika (bl.a. amfetamin och metadon) i utandningsluft - projektet är i en intensiv utvecklingsfas. CPF har även fått i uppdrag att utvärdera den nya sprutbytesverksamheten i Stockholm.

Utvecklingsrelaterade syndrom som ADHD

Biologiska markörer och samsjuklighet är angelägna områden för utveckling där det glädjande nog finns föredömlig samverkan mellan vuxenpsykiatri och dito inom barn och ungdomspsykiatri. Utredning och behandling kommer att ta ökande resurser i klinik framöver och då blir kvalitetssäkring och metodförfining av stort hälsoekonomiskt värde. Prevalensforskning och behandlingsforskning pågår inom flera CPF-projekt inom Kriminalvården, bl.a. med kliniska prövningar riktade mot intagna i fängelse eller nyligen utskrivna.

Psykoterapiforskning

Beteendeträning och den förvånansvärt snabba breddningen av kognitiv beteendeterapi (KBT) inom den kliniska psykiatri har även stärkts av en omfattande forskning. KBT i grupp är utvärderad i tidigare avhandlingar och området expanderar, bl.a. med utvärdering av internetförmiddad KBT. Detta är ett exempel på klinisknära forskning "från ax till limpa", där den akademiska grundforskningen sker vägg i vägg med ren klinik. Så snart evidens föreligger lanseras tillämpningen direkt i landstingsdriven klinisk vård, utan onödig ställtid - målet är ökad tillgänglighet till effektiv KBT.

Rättspsykiatrisk forskning

Här sker ett fruktbart samarbete mellan SLSO, CPF, Centrum för våldsprevention, Rättsmedicinalverket/Avdelning för Rättspsykiatri och Kriminalvården.

Doktorander och postdocs

Inom CPF finns medel att söka i konkurrens. Varje år utlyses 30 doktorandmånader. Fem postdocs har tilldelats forskningstid motsvarande fyra månader var per år under tre år. Kliniska amanuenser på grundutbildningsprogrammen erhåller tre månaders forskningstid som stimulans efter ca fyra terminers förordnande. ◀

Besök gärna vår hemsida: www.psykiatriforskning.se

Johan Franck

Professor, verksamhetschef CPF

Clara Gumpert

**Universitetslektor, dekanus för forskarutbildning KI,
ordförande i FoUU-gruppen**

Nils Lindefors

Professor, verksamhetschef Psykiatri Sydvest, ledamot i FoUU-gruppen

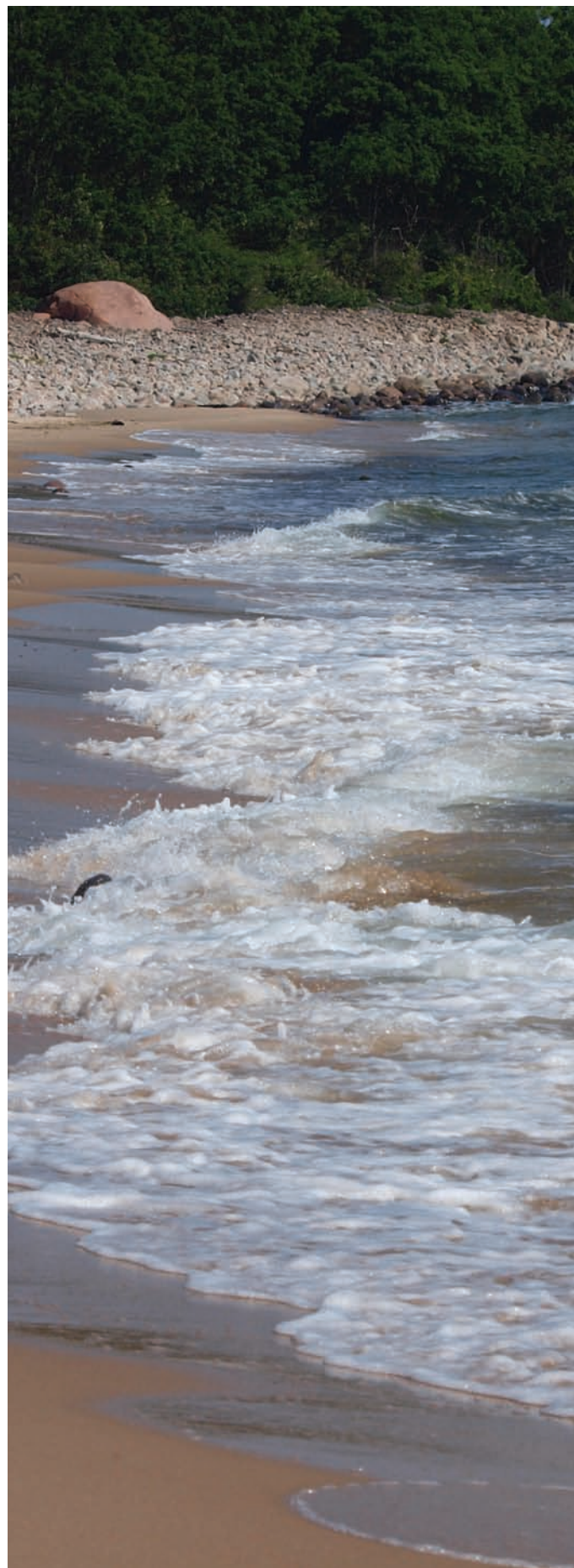


Foto: Carol Schultheis

14th International Conference for Philosophy and Psychiatry

Ethics, Experience and Evidence: Integration of Perspectives in Psychiatry

Göteborg, 2-4 september 2011
(inledande kursdag 1:e september)

Konferensen organiseras av *Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri*, *Svenska Psykiatriska Föreningen*, *International Network for Philosophy and Psychiatry* och *Göteborgs universitet*.

Denna konferens är en viktig mångvetenskaplig händelse där psykiatrer och filosofer från hela världen utbyter kunskaper och erfarenheter. Det är ett unikt tillfälle för Dig som vill fortbilda dig inom etik, vetenskapsteori och andra filosofiska gränsområden till psykiatrin. Konferensen innehåller vetenskapliga sessioner där Du är välkommen att bidra med föredrag eller poster.

IPULS-ackreditering har sökts för såväl den inledande kursdagen som huvudkonferensen.

Konferensen hålls på Hotel Riverton, inte långt från Göteborgsoperan och hamnen.

Program och anvisningar för anmälan av bidrag finns på:
<http://sffp.se/EEE.html>

Bild: GöteborgsOperan



GÖTEBORGS UNIVERSITET



"Integrerad psykiatri" i Ryssland – Olle Hollertz en pionjär

I samband med WPA:s regionala kongress i St Petersburg den 10–12 juni hade jag möjlighet att följa Olle Hollertz, chefläkare i Kalmar län, på ett studiebesök på den psykiatriska öppenvårdskliniken och dagsjukvårdsverksamheten i Petrogradskydistriktet. Olle Hollertz har sedan 2004 deltagit i ett samverkansprojekt finansierat av Östeuropakommittén, ÖEK, mellan St Petersburg och Sverige för att utveckla den personintegrerade psykiatri i Ryssland. Modellen som Olle jobbat för att vidareutveckla bygger på tre grundstenar: teamarbetet, case management och socialpsykiatri.

På vilket sätt föddes idén till detta samverkansprojekt?

Idén från ÖEK var en naturlig fortsättning på ett liknande projekt i Estland 2000–2004 med lyckat resultat. Personligen var jag också mycket intresserad av att driva ett projekt i Ryssland med anledning av min nyfikenhet på det ryska samhället. Ja, på vilket sätt kan man egentligen komma in i det ryska samhället och förstå den ryska folksjälen bättre än genom den ryska psykiatrien?

Hur började arbetet?

Det började genom att den tidigare koordinatoren i ÖEK, Roy Persson, förmedlade kontakt med chefen på kliniken, doktor Tamara Gritsevskaya. Därefter åkte jag tillsammans med min fru på en tågresa från Helsingfors till St Petersburg för ett första möte. Mötet visade sig bli mycket fruktbart genom att jag och Tamara delade en gemensam ambition och värdegrund kring en integrativ utveckling av den ryska psykiatrien.

Vad menar du med en integrativ psykiatri?

Att det mesta inom psykiatri bäst behandlas i öppenvård och att det är viktigt att de psykiskt sjuka får behålla en plats i samhället genom någon form av stimulerande sysselsättning. Förstås också att de psykiskt sjuka helst inte alls, eller bara för väldigt korta tidsperioder, ska separeras från det övriga samhället genom att behöva vårdas på institution.

Efter att arbetet kommit igång, hur gick ni vidare?

Det började med att ett multiprofessionellt team från St Petersburg tillsammans med ett team från Oskarshamn träffade teamet från Estland i Pärnu. Syftet var att både förmedla och utveckla kunskap om arbetsmetoderna som ÖEK tidigare varit initiativtagare till att införa där. Vi har sedan under projektets gång haft liknande möten upprepade gånger, vi har då mötts i både St Petersburg och Oskarshamn. Jag tror att dessa möten haft stor betydelse för projektets vidareutveckling genom att vi har varvat föreläsningar med studiebesök.

Hur känns det efter studiebesöket, vilka intryck har du?

Jag är oerhört positivt överraskad över resultatet. Verksamheten vi besökte överträffade mina förväntningar. Många brukar säga att det är mycket svårt att påverka ryska arbetsmetoder men studiebesöket vi gjorde visar på att detta inte stämmer överallt i alla fall. Det var även roligt att höra att utbytet som föranlett en spridning av den integrerade psykiatri till en klinik i St Petersburg även nått andra kliniker i samma område. Framför allt för att utvärderingarna visade på ett förbättrat mående hos patienterna.

Vad tror du gjort att utbytet blivit så framgångsrikt?

Som sagt tror jag att det personliga mötet och utbytet med hela teamet var viktigt. Inte minst för att det minskade hierarkin och betonade hela teamets vikt utan att för den sakens skull ta bort läkarens ledarskapsroll.

Jag tror dessutom att alla kunde känna att det fanns en meningsfullhet i arbetet. Det fanns också en möjlighet att själv påverka arbetets utgång tillika utveckla den egna förmågan. Dessutom tror jag att patienternas förbättrade mående och livskvalitet gav mer kraft till det egna engagemanget, en kraft inte att förringa i möjligheterna till förändring.

Som medföljare var det en förmån att få se glädjen ni hade i att återse varandra och utvärdera det arbete ni gjort tillsammans. Hur känns det att lämna detta projekt?

Det är inte så att jag helt lämnar projektet utan vi kommer ha vidare kontakt och utvärderingar. Emellertid är det intensiva skedet av arbetet klart vilket förstås ger en viss sorg. Dock tar jag framför allt med mig en glädje i att se hur engagemang lönar sig samt en insikt om att den svenska psykiatri har en viktig roll att fylla, där du som ung psykiater har en viktig roll att fortsätta med detta pionjärbete i framtiden. ◀

Maria Larsson
Överläkare

Stockholms Centrum för Åtstörningar



Foto: Jerker Hansson



Antidepressiv behandling utan serotonerg biverkningsprofil.¹

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

- Voxra har antidepressiv effekt jämförbar med SSRI (paroxetin, sertralin).²⁻⁷
- Voxra har inga serotonerga biverkningar såsom sexuell dysfunktion, viktuppgång eller somnolens.^{1,2,6,7}



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



Den enda selektiva noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmaren.

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

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

Referenser: 1. Voxra Produktresumé. GlaxoSmithKline, www.fass.se. 2. Papakostas et al. European Psychiatry 2008; 23: S205, abstract P0046. 3. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005 Aug;66(8):974-81. 4. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000; 61: 196-202. 5. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997 Dec;58(12):532-7. 6. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006 Mar;51(4):234-42. 7. Croft et al. Clin Ther 2002 Apr;24(4):662-72.

20100315VOXR:384

Vem får fatta ett kvarhållningsbeslut enligt § 6 LPT?

På vår klinik har vi alltid utgått från att det endast är en läkare anställd på den psykiatriska kliniken; i vårt fall Psykiatri Sahlgrenska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som, förutsatt att det finns ett korrekt ifyllt vårdintyg enligt § 4 LPT, utfärdat av en legitimerad läkare, kan och får fatta beslut om kvarhållning. (Däremot behöver ju inte den som fattar kvarhållningsbeslutet vara legitimerad. Det räcker med att personen är anställd som läkare). Vi har dessutom uppfattat att denna ordning är den enda som är tillfredsställande från såväl patienternas som psykiatrins synvinkel.

Om en patient inkommer med vårdintyg till den psykiatriska akutmottagningen, eller vårdintyg där utfärdas, blir det ju primärjour (eller någon gång bakjour, som rycker in vid hög belastning) där, som fattar kvarhållningsbeslutet, och denna kollega är ju anställd av den psykiatriska kliniken.

Om däremot vårdintyg har utfärdats av kollega i somatisk specialitet avseende patient i somatisk slutenvård, har vi utgått ifrån att det också då måste vara konsultläkare, primärjour eller bakjour från vår psykiatriska klinik som fattar kvarhållningsbeslutet, såvitt inte förutsättningar, inklusive formell kompetens för detta, finns för att direkt fatta ett intagningsbeslut enligt § 6b LPT. Några gånger genom åren har det dock hänt att kollegan på den somatiska vårdavdelningen har uppfattat att han eller hon själv har haft behörighet att fatta kvarhållningsbeslutet, i väntan på specialistkompetent psykiater med formell behörighet som kan fatta intagningsbeslut. Det har också några gånger hänt att våra icke-specialistkompetenta primärjourer, vid telefonkonsultation från somatisk kollega, har instruerat denne/denna att själv fatta ett kvarhållningsbeslut. Vid bägge dessa situationer har vi, i efterhand, uppfattat detta som ett felaktigt förfarande, utan stöd i LPT.

Vid senaste sådan situation menade dock en av våra specialister att det trots allt skulle var möjligt för kollegor inom somatiken att fatta kvarhållningsbeslut enligt stycket närmast ovan. Frågan aktualiserades också av att sjukhusledningen hade fattat beslut om att dra in den psykiatriska primärjourslinjen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska mellan 23.00 och 08.00.

Frågan diskuterades noggrant vid och efter läkarmöte vid kliniken, inklusive med klinikledningen. Vi gick igenom lagtexten i LPT och skrivningen i "Psykiatrins Juridik" (utgiven av Juris AB). Vår uppfattning därefter, med något enstaka undantag bland kollegorna, var att den enda rimliga handläggningen torde vara vår hittillsvarande, enligt första stycket ovan, men att vi faktiskt inte kunde finna ett glasklart stöd för denna i lagtexten eller i

"Psykiatrins Juridik":s tolkning av densamma.

Min specialistkompetenta konsultläkarkollega vid kliniken kontaktade först en och sedan ytterligare en av Västragötalandsregionens jurister i frågan, och fick i bägge fallen svar att det i LPT eller annan lagstiftning inte fanns stöd för att det måste vara en läkare anställd vid sjukhusets psykiatriska klinik som fattar kvarhållningsbeslutet och att det alltså skulle vara möjligt för somatikern på den somatiska vårdavdelningen att själv fatta ett sådant beslut.

Som medlem och sekreterare i den nationella psykiatriska konsultläkarföreningen (Föreningen för KonsultationsPsykiatri, FKP, som är en undersektion till SPF) lät jag frågan mailledes gå ut på "remiss" till föreningens övriga styrelseledamöter. Jag fick ett samstämmigt svar som gick ut på att man uppfattade att min kliniks hittillsvarande handläggning var den enda rimliga, men det var fortsatt svårt att peka på var i lagstiftningen det definitiva stödet för denna fanns.

Under resans gång fick jag också uppgifter om att man på något eller några håll i landet tillät sig att låta somatikerna fatta kvarhållningsbeslut. Då detta var andrahandsuppgifter har jag inga säkra uppgifter om var man så möjligen gör.

Vid kontakt mellan SPF:s ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind och mig beslöt vi att gemensamt tillskriva Socialstyrelsen i frågan. Efter viss väntetid fick vi 100602 svar, via mail, från Anders Alexandersson, jurist vid Socialstyrelsen, Avdelningen regler och tillstånd, Enheten regeltillämpning.

Ur svaret, som är en tolkning av tillämpliga §§ i LPT, som ju i princip endast tar upp "normalsituationen"; att patienten förts till en vårdenhet för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, och inte den speciella situation som uppkommer vid LPT-förfarande på somatisk slutenvårdsavdelning, när den psykiatriska kliniken tillfälligt "utvidgas" och kommer till patienten, framgår ett stycke in i texten: "...Efter det att patienten med vårdintyg ankommit till vårdenheten *kan tjänstgörande läkare* (ej krav på legitimation) *på denna vårdenhet för kvalificerad psykiatrisk dygnet runt vård besluta om kvarhållande* till dess att frågan om intagning prövats (6 § LPT)." (Min kursivering; i ö exakt citerat).

Jag finner därmed att min kliniks hittillsvarande princip är den handläggning som har stöd i Socialstyrelsens tolkning av LPT; det är inte möjligt för somatikern på den somatiska slutenvårdsavdelningen att fatta kvarhållningsbeslut! ◀



Anders Bergstedt
Överläkare, specialist i psykiatri och neurologi
Psykiatri Sahlgrenska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Sekreterare i Föreningen för KonsultationsPsykiatri

METIS-kurser = SK-kurser enligt METIS-formatet i IPULS utbildningskatalog

Medlemsbrev:

På Svenska Psykiatriska Föreningens hemsida kan Du anmäla att Du vill ha vårt medlemsbrev. Där sänder vi kontinuerligt ut de senaste nyheterna inom föreningen och vad som är på gång när det gäller kongressen.

www.svenskpsykiatri.se

Samtliga SK-kurser enligt METIS-formatet har nu gått in i IPULS utbildningskatalog för 2011 och **sista ansökningsdag för vårens kurser är 1 oktober 2010**, kurserna som går till hösten är sökbara mellan 1 mars och 1 maj 2011.

Ansökningarna för 2011 hanteras i IPULS ansökningssystem (<http://www.ipuls.se/sk>) och inte längre direkt hos kursgivaren/sekreteraren.

Besök Utbildningskatalogen (<http://www.ipuls.se>) och skriv METIS i sökfältet vid "Ord i titel" så ser du alla METIS-kurser.

Observera att även kurserna för 2010 syns i sökresultatet och att dessa är markerade som IPULS-granskade kurser, inte som SK-kurser. Trots detta (som beror på en kataloghanteringsfråga) är 2010 års kurser SK-kurser, alltså likvärdiga med 2011 års kurser.

Nästa deadline för Svensk Psykiatri är
den
20 november

Klicka på **Kurser** i navigationsmenyn överst på METIS hemsida (www.metidpsprojektet.se) för att se en översikt över METIS-kurser 2010. Du kan där se aktuella kurser och deras tider. Du når också kursbeskrivningar, kompetensmål och vilka delmål som uppfylls av de olika kurserna. Från kurssidan kommer du vidare till IPULS kurskatalog där du finner information om hur du ansöker till kurserna.

Kursutveckling i följande ämnen pågår: BUP för vuxenpsykiatrer, Ängestsjukdomar, Psykiatri och samhälle, Äldrepsykiatri och Medicinsk vetenskap. ◀

METIS projektgrupp



frågor till..... Gerd Mucchiano

Här presenteras styrelsemedlemmar från de tre föreningarna SFBUP, SPF och SRPF. Syftet är att belysa den mer personliga och privata sidan av personen.

Möt Gerd Mucchiano:

1. Född

19581129

2. Bor

I Lund

3. Familj

Dotter 21, Son 17

4. Arbetar

BUP-mottagning i Eslöv

5. Vad gör Du när du INTE jobbar?

Umgås med släkt och vänner, reser, joggar, matlagning, trädgårdsarbete

6. Favoritmat

Skaldjur

7. Senast lästa bok

Per Olov Enquists Ett annat liv

8. Vad gör Dig lycklig?

Just nu: svampskogen

9. Vilka förebilder har Du?

Moder ☑ ersa för hennes engagemang för de svaga

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

Utveckla BUP till en specialiserad verksamhet med gott samarbete med andra aktörer som ansvarar för barns och ungas psykiska hälsa ◀



sfbup

Stina Djurberg
Redaktionen

Pionjärer inom svensk barn- och ungdomspsykiatri och deras insatser för att kunskapsområdet kunde utvecklas till en klinisk specialitet och ett vetenskapligt ämne

Detta är den första i en serie av artiklar om barn- och ungdomspsykiatrins pionjärer

I Riksdagens beslut efter de två statliga utredningarna om barns och ungdomars psykiska hälsa, SOU 1957:40 och SOU 1958:20, bestämdes det att barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet skulle finnas i samtliga svenska landsting, att undervisning i ämnet skulle bli obligatoriskt för alla blivande läkare och att en professur i ämnet skulle inrättas vid Karolinska Institutet fr.o.m. den 1:a juli 1958.

En barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet hade emellertid funnits i Sverige i mer än 50 år innan den etablerades i slutet av 1950-talet. Här presenteras hur ämnet under perioden 1900-1970 utvecklades från en idé till en välutbyggd klinisk verksamhet och med professurer i Stockholm, Uppsala och Umeå.

Utvecklingen skedde vid Karolinska Institutet i Stockholm, och vid universiteten i Uppsala och Lund, de tre universitetsorter som fanns i Sverige fram till 1940-talets slut. I Stockholm utvecklades ämnet inom barnsjukvården, skolan och socialtjänsten medan utvecklingen i Uppsala och Lund skedde inom vuxenpsykiatrin. De historiska rötterna beskriver på ett fint sätt ämnets tvärvetenskapliga och multifaktoriella bakgrund, och varför ett utvecklingsbiologiskt och psykosocialt baserat "barnpsykiatriskt" tänkesätt skall användas för att beskriva och förstå problem under barn- och ungdomsåren fram tills att vuxenpsykiatriska kunskaper kan användas när mognadsprocesserna upphört efter 20-årsåldern.

Under etableringsperioden skedde fyra betydelsefulla vetenskapliga paradigmskiftet som påverkar ämnet än idag. Ur akademisk synpunkt och sedan 1965 har dessa paradigmskiftet vid den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten på Karolinska Institutet integrerats till en holistisk "multidisciplinär" helhetssyn som grund för barn- och ungdomspsykiatrisk forskning. De vetenskapliga paradi- gmen är:

- 1900–1940 Läkepedagogik
- 1920–1950 Genetik/Ärftlighet
- 1945–1960 Neuropsykiatri/hjärnskador
- 1950– 1990 Psykodynamiska teorier/socialpsykiatri
- 1965– En ansats till en holistisk "multidisciplinär" helhetssyn

Bästa sättet att illustrera hur den vetenskapliga framväxten skedde inom ämnet är att beskriva de "barnpsykiatriska pionjärerna", deras insatser och deras publikationer.

Barnets århundrade

Ellen Keys två böcker om 1900-talet som Barnets århundrade blev ett startskott för den intellektuella diskussionen om barns särställning och skillnader gentemot de vuxna. För att utveckla kunskaperna om barnen och för att ge dem en ärlig chans att utvecklas bra, diskuterade Ellen Key särskilt familjens och skolans betydelse för barnen. Ellen Keys viktigaste insats var att hon införde "barnperspektivet" och initierade den intellektuella debatten som ledde till stora förändringar när det gällde synen på barn. Hennes böcker nådde långt utanför Sveriges gränser och kan sägas vara ett betydelsefullt svenskt bidrag till världslitteraturen och som inspirationskälla för forskning och utvecklingsarbete om barn. Som ett exempel kan nämnas att i Leo Kanners första amerikanska läroböcker i barn- och ungdomspsykiatri omnämns Ellen Key, hennes böcker och hennes insats för barn på ett förtjänstfullt sätt. Två läkare som inspirerades av Ellen Key var Alfild Tamm och Isak Jundell.

Sveriges första kvinnliga psykiatriker

Alfild Tamm kan sägas vara Sveriges första kvinnliga psykiatriker och en riktig barnpsykiatrisk pionjär. Hon började under 1900-talets första decennier att arbeta med begåvningshandikappade och utvecklingsstörda barn på Slagsta seminarium. Seminariet var både en skola för utvecklingsstörda barn och en utbildningsenhet för lärare som skulle arbeta med dem. Under sitt arbete noterade Alfild Tamm många viktiga barnpsykiatriska samband mellan barns allmänna kognition, inlärningsförmåga och psykiska hälsa. Hon noterade tidigt språkets betydelse för barns utveckling och hälsa och publicerade 1916 en handbok för föräldrar och lärare om talutveckling. Hon var den i Sverige som först beskrev "medfödd ordblindhet" och dess betydelse för läs- och skrivinlärning och välbefinnande. Hennes observationer och beskrivningar om hur barnens inlärningsförmåga, det pedagogiska omhändertagandet och barnens psykiska hälsa hängde ihop, ledde till att hon startade den första svenska barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Det skedde under första världskriget inom Stockholms folkskolor med en rådgivningsbyrå för barn som gick i de s.k. specialklasserna.

Ett läkepedagogiskt intresse för dessa barn i Sverige och i Schweiz ledde till att det i dessa länder redan vid 1920-talet kom att utvecklas en sidogren till barn- och ungdomspsykiatri som kallades "skolpsykiatri". Alfhild Tamms stora intresse för barns "språk och tal" inspirerade henne att tillsammans med Isak Jundell försöka förmå Karolinska Institutet att starta en särskild utbildning för tal och språk. De blev inte framgångsrika i detta avseende, men Alfhild Tamm kunde sedan inom Stockholms skolförvaltning påbörja talpedagogutbildning och hon räknas som en av pionjärerna bakom svensk logopedutbildning.

Alfhild Tamm fick 1932 kungamedaljen Illis quorum för sina "barnneuropsykiatriska pionjärsatser" vilket många inte kommer ihåg. Hon har däremot blivit ihågkommen för sitt andra bidrag till svensk psykiatri då hon, förutom att initiera skolpsykiatri, även införde psykoterapeutisk behandling till Sverige. Under sitt arbete med handikappade barn uppmärksammade hon deras känslomässiga behov och reste till Wien för att lära sig psykoanalys. Vid hemkomsten startade hon den svensk-finska psykoanalytiska föreningen och blev i slutet av 1940-talet medicinsk hedersdoktor vid Karolinska Institutet för att hon infört "modern psykiatrisk behandling". Alfhild Tamm skrev ett antal betydelsefulla barnpsykiatriska böcker och artiklar, där särskilt hennes lärobok om läs- och skrivproblem från 1943 ska uppmärksammas. Boken, som hon skrev tillsammans med dåtidens öronläkare/audiologer, specialpedagoger och talpedagoger/logopeder, är faktiskt så modern att den skulle kunna putsas språkligt och ges ut som en aktuell bok även idag.

Brustna sinnen

Isak Jundell, som var professor i pediatrik vid Karolinska Institutet och överläkare vid Norrulls barnsjukhus, kan sägas vara den som initierade ämnet barn- och ungdomspsykiatri som vetenskaplig och klinisk specialitet. 1915 skrev han pamfletten "Brustna sinnen", som är den svenska barnpsykiatrins programskrift. Från Brustna sinnen citeras följande: "Vi måste bereda de medicine studerandena och läkarna tillfälle att å en särskild sjukvårdsanstalt studera barnets själs- och nervsjukdomar. Kännedom om barnets psykopatologi är för skolläkaren verkligen lika viktig som kännedom om barnets ryggradskröknings, bleksot och närsynthet".

Särskilt intressant är att Isak Jundell lyfte fram att de tre yrkesgrupperna läkare, lärare och domare/jurister behövde särskilda kunskaper om barn- och ungdomspsykiatri. Domare/jurister av den anledningen att inte längre döma barn till fängelse utan att genom större kunskap om barnålderns särart bedöma barn på annat sätt än de bedömde vuxna.

Det vetenskapliga paradigmet vid den tiden var läkepedagogik som i Jundells språkbruk kallades "medicinsk pedagogik". Han skriver om den läkepedagogiska behandlingen att den "emellertid kan nå verkliga resultat, endast under den förutsättningen, att sjukdomsfallets natur noga fastställts i varje särskilt fall. Att noga känna till sjukdomens art är här, såsom i all medicinsk behandling, det första och viktigaste".

På det sättet fastslog han betydelsen av barn- och ungdomspsykiatrisk utredning och initierade också särskild utbildning för dem som inom sjukvård och barnavård skulle arbeta med barn.

Jundell startade en av världens första vetenskapliga pediatrika tidskrifter. I den, *Acta Paediatrica*, kom också majoriteten av de svenska barn- och ungdomspsykiatriska vetenskapliga arbetena att publiceras fram till 1980-talet.

Precis som Alfhild Tamm inspirerades Isak Jundell att 1922 öppna en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Det skedde med "Rådgivningsbyrån vid Norrulls barnsjukhus". Med växlande finansiering kunde rådgivningsbyrån så småningom utvecklas till att också innefatta en småbarnsavdelning i vilken verksamhet övriga av de senare barn- och ungdomspsykiatriska pionjärerna kom att skolas under 1930- och 1940-talet. När Norrulls barnsjukhus stängdes i början av 1950-talet flyttade dåvarande överläkaren, Elsa-Britta Nordlund, till den nyöppnade barnpsykiatriska verksamheten vid Karolinska sjukhusets barnklinik, medan rådgivningsbyrån och avdelningen omlokaliseras till Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus. Rådgivningsbyrån blev därefter en av de första större rådgivningscentralerna inom Stockholms PBU vid omorganisationen under 1950-talet, då förutom "Gula villan", filialen vid Liljeholmen och "Lovisa", nya rådgivningsbyråer öppnades i bl a Hökarängen och Vällingby.

Isak Jundell initierade traditionen med barn- och ungdomspsykiatrisk konsultverksamhet vid barnmedicinska och barnkirurgiska enheter, där svensk barn- och ungdomspsykiatri har en utomordentligt lång tradition. Få känner idag till att konsultverksamheten har en mer än 85-årig tradition och inspirerat till ett 100-tal vetenskapliga artiklar, 17 doktorsavhandlingar och 5 lic-avhandlingar som har publicerats från 1950 fram till idag.

Per-Anders Rydelius
Professor i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Fortsättning följer i nästa nummer!

Referenser finns på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se

Vilsegången eller pionjär?

Att använda komplementära metoder i psykiatrin

”Komplementära” behandlingsmetoder inom psykiatrin är sådana som inte är officiellt godkända. Alla etablerade terapier har först varit komplementära. Det krävs då att någon vågar börja...

Artikeln diskuterar användning av s.k. meridianterapi, särskilt EFT, med tio års uppföljning av en behandling.

Fokuserad akupressur

En patient som får akupunktur vilar en stund med nålar i bestämda punkter, och kan under tiden tänka på vad som helst. Akupunkter kan stimuleras på andra sätt än med nålar. *Akupressur* innebär att stimulera punkterna med massage eller annan beröring.

Sedan omkring 1980 finns metoder för behandling främst av vissa psykiska och psykosomatiska besvär, där akupunkter stimuleras samtidigt med att patienten mentalt fokuserar på det aktuella besväret. Dessa metoder kallas *fokuserad akupressur*, eller *meridianterapi*.

Utveckling av metoden

Fokuserad akupressur uppfanns 1979 av den amerikanske psykologen Roger Callahan. Han studerade akupunkturläran och fick en impuls att hos en patient med en mångårig svår specifik fobi stimulera en viss akupunkt genom att knacka lätt på den. Därvid upphörde patientens ångest momentant, och hon förblev fri från fobin. Callahan utformade sedan sin tankefältsterapi (*Thought Field Therapy*, *TFT*) där bestämda sekvenser av akupunkter stimuleras vid olika besvär. Den elementära metodiken är lätt att lära, men metoden blir komplicerad när man vill gå vidare till mer avancerade stadier.

En av Callahans lärjungar, Gary Craig, ville förenkla TFT. Han utformade från 1994 en metod där samma följd av akupunkter stimuleras vid olika besvär, och fann att detta fungerar lika bra. Craig kallade sin metod *Emotional Freedom Techniques*, *EFT*.

TFT utövas strikt enligt Callahans anvisningar. EFT är en öppen metod där andra terapeuter har utvecklat egna varianter av Craigs ”grundrecept”. Det gemensamma för alla varianter är att man under viss mental fokusering i flera omgångar stimulerar ca 6-12 akupunkter, vanligen genom lätt knackning, ”*tapping*”.

Att komma igång

I mitt arbete som psykiater har jag varit särskilt intresserad av att utveckla praktiska verktyg för patienter att använda som ”hjälp till självhjälp”. Jag har t.ex. utformat hjälpmedel för avslappning och kognitiv ångesthantering i skrifter och kassettband/CD.

Med den bakgrunden var det naturligt att jag blev intresserad av meridianterapi. 1998 började jag med TFT och skrev om den i *Psykiatrifonden Informerar*, september 1999. När jag ville gå vidare med TFT fann jag den snart alltför komplicerad. Det var en lättnad att få tips om EFT, som är mycket enklare att utföra för både terapeut och patient. Resultaten med EFT blev från början bättre än med TFT.

Klinisk metod för EFT

En patient med t.ex. hissfobi tänker på att åka hiss. Enligt en bestämd procedur stimuleras vissa akupunkter medan patienten tänker på hissåkande. Behandlingen kan utföras av terapeuten. Det vanligaste är dock att terapeuten visar proceduren, och patienten gör efter tills ångesten minskar påtagligt. Detta provas sedan i den verkliga situationen.

Före övningen bestäms vilket problem som ska behandlas. Övningen kan behöva upprepas för olika aspekter av problemet. Problemet och den önskade förändringen bör beskrivas så specifikt och med så stark känsloladdning som möjligt.

Patientfall: Tio års uppföljning

”Ann” är ca 55 år, hon har medgivit publicering. Hade psykiatrisk kontakt 1991, 1993 och 1994 med bl.a. många kurators- och psykologsamtal.

Återkom 9912 då jag träffade henne. Angav flera problem, bl.a. 1) sedan ca 1994 uttalad social fobi som hindrade henne i gruppaktiviteter på arbetet, 2) sedan 1980 mycket besvärande köldurtikaria (”köldallergi”), och 3) sedan barndomen en specifik fobi, stark rädsla för kattungar och t.ex. duniga ankungar.

Ann behandlades våren 2000 med främst EFT sju gånger för social fobi som i det närmaste försvann, en gång i januari för köldallergi som försvann, en gång i mars för kattungefobi som försvann. Resultaten bestod vid uppföljning våren 2010.

Framtiden?

Med sådana resultat, som har upprepats ibland under åren, tror man kanske att jag ägnar en stor del av min arbetstid åt EFT. Men ändrade arbetsförhållanden lämnar allt mindre utrymme för sådan verksamhet. Komplementära terapier innebär också särskilda forskningsproblem. Det är troligen omöjligt för en kliniskt verksam läkare att bedriva en studie av EFT. Finns kanske någon nyfiken psykolog?

Det var då uppmuntrande att några kollegor blev intresserade. En skrev i februari 2000: "Hur det än är med verkan av EFT så håller det mig på gott humör, höjer energinivån och motverkar uppgivenhet och deppighet – det är jag mycket nöjd över."

Kollegan återkom hösten 2009: "Nu har jag hållit på med energipsykologi sedan 10 år tillbaka tack vare din artikel i Psykiatrifonden. Min favorit är TAT, Tapas akupressurteknik, som jag använder dagligen. Tapas Fleming kommer hit igen nu i oktober och vi har kurs... Jag är mycket tacksam att du skrev om TFT – mitt yrkesliv har blivit bra mycket roligare och jag tror att mina patienter har stor glädje av detta." ◀

Nils-Olof Jacobson
Överläkare, med.dr.
Psykiatriska kliniken
Centralsjukhuset
291 85 Kristianstad

Av utrymmesskäl finns mer text och referenser på
www.svenskpsykiatri.se

Att bli sig själv igen
med effektiv behandling

En väg ut ur det svåra

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

Ciprex är ett modernt* antidepressivt läkemedel som med dokumenterat god effekt^{1 2} kan hjälpa till att behandla patienterna till remission.

Patienter i remission hittar snabbare tillbaka till en fungerande vardag och får en ökad livskvalitet. Viktiga milstapen för dig som specialist som följer patienten och dennes anhöriga.

Lundbeck  Ciprex
escitalopram
Tillbaka till livet

ciprex.se | eLundbeck.se

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

* SSRI/SNRI

- 1) Cipriani et al. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2.
- 2) Nationellt kunskapscenter för hälsetjenesten; Medicinsk metodvärdering, Rapport Nr 17-2007.

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

Jan-Otto Ottosson

Foto: Jan-Otto Ottosson arkiv

Jan-Otto Ottosson är professor emeritus i psykiatri. Han föddes 1925 i Kalmar, tog studenten i Göteborg 1944 och blev medicine kandidat 1947 och licentiat 1951 i Lund. Jan-Otto disputerade 1960 vid Karolinska Institutet med avhandlingen *Experimental studies of the mode of action of electroconvulsive therapy*. Jan-Otto var professor i psykiatri vid Umeå universitet 1963-1970 och vid Göteborgs universitet 1970-1991. Jan-Otto arbetar än idag aktivt som författare och handledare för yngre kollegor inom psykiatrin.

Läkaren, handledaren, utbildaren, författaren och debattören

Personligen hade jag förmånen att få lära känna Jan-Otto Ottosson redan på 1980-talet. Jan-Otto kom kontinuerligt till vår klinik, Vuxenpsykiatriska kliniken i Borås, och handledde våra specialister. Han gav också möjlighet till second opinion i besvärliga situationer. Sedermera hade jag som utbildningsledare förmånen att ha med honom i våra psykoterapiutbildningar (s.k. steg 1) där han var en mycket uppskattad föreläsare och examinerare. För mig är Jan-Otto Ottosson en av de stora pionjärerna inom svensk psykiatri. Han imponerar med sin enorma och breda kunskap. Hans förmåga att integrera och knyta samman biologiska, psykologiska och sociala perspektiv är helt fantastisk. Hans stora insatser som läkare, handledare, utbildare, författare och debattör är för mig unika.

ECT

Avhandlingen, *Experimental studies of the mode of action of electroconvulsive therapy*, är ett exempel på systematiskt genomförda undersökningar av vad i en el-behandling som ger effekt. Avhandlingen behandlar fem olika undersökningar. De presenteras i sådan ordning att resultaten från en undersökning ger förutsättningar för den efterföljande. Den femte och sista undersökningen inom ramen för avhandlingen handlar om minnesförsämringen efter ECT-behandling. Resultaten visar att ju mer ström som ges för att utlösa ett anfall desto allvarigare blir försämringen av minnesförmågan. Samtidigt är den antidepressiva effekten beroende av att maximal konvulsiv aktivitet utlöses i hjärnan. Flera av Jan-Ottos doktorander har fortsatt forskningen om ECT.

Psykoterapi i läkarutbildningen

I slutet av 1960-talet går JOO in i debatten om den föreslagna förändringen av läkarutbildningen och publicerade flera artiklar i detta ämne i Läkartidningen. I artikeln "Behövs psykologi i läkarutbildningen" svarar han ett tydligt JA i denna fråga och hävdar att läkare inte generellt är goda psykologer. "De läkare som är goda psykologer har fallenhet och självstudier att falla tillbaka på". Han hävdade att läkarstudenterna vid denna tid efterlyste kurser i patientpsykologi, intervjueteknik och läkar-patientrelationen.



Jan-Otto Ottosson fortsätter detta resonemang 1969 då han publicerar flera artiklar med temat "Psykoterapins ställning i dagens psykiatri".

Vid samma tidpunkt poängterar han att "satsningen på preventiva åtgärder och rehabilitering" ställer nya krav på att psykologiska och sociala faktorer beaktas. Dessutom för psykoterapien psykiatern närmare andra yrkesgrupper som psykologer och socionomer.

I en annan artikel "Psykoterapi – en panacé?" manar dock Ottosson till besinning vad gäller psykoterapins möjlighet att bota. Detta efter en artikel av psykoanalytikern Ørsten Sjøvall som menade att 100 procent av alla psykiatriska patienter skulle behöva psykoterapi. Ottosson ansåg att endast några få procent var tillgängliga för insiktsfokuserad psykoterapi, medan flera andra behöver andra former av psykoterapi.

Ottosson försvarade förslaget från Svenska Psykiatriska Föreningen som menade att i den psykiatriska specialistutbildningen skulle det bland sammanlagt sex kurser finnas en kurs som behandlar psykoterapi. I denna artikel uppmanar Jan-Otto staten att ta ett ekonomiskt ansvar för utbildningen i psykoterapi vilket senare genomfördes.

I sin egenskap av ordförande för Svenska Läkaresällskapet "Delegation för medicinsk etik" och sakkunnig i "Statens medicinsk-etiska råd" har Jan-Otto medverkat till att öka intresset för etiska frågor inom sjukvård och medicinsk forskning.

År 2005 gav han ut boken "Psykiatrisk etik" som uppmärksammades med en recension Under strecket i Svenska Dagbladet.

Författaren

2003 kom Jan-Otto Ottosson ut med boken "Psykiatrin i Sverige", också den recenserad i en understreckare. Det är en fantastisk bok där Jan-Otto beskriver utvecklingen inom psykiatrin de sista 50 åren. Boken genomsyras av ett etiskt engagemang och Jan-Otto beskriver framsteg och problem inom psykiatrin som han personligen kunnat följa under denna tid.

Tillsammans med den amerikanske psykiatriprofessorn Max Fink kom Jan-Otto 2004 ut med boken "Ethics in Electroconvulsive Therapy". Bokens syfte var att reda ut kontroverserna kring ECT samt presentera en bred etisk analys av ECT. Med anledning av att ECT nyligen blev föremål för negativ uppmärksamhet i massmedierna skrev Jan-Otto en artikel Under strecket i Svenska Dagbladet där behandlingens metodik, effekter och förmodade verkningssätt klargjordes.

I Läkartidningen under senare delen av 2008 publicerade Jan-Otto artikeln "Dags att sluta leden". Där uttryckte han sin besvikelse över att när psykiatrin nu väl fått en framtidsvision att utgå ifrån – han syftar bland annat på Psykiatrireformen från 1995 och Slutbetänkandet av Nationell psykiatrisamordning; Ambition och ansvar – så oöfentliggör massmedierna skolstrider inom kåren av psykiater, vilket i sin tur kan påverka vilka resurser politikerna vill ge psykiatrin. Istället för att strida inbördes bör psykiatrerna ta fasta på det som förenar.

Han talar om en svensk psykiatrisk vård i kris och anser att den med "sin mörka historia och fördomsbelastning" hamnat i en besvärlig position. Han lyfter också fram rekryteringssituationen när det gäller läkare och sjuksköterskor. Han säger vidare; att "bara se hjärnan eller bara själen" kan vara acceptabelt inom forskningen men att detta inte är tillräckligt i det kliniska arbetet.

1983 kom JO ut med sitt stora standardverk för läkarstuderande "Psykiatri". Boken har kommit i sju upplagor och används också i sjuksköterske- och psykologutbildningen.

Tillsammans med medförfattare har han gett ut "Psykiatriboken" som är avsedd för medellånga utbildningar i psykiatri samt "Akut psykiatri" som nyligen kom i sin fjärde upplaga.

Jan-Otto har genom åren publicerat en mängd debattartiklar som alla visar hans starka engagemang både i etiska frågor men framför allt i frågor som berör psykiatrins ställning i vården och utbildningen av blivande psykiater.

Psykiatrins naturvetenskapliga aspekt och dess humanistiska

"Jan-Otto Ottosson har spelat en väsentlig roll för psykiatrin i Sverige och i Göteborg, där han var professor i psykiatri i över tjugo år.

Det är troligen ingen överdrift att påstå att han under denna tid var Sveriges mest respekterade och inlystelserike psykiatriker. Ottosson hade en stor arbetskapacitet och skaffade sig en bred psykiatrisk kompetens. Han engagerade sig i etiska frågor som hade en förbindelse till arbetet som psykiatriker. Han var orädd och tog ställning för det han trodde på. Han var intresserad av såväl psykiatrins naturvetenskapliga aspekt som dess humanistiska" skriver Per-Magnus Johansson (psykoanalytiker, docent i idé- och lärdoms historia och psykolog) i boken "Freuds Psykoanalys – Inblickar i psykiatrins och den psykodynamiska terapins historia i Göteborg 1945-2009" Daidalos, Göteborg 2009.

Jag håller med i alla punkter och är glad att jag fått lära känna Jan-Otto Ottosson.

Jag kan inte låta bli att ställa en fråga till Jan-Otto:

Vad är psykiatrins viktigaste fråga?

Det som alltid legat mig varmt om hjärtat är att motverka ensidighet och skolbildningar. Psykiatrin är till sin natur en hybrid mellan naturvetenskap och humanvetenskap. Det är intellektuell utmaning som lockar unga människor att arbeta i psykiatrin. Vi är skyldiga de patienter som söker vår hjälp att både använda en medicinsk sjukdomsmodell (söka ett biologiskt underlag till symtomen) och en psykosocial sjukdomsmodell (nä förstående utifrån samspelet mellan den enskilda människans personlighet och livssituation). Likaså är vi skyldiga att på det sätt som bäst gagnar patienten använda läkemedel och/eller psykoterapi. All ensidighet gör att diagnostik och terapi inte blir de bästa möjliga. Det är också ofruktbart att framhäva en motsättning mellan psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi. Båda är evidensbaserade, båda bygger på en terapeutisk allians mellan patient och terapeut och båda behövs, dels på olika patienter, dels under olika faser i förloppet av en psykisk störning. ◀

Stina Djurberg
Vuxenpsykiatriska klinikerna
Södra Älvsborgs Sjukhus
Borås

Källa (med tillstånd av Per Magnus Johansson):
Freuds Psykoanalys. Inblickar i psykiatrins och den psykodynamiska terapins historia i Göteborg 1945-2009. Per Magnus Johansson. Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg

Barnpsykiatriska pionjärer

Vad är en pionjär? En person som brutit ny mark, satt varaktiga konstruktiva avtryck inom sitt område. Barn- och ungdomspsykiatri är en medicinsk specialitet som kännetecknas av teamarbete. Det innebär att andra yrkeskategorier än läkare-barnpsykiatriker kan vara pionjärer i meningen att avgörande ha bidragit till specialitetens utveckling.

När jag började inom barnpsykiatri 1968 på Ungdomskliniken vid Långbro sjukhus framstod några personer som ledande; Gustaf Jonsson på Skå, den första professorn i disciplinen Sven Ahnsjö i Stockholm och Anna-Lisa Annell i Uppsala som professor och barnpsykiatrisk läroboksförfattare. Internationella namn som dök upp under den korta period under början på 70-talet då jag var sekreterare i barnpsykiatriska föreningen var amerikanen James Anthony, fransmannen Serge Lebovici liksom Erik Homburger Erikson och John Bowlby, alla psykoanalytiskt utbildade.

Tidiga pionjärer inom systemisk familjeterapi

Barn- och ungdomspsykiatri spannar över flera medicinska, psykologiska, och sociala delområden. Jag väljer fortsättningsvis övervägande men inte enbart att hålla mig till pionjärer som bidragit till att forma den systemteoribaserade familjeterapi som den kommit att infogas i barnpsykiatri i Sverige.

Ett familjeterapeutiskt perspektiv på psykodynamisk/psykoanalytisk grund fanns etablerat sedan flera decennier inom barnpsykiatri, inte minst inom PBU och Ericastiftelsen i Stockholm. Den familjeterapi som baserades på system- och kommunikationsteori kom i Sverige att präglas av influenser från olika utländska terapeuter snarare än av särskild nationell metodutveckling. Under 1970-talet påverkade således ett antal utländska familjeterapeuter, framför allt från USA - mer eller mindre varaktigt - etableringen och utvecklingen av systemteoretiskt inspirerad familjeterapi i Sverige. I bakgrunden svävade giganten Gregory Bateson.

Walter Kempler kom till Sverige redan i slutet på 60-talet med sin experienciella/gestaltiska metod. Den var knappast systemorienterad, men Kempler arbetade med hela familjen samlad vilket var nytt. Han var inriktad på familjens kommunikation i samtalsrummet och såg sig själv som modell för att uttrycka känslor och behov. Andra amerikanska pionjärer, med mer varaktigt genomslag var Virginia Satir och framför allt Salvador Minuchin. Han var invandrad från Argentina, professor i pediatrik, med erfarenhet från såväl psykoanalytisk privatpraktik i New York som från arbete med vanartiga pojkar på institution och slumfamiljer i Philadelphia. Genom detta hade han en bred erfarenhetsbas för utvecklingen av sin strukturella familjeterapimetod. Den var normativ och fokuserade på samspelet mellan par-, föräldra- och syskonsystemen beträffande koalitioner, gränser och roller, inte minst som dessa manifesterade sig under sessionen.

Metoden hade fördelen att målen med behandlingen var relativt lätta att förstå och förklara. Teknikerna var konkreta och möjliga att relativt snabbt tillägna sig för behandlare som kunde kombinera egen god kontaktförmåga med vilja att vara aktiv och ledande under sessionen. Satir, med bakgrund i Human Potentialrörelsen var mer inriktad på kommunikation i allmänhet, hur den avspeglade och befäste individuell inre frihet och brist på emotionell balans. Hon påverkade inte bara familjearbetet utan hela kommunikationskonceptet inom barnpsykiatri.

Ett stycke in på 1970-talet började familjeterapi få ett allt starkare fäste inom såväl barnpsykiatri som socialt arbete, med begynnande svenska utbildningar i Psykisk Hälsas regi vid sidan av fortsatta workshops ledda av utländska lärare. Ett flertal personer kom att inflyta på utvecklingen men ingen i så stor utsträckning som Marianne Cederblad, nu professor emerita, men för den skull knappast mindre verksam. Hon fick tidigt erfarenhet av behandlingsarbete med familjer både genom arbete på Barnbyn Skå och inom Fagersjöprojektet, en pionjärinsats inom "hemma hos"-terapi. Förutom att hon var en av de första lärarna på SFPHs familjeterapeututbildningar blev hon motorn i utvecklingen av svensk familjeterapiforskning som var en av hennes forskningsdomäner. Grunden lades under hennes tid som docent och klinikchef på BUP i Linköping. Hon ledde en serie forskningsseminarier som blev grund för den rad av doktorander som skulle följa under 80- och -90-talen, bland andra Kjell Hansson, Carl-Göran Svedin, Per Gustavsson, Christer Torslund, Johan Sundelin, Ulf Wallin, Margareta Samuelson och undertecknad. Kjell Hansson är den som främst kommit att föra familjeforskningen framåt såväl vad gäller utveckling av diagnostik som utvärdering till exempel av funktionell familjeterapi och multisystemisk terapi. Marianne Cederblad arbetade också fram den sammanställning av familjeterapiforskning som var av avgörande betydelse för att Socialstyrelsen under 80-talet kom att acceptera familjeterapi som en legitimationsgrundande behandlingsmetod. Därmed lades också grunden för dess nuvarande status som en metod som ger psykoterapeutexamen.

Och senare...

I första hand tänker jag på Milanogruppen som initierade arbete med envägsspegel. Två terapeuter i samspel med familjen och två bakom envägsspeglarna som kunde observera och kommentera. Av de fyra i gruppen kom framför allt Cecchin och Boscolo att undervisa i Sverige. Uppdelning av terapeuterna och användandet av envägsspegel kom att utvecklas till reflekterande team-metoden som expanderade såväl takhöjd som komplexitet i det systemiska familjeterapiarbetet. Tyngdpunkten lades på relation, dialog och upplevelsens konstruktion genom språket. Denna utveckling drevs framför allt av norrmannen Tom Andersen som i hög grad påverkat såväl behandlingsmetodik som fortbildning inom ramen för det norsk/svensk/finska familjeterapeutiska samarbetet på Nordkalotten. Även Jakko Seikkula med sina vårdlagsmöten har påverkat metodiken och förvaltat finsk familjeterapitradition som utvecklats från 50- och 60-talen av Yrjö Alanen.

Nätverksterapi

En annan ansats, familjeterapi närstående, som importerades från USA men också utvecklades i Sverige var nätverksterapi. Grunden lades ursprungligen av Ross Speck och Carol Attneave. Metodiken togs under 80-talet upp av bland andra barnpsykiatrikern Lennart Svedhem och utvecklades vidare framför allt av den grupp som drev Nordiska nätverksprojektet. Nätverksperspektivet har en viktig roll inom barnpsykiatri, men kanske mer som övergripande synsätt än som specifik behandlingsmetod i vardagen. Något liknande kan kanske numera även sägas om det systemiska familjeperspektivet även om kvalificerad familjeterapi fortfarande kan förekomma. Terapi med psykologiska metoder inom psykiatri över huvud taget, utom i meningen pedagogik som syftar till bemästrande av känslor och beteenden, tycks gradvis allt mer komma att falla utom ramen för den offentliga sektorns åtaganden.

En "spretig bukett"

Några mer osystematiska axplock av svenska barnpsykiatriker som påverkat utvecklingen. Jag minns från tidigt 70-tal en kort visit på Ungdomskliniken vid Långbro sjukhus av Olle Elthammar som presenterade Multiple Impact Family Therapy, en metod väl lämpad för familjearbete i glesbygd med långa avstånd. Familjens medlemmar träffar under en intensiv dag ett terapeutlag i olika kombinationer för att arbeta fram emot slutliga gemensamma sessioner. Gösta Lyttkens i Visby tillhörde dem som tidigt arbetade konsekvent familjeterapeutiskt. Inom den psykoanalytiskt/psykodynamiskt orienterade familjeterapi har Magnus Kihlbom varit en framträdande person.

Andra barnpsykiatriker som påverkade barnpsykiatri under de ideologiskt laddade 60- och 70-talen var Christer Båge och Anders Torold. Bland annat verkade de för jämlikhetsideal inom en miljöterapeutisk ram. Deras arbete var mer styrt av politisk ideologi än evidensbaserad behandlingsmetodik. För yngre generationer av psykiatriker kan detta te sig märkligt och kanske oprofessionellt. Som jag ser det bidrog de, tillsammans med andra företrädare för miljöterapi och terapeutiska samhällen, till att omvandla synen på psykiatriska patienter. Från att ha setts – och själva sett sig – som passiva mottagare av behandling, i behov av omhändertagande och föremål för andras kontroll, försköts bilden mot den moderna synen i vilken patienten, om än i varierade grad, ses som medarbetare i behandlingen, förmögen att fatta egna beslut och ta ansvar för sitt liv. Jag tycker ibland att den plattformen som bas för evidensbaserad behandling är undervärderad. ◀

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri

Stockholm



Foto: Shutterstock

Tradition och förnyelse - ett pågående pionjärarbete inom barnpsykiatri

Ericastiftelsen hör till psykiatri i Sverige sedan många år tillbaka, grundat 1934 av Hanna Bratt, en lärare som insåg att det psykologiska perspektivet var något som vidgade hennes pedagogiska möjligheter. Mottagningen har utvecklats mycket genom åren, såväl till metod som till storlek. Den är numer en barnpsykiatrisk mottagning med ett psykoterapeutiskt fokus och är en av de institutioner som har rätt att utfärda psykoterapeutexamen. Jag har intervjuat Gunnar Carlberg, verksamhetschef för Ericastiftelsen och rektor för dess utbildningar, för att höra om detta spännande ställe, där man lär ut hur man kan se på barns lek och barns hälsa.

Gunnar Carlberg: Jag brukar säga att Ericastiftelsen präglas av tradition och förnyelse. Vi har från början haft vissa modeller som vi har fördjupat oss i och arbetat efter. I takt med att omvärlden förändrats har vi följt utvecklingen, vi har inte oerfaret klivit på de nya spåren utan fortsatt arbeta enligt vår metod. Nya teorispår och metoder har fått plats i vår verksamhet efter moget övervägande. Vi ställer oss frågan om hur vi kan infoga det nya på den teoretiskt fasta mark vi står, innan vi inför förändringar. Där kan jag tycka att andra institutioner väldigt snabbt byter till något nytt och säger att "nu ska det vara på det här sättet".

Värdet av att skynda långsamt

Det som man gjorde i början av Ericastiftelsens historia, liknar inte det man gör nu. Man kan ha den känslan att ingenting förändras, att allt är lika, men verksamheten har omformats ganska mycket genom åren. Just nu är vi inne i en omformning. Vi satsar till exempel på kortare terapier och de neuropsykiatriska frågorna har fått ett stort genomslag inom Ericastiftelsen.

Daniel Frydman: Du beskriver en sorts noggrannhet i Ericasystemet, som att det finns en latens i verksamheten inför utveckling och förändring. Inte på grund av ovilja mot förändring utan på grund av eftertanke.

GC: Ja, eftertanke är nog något som präglar arbetet. Det psykoanalytiska perspektivet med en ständig vilja att förstå barnets symtom, det har funnits ända från början av Ericastiftelsens historia, då grundaren Hanna Bratt betonade frågan "varför?"; varför är den här pojken ledsen eller omöjlig i skolan? Man blir beredd att se både till pojkens inre konflikter och till den situation i vilken han lever, där omvärlden – familjesystemet och skolan – inverkar.

Tre samverkande arbetsdimensioner

DF: Något som också präglar Ericastiftelsens historia är kombinationen av behandling, högskoleutbildning och forskning.

GC: Ja, det är kärnan i verksamheten, det som gör Ericastiftelsen unik.

Att vi har dessa tre verksamheter i samma organisation, är centralt. I nästan allt vi gör idag, försöker vi tänka på vad det kommer ha för konsekvenser för såväl behandlingen, utbildningen som för forskningen. Nu utvecklar vi korttids terapi för barn, ungdomar och unga vuxna på Ericastiftelsen, och forskar kontinuerligt på såväl processer som utfall, genom den terapi som vi erbjuder i den kliniska verksamheten. Vi bjuder också in forskare och utbildare från andra institutioner, för att skapa en bredare vetenskaplig grund för det vi gör. Det finns internationella nätverk som vi är anslutna till och 2008 stod vi som värd för en konferens om utvecklingen i forskning och klinisk praxis inom barnpsykiatri.

Vad har man sandlådorna till?

DF: Ericastiftelsen hör, med sin långa historia, till den svenska psykiatriska historien. Här har man genom åren visat hur arbete med barn kan bedrivas, sättet att använda lekmaterial i diagnostik och behandling har inte varit oomtvistat men har ändå delvis varit normerande för barnpsykiologisk behandling.

GC: Vi har gjort undersökningar som visar att metoden fortfarande fungerar väl, att barn attraheras av materialet och ger en bra bild av sig själva genom materialet. Men när vi använder metoderna så som vi gör idag, så gör vi det med en annan teoretisk medvetenhet än tidigare och kombinerar den med andra bedömningar. Teorierna som vägleder oss har också förändrats genom åren. Det har funnits åtskilliga teorier, alla förankrade i det psykoanalytiska/psykodynamiska teorifältet. Spädbarnsforskningen är det forskningsfält som just nu bidrar med mest inblickar i kognitiva processer. Det har också, genom psykoterapiforskningen, kommit att riktas mer fokus på relationen i terapin. Det gör att man har ett annat fokus även i lekobservationen, man tar in relationen i sammanhanget, är mer deltagande än tidigare då man kanske mer observerade hur barnet hanterade materialet.

Jag kan förresten varmt rekommendera författaren Magnus Florins bok "Ränderna". Den har viss anknytning till Ericastiftelsen och ger en skönlitterär bild av vad man kan vara med om när man kommer hit.

Behandling av barn med autismspektrumstörningar

DF: När du berättar det här, tänker jag återigen på det du började med, när du beskriver Ericastiftelsen som präglad av såväl tradition som förnyelse. Ett exempel på hur denna kombination kan te sig är väl just frågan om lek och det inre, symboliska livet. Bland era verksamheter finns också Trasten, en dagbehandlingsverksamhet för barn med kontakt- och beteendestörningar, huvudsakligen autismspektrumstörningar.

Autism är ju ett sätt att fungera där man har ett annorlunda sätt att förhålla sig till sina inre impulser och där det verkar vara så att den "inre världen" hos en autistisk person faktiskt inte ser ut som hos icke-autistiska personer. Tradition och förnyelse torde då ställas på sin spets.

GC: Trasten arbetar på samma sätt med dessa barn som med andra, och samtidigt inte. I de barngrupper som finns där, arbetar specialpedagogerna med att hjälpa barnen att förstå andras intentioner. Även Trasten har förstås utvecklats, det specialpedagogiska inslaget som finns nu, fanns inte så lika mycket från början. Som komplement till tiden i barngrupperna finns också dels individualterapi med barnen och dels stödjande kontakter med föräldrarna.

DF: Du säger att saker förändras i Ericastiftelsens metoder, samtidigt som det ibland utifrån verkar som att det är på samma sätt. Jag tänker att det kan ha att göra med att verksamhetens *tradition* är så tydlig.

Familjen och barnet samtidigt i fokus

Vikten av att ha med sig föräldrarna i behandlingen, att ägna sig åt gruppverksamhet och samtidigt ha fokus på barnets individualitet, är något som verkat gälla genom de olika skeden som Ericastiftelsen genomgått.

Förutom den behandling och den kliniska forskning som sker på Ericastiftelsen, finns där också en psykoterapeututbildning, handledarutbildning och även utbildning av specialpedagoger. Ericastiftelsen bedriver en av de få psykodynamiska psykoterapiutbildningar som godkändes vid Högskoleverkets granskning av utbildningarna för ett par år sedan. Gunnar Carlberg ger sin bild av hur utbildningen utvecklats genom åren.

GC: Styrkan i Ericastiftelsen ligger ju i att vi har dels en klinisk verksamhet som har ett speciellt uppdrag inom landstinget, som är länsgemensam, så har vi forskningen – som är anslagsberoende och som vi ständigt utvecklar. Utbildning har funnits på Ericastiftelsen hela tiden, den har löpt från en institution som utbildat pedagoger och läkare som ville ha utbildning i barnbehandling, till en akademisk utbildning som är harmoniserad med de krav som ställs från Utbildningsdepartementet och Högskoleverket. Vi står inför utmaningar som handlar om hur utbildningen ska se ut, intresset för de långa observations- och behandlingsperspektiven minskar och vi behöver utveckla tankar om korttidsterapier.

DF: När det gäller behandling så har ni landstingets förtroende. Idag, när omvärldens intresse ligger på andra behandlingsmetoder och andra teorier är ni en av de få huvudsakligen psykodynamiska institutionerna. Finns det något särskilt skäl till att förtroendet för er är så stort?

GC: Ett sätt att se det är att vi hela tiden har väldigt nöjda brukare. Det är något som vi systematiskt gör, undersöker och lyssnar efter hur de som kommer till oss uppfattar vår behandling. Vi har också varit med i landstingets brukarundersökningar. Alla dessa undersökningar visar att de som kommer till oss uppfattar ett väldigt gott omhändertagande, från väntrummet till behandlingen. De flesta är nöjda och upplever att de blivit tagna väldigt mycket på allvar. Man uppfattar våra medarbetare som seriösa och att vi verkligen vill förstå hur det är för deras barn.

Dessa goda brukaromdömen är förstås något som gör beställaren nöjd. Vi arbetar också fortfarande med längre behandlingar, det ger en större grad av omhändertagande.

DF: Men just det vidare omhändertagandet, där ser jag att det genom Ericastiftelsens historia har funnits en kombination av att ta hand om barnen och att också bemöta föräldrarnas frågor och oro. Man kan fundera på om det påverkar utfallet. Blir barnen som gått hos er mer kapabla att klara de krav som finns i skolan och livet i övrigt, än barn som fått annan behandling?

GC: Sådana jämförande studier har tyvärr aldrig gjorts, så vilken behandling som faktiskt är bäst, kan vi inte veta. Vi kommer ofta in i ett skede när man kanske har provat andra typer av insatser som inte har räckt till. Barnpsykiatri behöver olika typer av behandlingar för olika problem. I det ursprungliga evidensbegreppet är det viktigt att även väga in brukarnas och klinikernas erfarenhet i evidensgraden.

Brukarstudierna som vi nu talar om behöver kompletteras med andra kontrollerade studier. Vi bedriver en kliniknära forskning där vi studerar behandlingen som pågår. Våra mätningar med beprövade instrument visar på ett gott utfall. Studier där olika behandlingar på olika mottagningar ställs mot varandra, är nödvändiga och välkomna. ◀

Daniel Frydman

Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker

Stockholm



Foto: Daniel Frydman

Kalendarium

3-7 oktober 2010

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

12-14 april 2011

52nd Annual Meeting of the SCNP (Scandinavian
College of NeuroPsychopharmacology)
Oslo, Norge
<http://www.scnp.dk/>

23-27 oktober 2010

World Congress of the World Association
of Social Psychiatry
Marrakech, Marocko
<http://wasp-socialpsychiatry.org/infoMarrak.html>

14-18 maj 2011

164th Annual Meeting of the American
Psychiatric Association
Honolulu, Hawaii, USA
<http://psych.hawaiiiconvention.com/us>

27-29 oktober 2010

The Second International Conference on Violence in
the Health Sector,
From awareness to sustainable action
Amsterdam, Holland
[http://www.oudconsultancy.nl/Violence-Healthsector/
program.html](http://www.oudconsultancy.nl/Violence-Healthsector/program.html)

29 maj - 3 juni 2011

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

17-19 november 2010

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

3-7 september 2011

24th ECNP Congress (European College of
Neuropsychopharmacology)
Paris, Frankrike
<http://www.ecnp.eu/emc.asp?pagelid=1686>

1-3 december 2010

Medicinska Riksstämman, Göteborg
www.riksstamman.se

17-21 september 2011

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

16-18 mars 2011

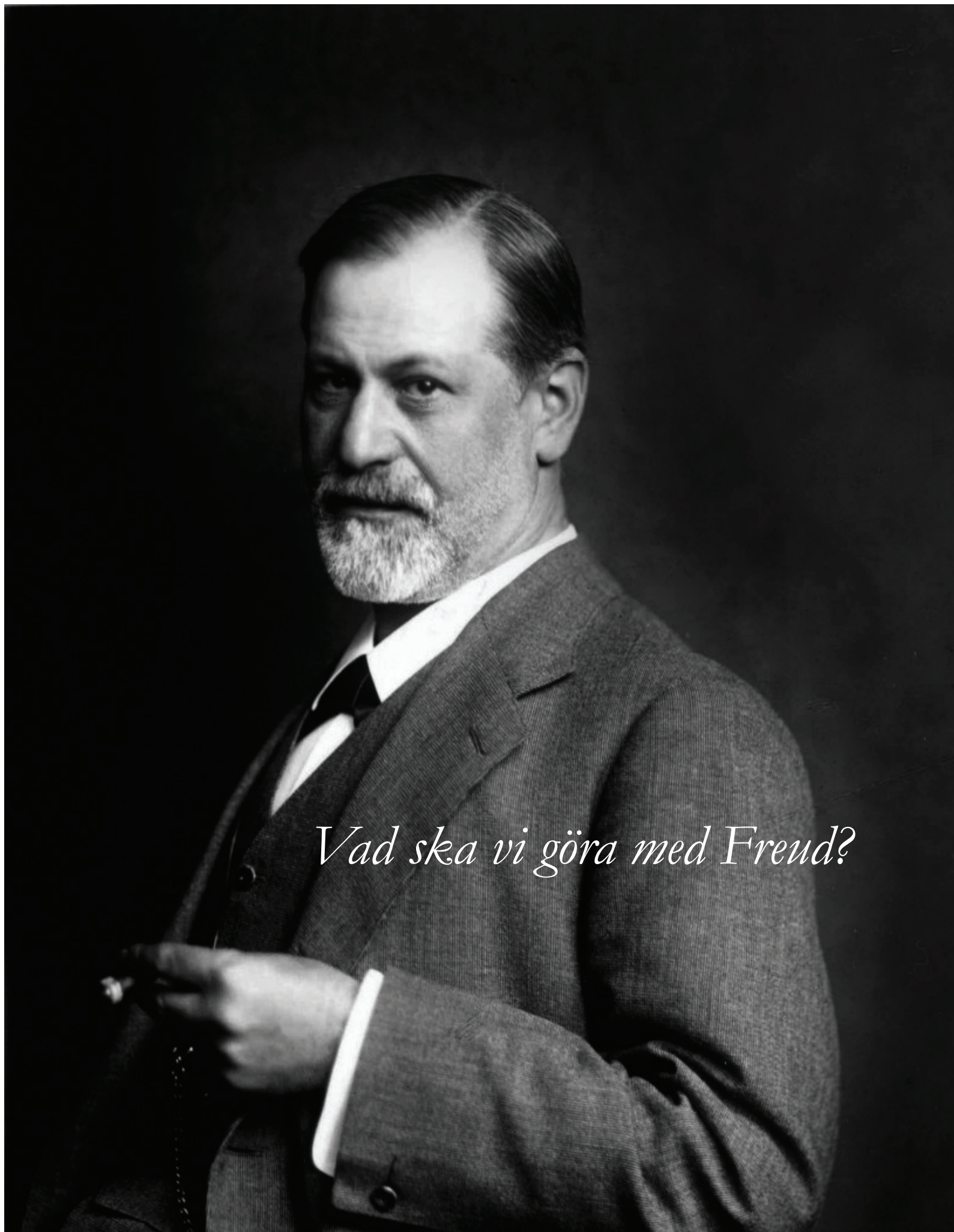
Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

Fler kongresser hittar Du på

www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srpf.se



sfbup



Vad ska vi göra med Freud?

Vad ska vi göra med med Freud?

KRÖNIKA
Enligt
Tiger

Är du freudian eller jungian? frågade mig den unga damen i en apokalyptisk bar i forna Östberlin, när jag berättade att jag skulle bli psykiater. Frågan är nästan otänkbar idag, när KBT och hjärnabbildning lyser rött på trendtermometern, medan psykoanalysen sedan en tid står på frostgrader. Fortfarande är dock Freud mer känd för den breda allmänheten än någonsin Kraepelin, Skinner, Beck eller Arvid Carlsson.

Till skillnad från många andra psykiatriska pionjärer var Freud inte psykiater, vilket präglar hans slutsatser. Den samtida Kraepelin kritiserade Freud för att ta uppmärksamheten från dem som verkligen var psykiskt sjuka. Den psykoanalytiska teorin bygger i grunden på observationer av "hysterikor" på sjukhuset la Salpêtrière i Paris. Professorn i neurologi Charcot tolkade det som att dessas symtom bottnade i undermedvetna, symtomgivande konflikter. Hans underläkare Freud vidareutvecklade sedan denna hypotes om det undermedvetna och generaliserade den till att förklara neuroserna.

Freud var dock noga med att skilja på olika tillstånd och diagnoser. I Fallstudier beskriver han hur en man kommer till hans praktik med "nervösa besvär". Freud uppfattar inte mannen som neurotisk och gör därför en neurologisk undersökning. När mannen faller som en fura vid Rombergs test remitterar Freud sin patient vidare till en neurologkollega med frågeställningen "neurosyfilis?"

Mindre kritisk var Freud avseende sin egen teori. I fallet Lille Hans, baserat på korrespondens med fadern till den 5-åriga analysanden, är ursprungsavsikten att beskriva ett barns psykosexuella utveckling. När pojken utvecklar en fobi, blir han istället ett fall som undergår tolkning. Hur Hans än betett sig är det svårt att tänka sig att han skulle undkommit förklaringen att en undertryckt sexualitet låg bakom hans symtom. Freud levde förvisso i en prydare tid, där stolsben kunde uppfattas som erotiskt vågade. I dagens samhälle är förträngd sexualitet inte en lika stor artikel. Likväl begår han en vetenskaplig dödssynd när han håller fast vid kartan, även när den inte längre överensstämmer med terrängen. Teorierna är högtflygande, men tappar stundom markkontakt, de beskriver inte längre verkligheten.

Freud bidrog därmed till utvecklingen av vetenskapsteorin, då hans belackare, som exempelvis Popper, samlade sig till att definiera vad som var vetenskap, i motsats till psykoanalysen, som var förment vetenskaplig. Ett problem var att Freud saknade handledning. Vore Freud doktorand idag skulle den kloke handledaren lägga in "Kill your own babies!" som skärmsläckare på hans PC.

Föreställningen om en undermedveten konflikt som ligger bakom det dåliga psykiska måendet lever kvar, särskilt bland dem som inte har så mycket erfarenhet av psykisk sjukdom.

Då och då möter jag anhöriga som tror att det finns en psykologisk knut som måste förstås och mödosamt lirkas upp för att den sjuke ska bli bra.

När vi sedan sätter in litium som behandling mot den bipolära sjukdomen uppfattas vi stundom som en Alexander, som löser upp den gordiska knuten med ett svärdshugg. När det gäller traumaminnen för den PTSD-drabbade är knuten en giltig metafor. Här går också psykoanalytiskt baserad psykoterapi och kognitiv beteendeterapi hand i hand, rörande överens om att patienten måste exponeras för det smärtsamma minnet för att avvärja det. Vad det gäller andra "neuroser" som OCD kan dock knuten slå krokben på patienten. Jag träffade en kvinna med OCD som gått tre år i psykodynamisk terapi. Hon var nöjd med sin terapeut, men inte ett skvatt bättre avseende sitt tvång.

Det är svårt att bevisa vad som ligger bakom psykisk sjukdom, särskilt när man blickar långt tillbaka. Därtill kommer vårt behov av att förstå och attribuera orsaker. En kvinna jag träffade på neurokirurgen trodde exempelvis att hon hade fått sin subaraknoidalblödning av att ha varit hos frisören och permanentat håret.

Min kloke vän och kollega Björn Mårtensson sa något i stil med: "psykoanalysen rymmer en hel del intressanta observationer av det normala psyket, men har begränsat förklaringsvärde beträffande psykisk sjukdom". Kanske är det också en del av psykoanalysens framgång, slagkraftigt formulerade idéer om psyket, vilka alla kan relatera till. När jag gick i skolan räknades Freud, tillsammans med Marx och Darwin, som de tänkare som lämnat störst prägel på det moderna samhället. Darwin, den mest vetenskaplige av dem tre, är väl den som åldrats med störst värdighet. Ingen psykiatrisk pionjär har fått ett så stort kulturellt genomslag som Freud, och det är svårt att tänka sig exempelvis Hitchcocks filmer utan föreställningen om det undermedvetna.

Freud var en rasande skicklig observatör, och läsningen av hans fallstudier bjuder på bitvis drabbande insikter, med formuleringar så glasklara att man får lägga boken åt sidan för att hämta andan. Dessemellan får man ibland närmast bläddra några sidor när Freud förlorar sig i sin teori. Sammanfattningsvis bör Freud läsas, som en del i ansatsen att förstå det mänskliga psyket, men då helst med Poppers kritiska glasögon på nästippen. ◀

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

ZYPrexa
Olanzapin
HJÄLPER LIVET VIDARE

Konsekvenserna
var värst
av allt.

Nu slipper
hon dem.

Zyprexa – förhindrar återfall vid bipolär sjukdom och hjälper patienter förbli i remission.

Zyprexa (olanzapin) N05AH03 Rx. **Indikationer:** Behandling av schizofreni, måttlig till svår manisk episod samt som profylaktisk behandling av återfall i bipolär sjukdom för patienter som svarat på olanzapin vid behandling av akut mani. **Beredningsformer:** Dragerad tablett 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg. Velotab, frystorkad tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. **Dosering:** Schizofreni, startdos 10 mg/dag. Manisk episod, startdos 15 mg/dag vid monoterapi eller 10 mg/dag vid kombinationsbehandling. Profylax av återfall i bipolär sjukdom, startdos 10 mg/dag. Patienter som fått olanzapin för behandling av manisk episod kan fortsätta med samma dos för den profylaktiska behandlingen. Dosen kan därefter, vid behandling av schizofreni, manisk episod och profylax av återfall i bipolär sjukdom, anpassas individuellt inom dosområdet 5–20 mg dagligen beroende på patientens kliniska respons. Datum för översyn av produktresumén, 2009-12-21. För ytterligare information och pris se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se.



Psykiatrin på årets Riksstämman 1–3 december i Göteborg!

På samma sätt som tidigare år kommer vi (SPF) att ha en monter ihop med SFBUP och SRPF. Kanske kommer vi att se föreläsare för SPF:s sektion för Konsultationspsykiatri där? Vi hoppas på att även Äldrepsykiatri och Beroendemedicin hittar dit så att vi kan få bred psykiatrisk kompetens. Passa på att titta in en stund och träffa representanter för resp. styrelse. Tala om för oss vilka frågor som är viktiga för Dig och som Du vill att vi skall arbeta med. Ge oss Dina synpunkter så vi kan företräda Dig och resten av medlemmarna på ett bra sätt. Visst är det kul att träffa gamla kurskamrater och kollegor för en pratstund! Hör hur det är ute i landet – kanske ni inte har det värst? Lär av hur andra gör – kanske har de bra verksamhet som ni kan ”stjäla”? Eller så har mötena ”bara” en social funktion, inte minst viktig.

Det kommer att finnas förfriskningar och vi planerar att ha en tävling med litteraturpriser.

Vad gäller det vetenskapliga programmet är psykiatrin i år ovanligt väl belyst i Riksstämmesymposierna och i egna program. Kring det kan Du se mer på annan plats i tidningen och fortlöpande följa uppdateringar på vår hemsida (SPF).

Vi hoppas att bli många som ses på årets Riksstämman!
Varmt välkomna!!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Foto: Carol Schultheis





Riksstämman

Fria föredrag som har som tema "Barnpsykiatrisk forskning i Skåne"

Onsdag 1 december 8.30-11.30

Moderator Ulf Wallin

1. **Barnpsykiatrisk forskning i Skåne.** Presentation från avdelningen för Barn och Ungdomspsykiatri i Lund av Professor Maria Råstam Avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet
2. **Risk Factors for Autism and Asperger Syndrome: Perinatal factors and Migration,** Nils Haglund psykolog Institutionen för kliniska vetenskaper, Sofiavägen 2D, 222 41 Lund, Karin Källén Docent Reproduktionsepidemiologiskt centrum, Tornbladsinstitutet, Lunds Universitet, Biskopsgatan 7, 223 62 Lund
3. **ADHD-symptom och mogenhet- redovisning av en tioårig uppföljningsstudie.** Peik Gustafsson Avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet, Eva Holmsröm BUP-Klin. Malmö, Psykiatri Skåne, Jack Besjakov Diagnostiskt Centrum för bild och funktionsmedicin, UMAS, Malmö, Magnus K Karlsson Ortopediska kliniken, UMAS, Malmö
4. **Pojkar/män med ätstörning - intervjustudie** Karin Wallin socionom, leg. psykoterapeut Institutionen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Lunds Universitet, Sofiavägen 2d, 221 85 LUND, Tabita Björk Med. dr, beteendevetare Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro, Gunn Pettersen Sociolog Department of Research and Development, University Hospital of Northern Norway, Tromsø, Norge
5. **Familjebehandlingslägenheter - intensiv behandling vid svår anorexia nervosa hos barn och tonåringar- en prospektiv studie och jämförelse mellan två ätstörningscentra.** Ulf Wallin Region Skånes ÄtstörningsCentrum, Lund, Raymond Valdes Familjeterapeut Stockholms Centrum för Ätstörningar
6. **Fanns det apatiska barn i Lund?** Sophia Hallstedt Geriatriskt utvecklingscentrum, Ulf Wallin Region Skånes ÄtstörningsCentrum, Lund
7. **Interactive Voice Response, a follow-up technique for children and adolescents discharged from psychiatric inpatient care - A randomised controlled trial** Susanne Remvall Läkare Barn och ungdomspsykiatriska kliniken, SUS Malmö, Rasmus Björgell Läkare Barn och ungdomspsykiatriska kliniken, SUS Malmö,

Björn Axel Johansson Läkare Barn och ungdomspsykiatriska kliniken, SUS Malmö, Claes Andersson Postdoc Klinisk alkoholhoforskning, SUS Malmö

8. **Tidig upptäckt av oklara utvecklingsavvikelser i Stockholm- "TUR modellen"** Harald Sturm läkare BUP Stockholm, Eric Zander psykolog BUP Stockholm
9. **Intervention med dans för flickor 13-18 år som återkommande söker hjälp för psykosomatiska besvär hos skolhälsovården. En prospektiv, randomiserad, kontrollerad studie.** Anna Duberg Doktorand, Leg Sjukgymnast Vårdvetenskapligt Forskningscentrum, Örebro Läns Landsting, Margareta Möller Professor, Leg sjukgymnast Vårdvetenskapligt Forskningscentrum, Örebro Läns Landsting, Lars Hagberg Med Dr, Hälsoekonom Vårdvetenskapligt Forskningscentrum, Örebro Läns Landsting, Helena Sunvisson Med Dr, Lektor ÖU Örebro universitet

Sektionssymposier

Onsdag 1 december 12.30 – 14.00

Betydelse av interaktion mellan miljö och genetiska faktorer vid psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

Moderator Nicklas Dahl Professor, Avd klinisk genetik, Rudbeck laboratoriet, Uppsala Universitet och MaiBritt Giacobini Prima Barn och Ungdomspsykiatri AB

Deltagande:

Christoffer Gillberg Professor i Barn och Ungdomspsykiatri, Göteborgs Universitet
Martin Schalling Professor, Inst för Molekylär Medicin, Karolinska institutet
Christina Hultman Professor, Inst för Medicinsk Epidemiologi och Biostatistik, Karolinska Institutet
Kerstin Malmberg Kvinnor och Barns Hälsa, Karolinska Institutet
Elisabeth Fernell Barn - och Ungdomspsykiatri, Göteborgs universitet

Onsdag 1 december 14.30 – 16.00

Ojämlighet och barns psykiska hälsa

Moderator Lena Eidevall Psykiatri Skåne

Deltagare: Tapio Salonen professor i socialt arbete Växjö Universitet

Henry Ascher Øyktingmottagningen i Angered
Jessica Ritzén Journalist Stockholms City



10.30-12.00

Adhd – utredning och behandling. Klarar psykiatrin att möta behovet?

Olle Hollertz

Vårt program torsdagen den 2 december

08.00 - 17.00 kan du se på vår hemsida

www.svenskpsykiatri.se

Riksstämman 2010

Symposier

Onsdagen den 1 december

12.30-14.00

Betydelsen av interaktion mellan miljö och genetiska faktorer vid psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

Nicklas Dahl

Torsdagen den 2 december

08.30-10.00

Tänk på kognitiva symtom vid olika sjukdomar!

Anders Wallin

12.30-14.00

En e-kativ och jämlik beroendevård - om Missbruksutredningen och en beroendevård i förändring

Lars-Håkan Nilsson

16.30-18.00

Sover kvinnor sämre? Hur ska sömnbesvär behandlas?

Jerker Hetta

Fredagen den 3 december

08.30-10.00

Fibromyalgi – somatisk sjukdom eller somatoformt smärtsyndrom?

Vad betyder olika synsätt för patient, läkare och sjukvård?

Pia Östryd

Välkommen till en kväll med Retorik som tema!

Psykiatern har en viktig roll som kunskapsspridare och debattör. Samhället efterfrågar ofta både vår kunskap och vår uppfattning i olika frågor som berör vårt kunskapsområde. Tyvärr känner många av oss en osäkerhet och har en ovana att både föreläsa och debattera vilket hindrar oss att förmedla det vi vill.

Styrelsen i SPF vill gärna bidra till att entusiasmera och underlätta för medlemmarna att känna sig bekväma att ge sig ut och sprida viktig kunskap om psykiatri i olika sammanhang. Vi har därför bjudit in Barbro Fällman från Retorikcentrum att ge oss en introduktion i retorikens möjligheter.

Torsdagen den 2 december kl 17.30 är alla medlemmar

Välkomna till Hotell Opalen i Göteborg

för att lyssna när

Barbro Fällman talar om "Retorik i praktiken"

Lättare förtäring serveras kl. 17.30, föredraget börjar kl. 18.00.

Antalet platser är begränsat så "först till kvarnprincipen" gäller.

**Anmälan senast 1 november till
riksstamman@svenskpsykiatri.se**

Länk till Retorikcentrums hemsida
www.retorikcentrum.se/index.htm

Styrelsen
SPF



Young Psychiatrists Meetings

i Vilnius 13-15 maj 2010 och
i Riga 6-8 april 2011

Svenska unga psykiatrer en del av framtiden

Sverige har sedan flera år ett speciellt intresse för den östeuropeiska psykiatrin och många projekt som Östeuropakommittén (ÖEK) har drivit genom åren har kunnat bidra till förändringar i flera av dessa länder.

Även om östeuropeiska unga psykiatrer blev en fokusgrupp i Umeås treåriga projekt "Continuous education of young psychiatrists in Belarus" (Bengt Lagerkvist, Tonny Andersén) så har dock Sveriges unga psykiatrer inte tidigare varit direkt involverade i dessa samarbetsprojekt.

Maj 2009 blev Johan Reutfors och Marie Bendix (båda tidigare medlemmar i ST-styrelsen) bjudna av ÖEK att följa med på ett möte till Kaliningrad som handlade speciellt om unga psykiatrers behov, och fick möjligheten att träffa unga kollegor från Ryssland, Vitryssland och Litauen. Idéer för gemensamma aktiviteter kunde tas fram och med hjälp av tidigare nätverk (bl.a. den europeiska ST-organisation EFPT) kunde man rätt så snabbt skapa en organisationsgrupp av kolleger från flera öst- och västeuropeiska länder.

Tack vare medel från SIDA's Östersjöenhet kunde idén att skapa konferenser för kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan yngre psykiatrer från Öst- och Västeuropa redan hållas för första gången i maj 2010.

Diagnostik med kulturella aspekter

Circa 50 unga psykiatrer från 9 länder träffades i Vilnius för konferensen "Ways to exchange knowledge and experiences of young psychiatrists".

Blandningen av föreläsningar, falldiskussioner, workshops och möjlighet till diskussion blev mycket uppskattad. Ett av huvudteman var diagnostik. Dels utlärdes teori och konkreta färdigheter genom föreläsning och workshop, men även filosofiska, kulturella och politiska aspekter blev tydliga under åtföljande falldiskussioner. Trots att diagnostiska system (främst ICD-10) är etablerade i alla länder så visade det sig att användning av strukturerade bedömningsinstrument varierar kraftigt. Men fr.a. tolkning av symtom i den nationella miljön och konsekvensen av diagnossättning visade sig påverka diagnostiken. En av deltagarna sade "we look at the same but we see different things".

Brett program som gav mersmak

Ett knappt tjugotal posters som berörde många av psykiatrins olika fält presenterades av deltagarna. Ämnena berörde exempelvis forskning om samspillet mellan immunförsvarsrespons hos T-cellerna och utvecklandet av schizofrena symtom utifrån genförändringar i CD28, den höga självmordsfrekvensen

bland landsbygdsbefolkningen i Vitryssland och en psykolinguistisk analys av hur språket förvrängs både till innehåll och struktur vid mild depression. Ett pris tilldelades en vitryss för postern om ett psykoeducativt program inriktat mot anhöriga till patienter med beroendeproblem.

De lokala samarbetspartner (fr.a. unga psykiatrer i samarbete med dr Germanivicius från Vilnius-universitetet) lyckades arrangera ett socialt program som skapade många möjligheter att diskutera med unga kollegor och bygga vidare på nätverk, inleda samtal om konkreta samarbetsprojekt, få tips om internationella forskningsmöjligheter, intressanta internationella möten mm.

Evalueringen visade att intresset för kommande liknande konferenser är stort och många konferensdeltagare är nu delaktiga i planering av ett nytt YP-möte i Riga 6-8 april 2011. Dessutom kommer Norman Sartorius, tidigare direktor för WHO's Mental Health programme, att hålla i en internationell ledarskapskurs 2-5 april.

För oss deltagande unga psykiatrer har det varit spännande, roligt och lärorikt att direkt involveras i internationella samarbetsprojekt och lära känna kollegor från andra miljöer. Om du också vill medverka hör gärna av dig! ◀



YP-möte Riga 6-8 april 2011 (ca 70 deltagare)
Ledarskapskurs Norman Sartorius 2-5 april 2011 (ca 15 deltagare)
Låg konferensavgift
Annonsering och anmälan inom kort
Följ gärna utbudet genom nätverkets internetgrupp:
<http://groups.google.com/group/young-psychiatrists-eastern-europe> där du lätt kan gå med

Marie Bendix, Stockholm, marie.bendix@me.com

Mattias Olofsson, Umeå, mattias.olofsson@vll.se

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

Foto: Marie Bendix



Två böcker om skam

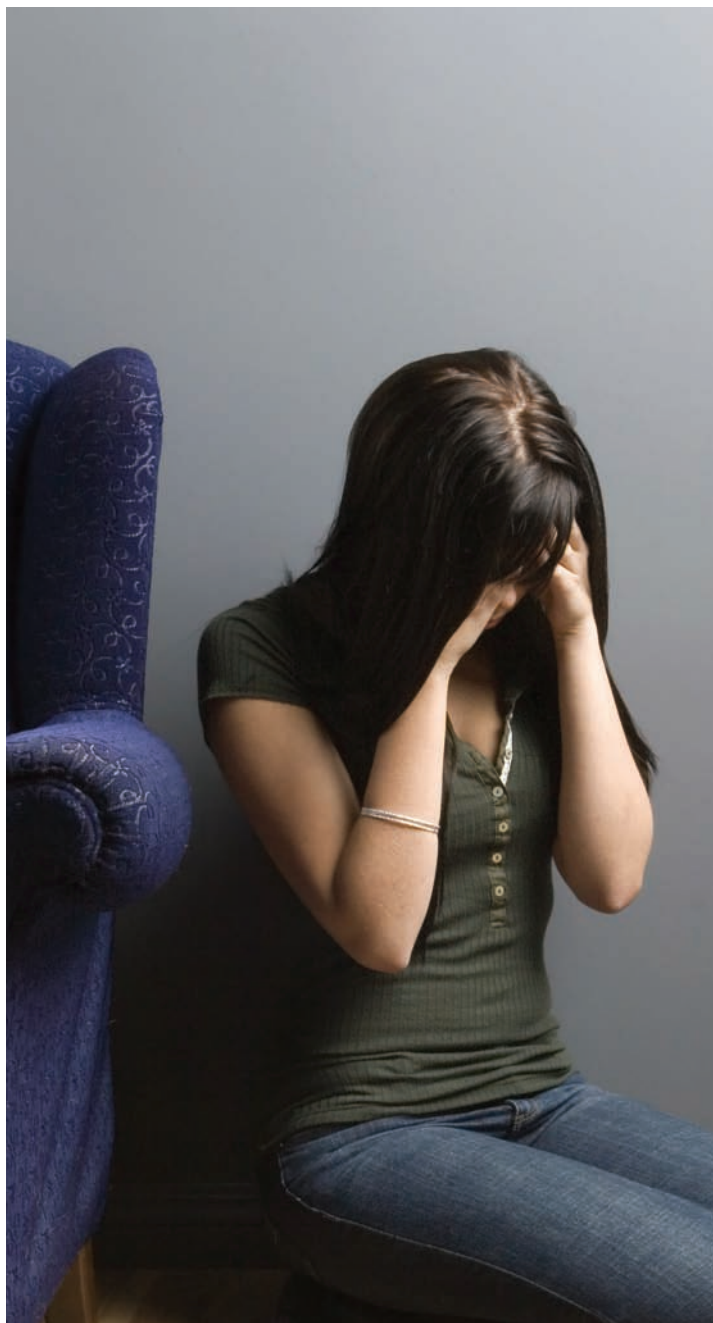


Foto: Shutterstock

Skam är en av de mest plågsamma känslorna och samtidigt en av dem som kraftfullast, tillsammans med skuldkänslan, påverkar såväl vår självbild som relation till andra människor. Det blir tydligt när vi umgås med personer som antingen tycks sakna förmåga att uppleva en eller båda av dessa känslor eller saknar förmåga att stå i kontakt med och låta sig styras av dem på ett konstruktivt sätt. Samtidigt är ett övermått av upplevd skam och/eller skuld ett av vardagens gissel som hindrar oss att leva fullt ut i balans med oss själva och andra. Det ligger i skammens natur att ”styra från

kulisserna”, det är ingen känsla som lätt låter sig hållas kvar för granskning och introspektion. Vi vill bli kvitt den så fort som möjligt. När den fyller oss, vill vi helst försvinna, inte möta omvärlden. Trots

skamkänslans kraftfulla förmåga att styra vårt beteende är den förhållandevis lite behandlad i den psykologiska litteraturen. Två böcker på svenska, med relevans för det kliniska arbetet, har publicerats under det senaste året av två psykoanalytiker, *Den nakna skammen – grund för depression eller väg till ömsesidighet* av psykiatern Johan Beck-Friis och *Skammens väg till kärlek* av psykologen Else-Britt Kjellqvist. Hon skrev om skam redan för närmare tjugo år sedan i ”Rött och vitt. Om skam och skamlöshet” medan Johan Beck-Friis tidigare fördjupat sig i skuldkänslan i sin bok ”När Orpheus vände sig om – en bok om depression som förlorad självaktning”.

BOKRECENSION

**Björn
Wrangsjö**

Kjellqvist skiljer mellan röd och vit skam. Skam är en fasansfull känsla, själva skamkänslan ger upphov till än mer skam. Skam uppstår när en förväntan på ömsesidighet och bekräftelse uteblir och man känner sig nonchalerad eller osedd. Oavsett den andres avsikt upplever man sig föraktad och förödmjukad. Den röda skammen fungerar som varningssignal och hjälper oss att upprätthålla våra egna gränser och respektera andras. Den hjälper oss att värna det mest privata och bereder väg för kärleksfullhet. Den vita skammen, depressiv, massiv, kall och giftig menar hon, förstör det intima och privata, den stympar ömsesidig kärleksfullhet, sexualitet och skaparkraft. På liknande sätt menar Beck-Friis kan skammen möjliggöra en växande ömsesidighet med omvärlden, eller låsas in, eventuellt inlåst i en depression.

Kjellqvist som tillägnat skambärarna sin bok har noggrant och inträngande fångat upp skammens olika ansikten. Hon visar hur den ofta opererar i det tysta bakom symtom och problem som lett till självdestruktivitet och utstötthet. Hon beskriver olika sätt att hantera skammen och förhålla sig till den och också vägar att komma tillrätta med den. Kjellqvist går i närmkamp med skammen. Hennes formuleringsförmåga som poet och hennes existentiella ansats bidrar till att texten kommer nära läsaren. Kjellqvist menar att skamkänslan, förutom att vara genuin i sin egen rätt också kan vara ett försvar mot den absoluta relationslösheten. Relationslöshet är förödande för ett litet barn, vilket inte kan överleva utan en nära relation. Skammen är möjligare att bära än en utplåningsångest. I detta yttersta krisläge, menar Kjellqvist, finns inget annat att ställa sitt hopp till än Kärleken, den nåd och gåva som människan har att förvalta men vars källa finns bortom oss. Här gör Kjellqvist ett vägval och resonerar explicit om denna källa i en kristen referensram inom vilken Gud är Kärleken.

Detta val innebär perspektiv som är tankeväckande som för trosvissa ateister möjligen kan leda till problem med det sista avsnittet i hennes bok där detta perspektiv fördjupas.

Beck-Friis ser skammens djupaste mening och syfte som en biologisk länk till förmågan att känna empati med andra. Han fördjupar sig i relationen mellan skuld och skam i depressionen; skulden baseras på att "jag gjorde detta hemska" och skammen på att "jag gjorde detta hemska". Han menar att i den utsträckning dessa åtkter är tvinnade i varandra är avgörande för den depressiva symtomatologins svårighetsgrad. Skammen kan ses som depressionens dolda moder. Han lyfter fram de destruktiva krafter som får oss att känna skam: avund, girighet, svartsjuka och kopplar skammen både till narcissistisk sårbarhet och till psykiatriska tillstånd som PTSD, utmattningsdepression, bipolaritet och missbruksproblematik, samt pekar liksom Kjellqvist på utanförskap som källa till skam. Ögat ses som skammens kanske främsta organ, den avvisande, kritiska blicken som dess generator och den sänkta blicken som dess budbärare.

Beck-Friis bygger upp sina resonemang med vinjetter utifrån egen klinisk och psykoanalytisk erfarenhet, från författares, konstnärers och tonsättares verk och livsöden och han gör också nedslag i den moderna åtktforskningen. Hans diskreta men påtagliga personliga närvaro i texten underlättar för läsaren att gå i dialog med framställningen och tänka vidare själv.

Båda författarna visar på skammens värde som regulator av mellanmänniska relationer och samtidigt dess förgörande potential. De betonar att även om skammen är en medfödd åtket kommer balansen mellan dess konstruktiva och destruktiva funktion att i stor utsträckning bestämmas av vilket värde det lilla barnet kunde avläsa i sina viktigaste vårdnadshavares ögon, leenden och kroppskontakt. Båda resonerar om olika psykologiska mekanismer som kommer till användning för att hantera skam. Skamlöshet, att man utsätter andra för den skam man själv inte kan bära, ser båda som ett ökande fenomen i en narcissistisk tidålder. Begreppet "skamfrihet" ska förstås som friheten att kunna erkänna och bära sin skam, inte frihet från skam. Skam som vi orkar bära skyddar oss mot skamlöshet. Författarna exemplifierar hur såväl förnekad skam som skamlöshet kan bearbetas, både utifrån psykoterapi och andra gjorda livserfarenheter.

De tar med sina läsare på en utmanande men tankeväckande och mycket stimulerande resa där början till dess fortsättning är att våga se sin egen skam i vitögat. ◀

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

CINP World Congress i Stockholm 2012

Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP) arrangerar vartannat år en världskongress med ca 5000 deltagare. Nästa kongress kommer att äga rum i Stockholm 3-7 juni 2012.

För mer information se <http://www.cinp2012.com/>



Vad gör du när patienten inte svarar bra på sin antidepressiva behandling?

Många patienter som tar läkemedel mot depression får inte tillräcklig effekt av sin första eller andra behandling.¹ Genom att byta behandling till Cymbalta finns det en möjlighet att hjälpa de patienter som redan har provat två eller fler antidepressiva läkemedel utan att ha fått tillräcklig effekt.¹

Målet; att du ska kunna erbjuda dina depressionspatienter full symtomfrihet.



Cymbalta[®]
duloxetine
hela vägen tillbaka

Begränsningar i läkemedelsförmånen: Cymbalta ingår i förmåner för patienter med depression eller generaliserat ångestsyndrom som inte nått behandlingsmålet med minst två andra antidepressiva läkemedel, varav det ena bör vara generiskt venlafaxin om inte särskilda skäl talar mot det.

Referens: 1. www.tv.se. **Cymbalta**[®] 30 mg och 60 mg enterokapslar, hårda (duloxetine). **ATC-kod:** N06AX21. **Indikationer:** Behandling av egentlig depression. Behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. **Kontraindikationer:** Samtidig behandling med icke-selektiva, irreversibla monoaminoxidashämmare är kontraindicerad. Skall inte användas i kombination med potenta CYP1A2-hämmare. Leversjukdom med försämrad leverfunktion. Gravid nedsatt njurfunktion. Okontrollerad hypertoni. **Datum för översyn av produktresumén:** 20091120. För ytterligare information och priser se www.fass.se. R_x. F. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se.

Lilly

Framtidens specialistläkare

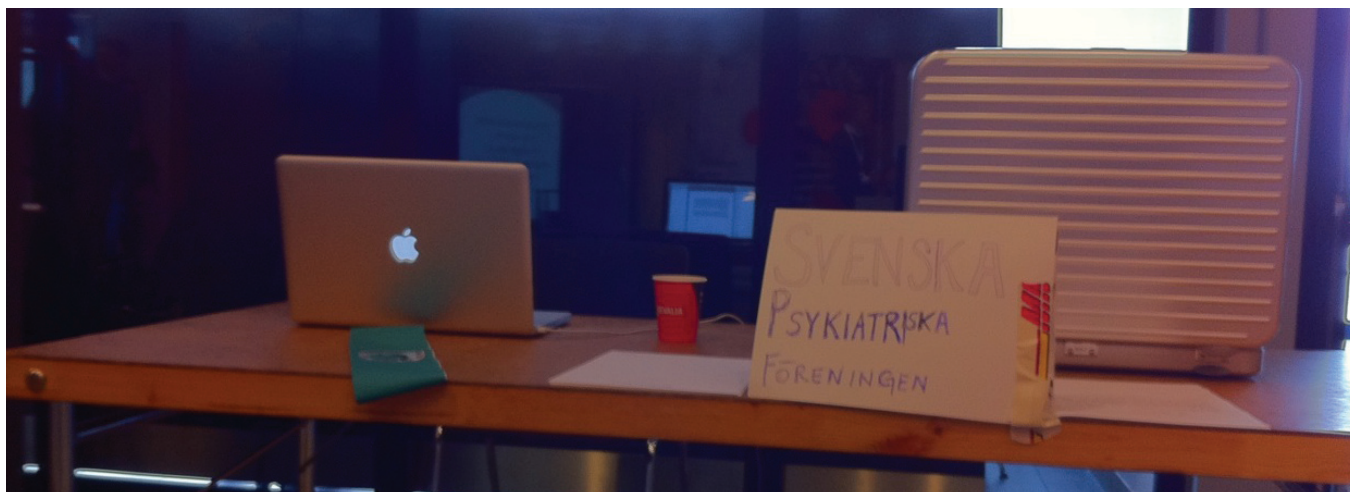


Illustration 1, foto Erik Nilsson

Min gamle studiekamrat, numera kirurg-ST på det Stora Sjukhuset, hånskrattade i luren tills han började hosta. "Lyckades de lura dig? Här har klinikledningen försökt skrämman upp ST-läkarna genom att hota med extrajourer för dem som inte åker. Vi har ändå lyckats hålla nollan." Jag hade börjat min research inför deltagande vid konferensen Framtidens Specialistläkare (FSL) i Malmö, och detta var den första meningsbärande information jag lyckades få fatt på. Innan jag tog kontakt med min cyniske studiekamrat hade jag frågat runt bland mina ST-kollegor på psykiatrikliniken, men där var det ingen som hade hört talas om FSL. Jag hade naturligtvis tittat in på konferensens hemsida, och där sett en textmassa som i sammandrag löd ungefär såhär:

FSL är en mötesplats för ST-läkare, handledare, studierektorer och sjukvårdshuvudmän som syftar till att ge en arena för erfarenhetsutbyte. Målet med konferensen är att med föreläsningar, kurser och workshops ge utbildning inom ledarskap, kommunikation och vetenskap till Sveriges alla ST-läkare. Konferensens tre huvudteman är ledarskap, kommunikation, och vetenskap. ST-läkare är personer som kommer att bli framtidens specialistläkare, vilka kan mer om ledarskap, är bättre på att kommunicera och implementerar vetenskapen mer naturligt i det dagliga arbetet. Kommande generationer tar säkert detta för självklart.

Fullt tydligt var att det skulle handla om ledarskap. Och kommunikation. Och vetenskap.

Det var alltså utan särskild förhandsinformation som jag satte mig i min läderdoftande landsvägsmissil för att i egenskap av eder utsände ta mig till konferensen. Stockholm - Malmö snabbare än Øyget var mitt privata mål med resan. Men vad skulle målet med att deltaga vid konferensen vara?

Jag visste att jag skulle representera Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF), såväl som min egen nybildade förening för

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri (SLUP). Rimligen skulle uppdraget - med tanke på publiken - vara att rekrytera specialister till SPF och ST-läkare till SLUP.

I konferenslokalen möttes jag av ett stiligt skrivbord i spånplatta, tillsammans med två vackert utilitaristiska gjutna plaststolar. Jag insåg snabbt att det inte skulle gå att få till en "monter", *per se*, av detta. En ironisk nidsbild av en psykiaters skrivbord låg däremot inom räckhåll (speciellt som jag hade tagit med en hög med osorterade arbetspapper i syfte att fördriva tid under ensamma hotellkvällar). Med en besöksstol vänligt utplacerad för att inbjuda till läkande samtal, och en handtextad skylt som förkunnade min organisationstillhörighet, förberedde jag mig för en anstormning av blivande medlemmar.

Min egenhändigt handtextade skylt ser ut som en produkt av en sjuk hjärna, det får jag tillstå. Men det ger ju väldigt litet mervärde för en psykiatriproduktionsenhet att tillverka "sjuka hjärnor", och vi borde väl ändå kunna få in en grafologisk tolkning som förhåller sig till DSM-systemet?

Sagt och gjort: Ett mindre läxförhör med alla intresserade mässbesökare som strömmade till. På vilken axel kan man tänka sig att personen som skrivit denna skylt har sina huvudsakliga problem? Här må denna artikels läsare göra ett eget försök med ledning av *Illustration 1*. Det rädde hos kongressbesökarna i det närmaste konsensus kring att det måste röra sig om axel II, men med tanke på grafologins låga evidensgrad som diagnostiskt instrument kommer det kanske inte som någon överraskning att det fanns en viss spridning mellan föreslagna axel II-störningar.

Trots, eller kanske just på grund av, monterns spartanska design attraherade den ganska mycket uppmärksamhet.

Försvarsmakten, som hade en uppbyggd djungelmiljö i vilken dväljdes kamouflagemålad skyldocka i sanduniform(!) med pistol och automatkarbin, såväl som livs levande militärer i den

mer till montermiljön välanpassade svenska M90-uniformen, attraherade naturligtvis mest uppmärksamhet. En del av sjukvårdshuvudmännen som var där för att idka tjuvjakt på nästan färdiga specialister attraherade förstås också mycket uppmärksamhet, i alla fall från de nästan färdiga specialisterna. Bland de montrar som saknade uppenbart syfte var dock vår en av de mest välbesökta (i alla fall i den kvadrant av mässlokalen som jag hade omedelbar uppsikt över).

Hur var det med målpuppfyllelsen, kanske man skall fråga sig? Jag ber att få rapportera att mitt egengenererade uppdrag genomfördes till 100 %! De två ST-läkare i psykiatri som var närvarande på FSL utan att vara SLUP:are lät sig villigt rekryteras - mot löfte att deras medlemsavgifter oavkortat skulle gå till att på nästa FSL ha en flådigare monter.

Det var litet svårt att utvärdera delmålet med specialister till SPF, emedan ingen av de närvarande specialisterna i psykiatri hade missat att ta ut medlemskap. Jag väljer att betrakta detta delmål som helt och hållet uppfyllt också, men inser att det är en "glaset halvfyllt/halvtomt"-typ av situation.

I jämförelse med insatserna till våra föreningars fromma i monterns spartanska miljö kommer föreläsningarna på FSL orättvist i skymundan i denna text. Låt mig bara säga att den tämligen esoteriska förhandsinformationen på intet sätt förbådade föreläsningarnas tillämpbarhet. Allt från kunskaper i retorik till d: o i mindfulness förmedlades väl över nivån som utgör lege artis. Med tanke på konferensens beteckning var det en överraskande låg andel av besökarna som var ST-läkare, och en konferenslokal av Malmö Arenas storlek gör att även en välbesökt konferens ser folktom ut (se *Illustration 2*). Sammanfattningsvis var FSL dock en trevlig och välorganiserad tillställning. På vägen hem till Stockholm gav jag återkoppling till min cyniske vän med kirurgisk belastning. Han ångrade bittert sitt oinformerade avståndstagande från konferensen men fick glädjen att skratta igen åt mina försök att slå lyget. Det var faktiskt inte möjligt att uppfylla detta mål utan att ge avkall på trafiksäkerhet...

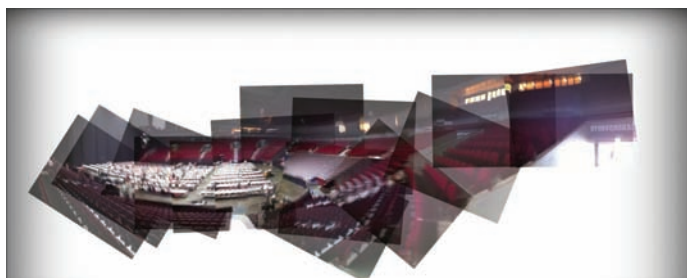


Illustration 2, foto Erik Nilsson

Erik Nilsson, MD PhD
ST-läkare, vice ordförande i SLUP
Stockholm



Foto: Carol Schultheis

Nationell ST-konferens 2011

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri (SLUP) anordnar för sjätte året i rad en nationell ST-läkarkonferens den 2-4/2 2011. Konferensen anordnas på Varbergs Kurort och har temat "Våldets Ansikten". Är du ST-läkare inom Barn- och Ungdomspsykiatri, Vuxenpsykiatri eller Rättspsykiatri är du välkommen att lyssna på spännande och intressanta föreläsningar och träffa kollegor ifrån hela landet! Ansök om ledighet och notera datumen i din kalender redan nu!

Väl mött!



Skogshem & Wijk, Lidingö

First announcement and call for abstracts

The 9th Nordic Symposium
on Forensic Psychiatry
August 24-26, 2011
Lidingö, Sweden

Welcome to the 9th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry,
which takes place at Skogshem & Wijk in Lidingö,
Stockholm, Sweden, August 24-26 2011.

Main theme

Forensic Psychiatry in the Interface between
Psychiatry and the Law.

Symposium homepage:

<http://eventus.trippus.se/9th-NSFP>

Rätsmedicinalverket
National Board of Forensic Medicine
www.rmv.se

The Symposium

organized by:

Rätsmedicinalverket
National Board of Forensic Medicine
Vasagatan 52, SE-111 20 Stockholm

Key dates:

**First announcement and call
for abstracts:**

June 2010

Second announcement:

October 2010

Third announcement:

March 2011

**Deadline for submission of
abstracts:**

April 1, 2011

Contact:

Annica Trelje
Rätsmedicinalverket
Ph dir: +46 (0)8 441 76 10
Ph: +46 (0)8 441 76 00
E-mail: annica.trelje@rmv.se

Organizing Committée:

Erna Zelmin
Marianne Kristiansson
Peter Andiné
Per Lindqvist
Bernt Edlund
Annica Trelje
Jessica Stjärnström
Karolina Sörman

Scientific Board:

Sweden: Marianne Kristiansson
Per Lindqvist
Denmark: Peter Kramp
Mette Brandt-Christensen
Dorte Sestoft, Tina Gram Larsen
Finland: Markku Eronen
Norway: Bjorn Ostberg

B



2011 Svenska Psykiatrikongressen



Filmstaden Bergakungen

Göteborg
16-18 mars 2011



www.svenskpsykiatri.se