

# TEMA: Vem är normal?



## TEMA


Vem är normal? Finns det något svar på det? Normalitet är beroende av sitt sammanhang, och varje tid har sin egen definition av vad det är. Vi vrider och vänder på begreppet och frågar bl.a. vad som egentligen är psykiatrins område. Och är det verkligen normalt att inte ha några psykiska problem?

## VI LADDAR UPP

... för Riksstämman i november och Psykiatrikongressen i mars! Här ges goda tillfällen till fortbildning, diskussioner, kunskaps- och åsiktsutbyte och – inte minst - social samvaro. Program och annan information hittar du i detta nummer.

## ÖVRIGT

Vi rapporterar från Nordiska Psykiaterkongressen och andra möten. Skillnaden mellan schizofreni och dissociation uppmärksammas, liksom den psykodynamiska terapins utsatthet. Riskbedömningar och riktlinjer presenteras, och böcker diskuteras. Begrepp som SLUP och Finkensyndromet får sin förklaring. Läs om detta och mycket mer!



sfbup

SFBUP- Svenska Föreningen för Barn- och  
Ungdomspsykiatri  
*Svenska Läkaresällskapet sektion för barn- och ungdomspsykiatri*  
*The Swedish Association for Child and Adolescent Psychiatry*

## Inbjudan

### Vårmöte i Göteborg

21-22 april, 2010

**Tema:** Att lära känna barnet väl!

Olika aspekter på diagnostik kommer att belysas

#### **Huvudtalare**

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

*Parallella seminarier och Posterutställning*

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

Mer information finns på föreningens hemsida

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

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

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

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

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

Foto: Lisa Nestorson  
[www.vastsverige.com](http://www.vastsverige.com)

## I en grupp Amazonasindianer...

är nästan alla angripna av en parasit som ger upphov till svåra ärr i ansiktet. Den minoritet, ca 5 %, som inte är angripna, betraktas som onormala, är stigmatiserade och har svårt att hitta en partner. Det berättade professor Jules Angst, som porträtteras i detta nummer, och det får tjäna som illustration till vårt tema – Vem är normal? Att normalitet måste ses i ett sammanhang framkommer i flera artiklar, och frågan om vad som är psykiatriens område blir granskad. Det varnas för att våra diagnoser kan bli så urvattnade att folk börjar ifrågasätta den psykiska sjuklighet som faktiskt finns. Ett tiotal bidrag rör frågan om normalitet.

I detta nummer – som nog är det tjockaste hittills - avhandlas även en rad andra ämnen. Allt fler hör av sig med artiklar till oss. Vi blir glada och hoppas att ni fortsätter skriva!

Du kommer att hitta flera nyheter i detta nummer. En gästskribent, en krönikör, ändrade utgivningstider... En stor förändring är att två av våra redaktionsmedlemmar, Camilla Hallek och Per Lindqvist, har slutat. Vi andra säger stort tack till er för allt arbete ni lagt ner på tidskriften! Ni har skrivit själva och fått andra att göra detsamma; och ni har bidragit med kreativa idéer, infall och inspiration.

Samtidigt har vi fått en ny medlem, Gloria Osorio, som presenterar sig på en annan sida.

I nästa nummer fortsätter vi att avhandla normalitetsbegreppet men vi byter fokus och frågar: Vad gör psykiatrin med psykiatern? Hur påverkas vi yrkesmässigt och privat av vårt arbete och vår arbetsmiljö; av omgivningens förväntningar, krav och attityder? Vad innebär det att uteslutande arbeta med tvångsvård? Och hur mycket hot och våld ska man tåla?

Som vanligt – tänk till och skriv! Nästa nummer kommer inte förrän i mars så du har gott om tid.

Tove Gunnarsson  
Huvudredaktör 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.wrangsjö@bredband.net)

#### Tekniska redaktörer/layout/grafisk design:

**Stina Djurberg** (stina.djurberg@bornet.net)  
**Carol Schultheis**

#### Material skickas till:

redaktoren@svenskpsykiatri.se

#### Annonser skickas till:

annonser@svenskpsykiatri.se

Omslag: Carol Schultheis



# Tiden går

Visst är det härligt om tiden vill gå fort nu ett tag? Jag tänker på mörkret och den stundande vintern. Den perioden får gärna gå fort så att ljuset återvänder.

Men å andra sidan har det redan gått mer än 6 månader av min tid som ordförande och det finns så mycket att göra. Då vill jag att tiden skall gå långsamt. En av de saker som jag tycker har varit särskilt roligt är det allt tätare samarbetet med de andra psykiatriska föreningarna, vi hittar allt fler beröringspunkter, se bland annat denna artikel längre ned.

## Nordic Congress of Psychiatry

För att nämna flera glädjeämnen måste jag skriva om NCP (Nordic Congress of Psychiatry) som ju gick av stapeln 22–25/9. Efter den veckan var jag trött men nöjd – det blev bra. Den vetenskapliga- resp. organisationskommittén under Lars von Knorrings och Anna Åberg Wistedts ledning hade arbetat under nästan 3 år. Själv kom jag med ”på allvar” efter det jag tillträtt som ordförande i mars i år och har därefter lagt mycket tid på att bistå. Kongressen startade efter lunch på tisdag men startade för min del redan på måndagen med ett möte med JC som är en förkortning för Joint Comité of the Nordic Psychiatric Associations. Där har alla nordiska länder, fr.o.m. nu även Estland, 2 representanter. Den ena är ordföranden i resp. förening, den andra en s.k. 6-årsdelegat, från Sveriges sida är det Hans Ågren. Väckande intressant att få höra lite om vad som händer inom psykiatri i dessa länder och hur de olika föreningarna arbetar. Där kan vi säkert lära av varandra. På kongressen blev det till slut runt 800 deltagare och, som jag tidigare skrivit, ett mycket bra program, både vetenskapligt och socialt. Jag hörde många nöjda medlemmar. Jag vill passa på att tacka de två kommittéerna och inte minst deras ordförande. Utan ert arbete hade detta inte kommit till stånd. Extra roligt var det att sfbup och SPF ordnade detta ihop och, som Lena Eidevall och jag förstått det, för första gången i det nordiska samarbetets historia, barn- och vuxenpsykiatri ihop.

## Bok- och Biblioteksmässan

Direkt helgen efter NCP fanns sfbup, Psykiatrifonden och SPF tillsammans med SKL på Bok- och Biblioteksmässan i Göteborg i en monter ”Psykisk hälsa genom livet”. Montern hade många besökare, både människor som arbetar inom vården och - inte minst - människor med egna erfarenheter, egenupplevda eller som anhöriga. Det gav mersmak, detta vill vi göra om. Skall vi påverka bilden av psykiatri måste vi finnas med ute i samhället och ta möten och diskussioner. Vi kan och vill göra så mycket mer än det vi idag gör om vi bara får möjligheter!

## Kvalitetsregisterdagarna

Apropå möjligheter; jag var moderator på den ena av de två nationella kvalitetsregisterdagarna nyligen och fick flera indikationer på något vi redan visste inom styrelsen; att det händer mycket kring de psykiatriska kvalitetsregistren nu. I de grupperingar som arbetar med detta har SPF blivit inbjuden att delta. Vi tycker det är en viktig uppgift och har målsättningen att registren blir lättarbetade och innehåller kliniskt relevanta data. Dessutom måste det gå lätt att få återkoppling, vi vill kunna ”prenumerera” på den typen av information som vi behöver för att förbättra vården. Vi kommer att återkomma i tidningen kring detta framöver. I slutanförelset under konferensen sa Göran Stiernstedt, chef för SKL:s avdelning för vård och omsorg sedan augusti förra året, att den stora satsning som gjorts kring tillgänglighet nu måste kompletteras med en tydlig satsning på kvalitet. Jag tror att många medlemmar med mig gläds åt detta. I min nya roll som processchef sedan ett drygt år tillbaka arbetar vi med att hitta vägar att ”sätta pengar på” minskande komplikationer och bättre medicinsk kvalitet. Det är intressant och det går men inte något vi så ofta ägnat oss åt.

**LEDARE  
SPF**

**Ordförande  
Lise-Lotte  
Risö Bergerlind**



**SVENSKA PSYKIATRISKA  
FÖRENINGENS  
STYRELSE**

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind  
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)  
Vice ordförande: Robert Rydbeck  
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)  
Sekreterare: Hans-Peter Mofors  
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)  
Skattmästare: Olle Hollertz  
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)  
Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson  
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)  
Facklig sekreterare: Dan Gothefors  
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)  
Ledamot: Francisco Barca  
Ledamot: Hans Ericson  
(hanse@svenskpsykiatri.se)  
Ledamot: Åsa Westrin  
(asaw@svenskpsykiatri.se)  
ST-representant: Marcus Persson  
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen  
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida:

www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(webmaster@svenskpsykiatri.se)



## Rekommendationerna till den nya målbeskrivningen

Det pågår ett intensivt arbete i SPF:s utbildningsutskott för att bli klara med rekommendationerna till den nya målbeskrivningen. De kommer att läggas ut på hemsidan under fliken "Utbildning – ST" och just nu hoppas vi kunna få ut ett material före nyår. Självklart kommer detta sedan att behöva revideras, det är ju när det prövas i verkligheten som vi ser vad som är bra och vad som kan bli bättre. I arbetet har vi stor hjälp av vårt nationella nätverk av studierektorer och vi har även haft möte ihop med utbildningsutskotten inom barn- och ungdomspsykiatriska och rättspsykiatriska föreningarna. TACK alla!

## Riksstämman

När ni läser detta står vi inför Riksstämman. Även i år kommer vi att ha en monter och ett mycket bra program. TACK Christina, som trots att Du inte längre är med i styrelsen har hjälpt oss med detta! Ovärderligt! För kontinuerlig information se vår hemsida: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se). Där bloggar jag regelbundet och där lägger vi flera gånger/vecka ut nyheter som berör psykiatri, utbildningar och konferenser. Finns anledning att ofta gå in och läsa där!

Hoppas träffa många av er på Riksstämman! Välkomna!

**Lise-Lotte Risö Bergerlind**  
Ordförande SPF



Foto: Carol Schultheis

## 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**



## Kallelse och dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

**Tid:** Torsdag den 18 mars 2010 klockan 17:00-18:00

**Plats:** Södra Teatern, Stockholm

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av två justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
  - a) styrelsens verksamhetsberättelse
  - b) skattmästarens redogörelse
  - c) revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
  - a) Bildande av subsektion för ST-läkare och godkännande av stadgeförslag (som kommer att presenteras på SPF's hemsida)
10. Val av ledamöter till styrelsen enligt § 10
11. Val av revisorer och revisorssuppleanter
12. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
13. Val av ev. hedersledamot
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Hans-Peter Mofors  
Sekreterare i SPF

Lise-Lotte Risö Bergerlind  
Ordförande i SPF

# Många spännande samarbetsfält!

Vi har just genomfört en gemensam satsning på den Nordiska kongressen NCP som får betraktas som mycket framgångsrik. Många var där och massor av intressanta rön och infallsvinklar presenterades. Ur ett barnpsykiatriskt perspektiv var det en intressant upplevelse - vi utgjorde inte mer än någonstans mellan 5-10 % av deltagarna, men vi som var där såg att det fanns mycket utbildningsvärde för barnpsykiatri och ser det som en angelägen uppgift att fortsätta delta i gemensamma möten. Det jag vill framhäva är en av de saker som jag ibland kan sakna inom vår specialitet - ett aktivt intresse för förloppet för de sjukdomstillstånd som debuterar i barnaåren och ett behov av att göra prospektiva studier gemensamt där man följer pat. vidare för att se inte bara på korttidseffekten av givna insatser utan också om det påverkar livsloppet - gör vi någon skillnad med våra insatser? För att vara säkra på det måste vi hitta samarbete över gränserna inom fältet psykiatri och se om alla våra insatser på t.ex. barn med OCD gör att det blir färre som har svårt handikappande tillstånd i vuxen ålder, om våra tidiga insatser för deprimerade påverkar sjukdomsförloppet, suicidfrequens etc. Många spännande samarbetsfält finns.

Tack ni som initierade detta från start!

Vi kommer ifrån styrelsen att kontakta folk i Norge för att uppmuntra dem till att göra samma sak när nästa kongress går av stapeln i Tromsø om 3 år.

Under dessa dagar hade vi några gemensamma möten i föreningarna, bl.a. ett där vi enades om att se till att sätta den nya ST-föreningen dit alla ST-läkare inom våra grund- och grenspecialiteter ska ha en självklar tillhörighet framöver. Det känns som en helt logisk följd av att psykiatri är det gemensamma kunskapsfältet, men att man måste bygga sin yrkesidentitet i sin egen specialitet och därför ska man ha en moderförening för identitet och tillhörighet, och sin ST-sektion för det gemensamma i yrket.

Vår största utmaning ligger nog i att få ST-läkarna att se vitsen med att alls vara med i våra föreningar.

Själv minns jag att den första gången jag deltog på ett nationellt BUP-möte var en aha-upplevelse för mig i identiteten som barnpsykiater. Idag finns det många ST-läkare runtom i landet som inte är medlemmar - vi måste hitta och beskriva goda skäl för dem att vara med!

Vi behöver också egna BUP-möten som hjälp för att arbeta med frågan om hur vi tar till oss ny kunskap, hur vi systematiskt arbetar med kunskapsutveckling. För mig innebär det att det är mycket angeläget att en tillräckligt stor andel av alla våra kollegor ges möjlighet/tar sig tid att delta i vetenskapliga kongresser, gemensamma föreningsmöten som ett sätt att säkra att man är med i utvecklingen. En dag när vi satt vid vår gemensamma monter för de psykiatriska föreningarna var vi några som resonerade kring jämförelsen med t.ex. kirurgiska specialiteter där vi utifrån

**LEDARE  
SFBUP**  
Ordförande  
**Lena Eidevall**



uppfattar att hela professionen rätt snabbt rör sig när nya pålitliga rön kommer - tithålskirurgi, sluta operera magsår, dagkirurgi, ballongsprängning som några sådana exempel.

I en bransch där många sitter ensamma i sitt yrke på en mottagning är det betydelsefullt att vi från föreningen kan verka för att skapa gemensamma arenor och därför lägger vi rätt mycket styrelsetid på att se till att det finns deltagare i våra europeiska nätverk inom BUP, att vi arrangerar våra egna möten, men också samarrangerar med SPF och att vi i den mån vi orkar

även deltar i möten arrangerade av andra. Parallellt med att SKL och våra huvudmän arbetar med frågor kring organisation av arbetet, samverkan med andra, första linjens vård m.m., uppfattar jag det som centralt att vi arbetar med att stärka kunskapsutvecklingen och bidrar med stöd till denna. Dit hör ju också arbete med nationella riktlinjer, metodutveckling och annat spännande som vi just nu har stöd i tack vare att flera av våra kollegor finns anställda inom Socialstyrelsens olika psykiatrisatsningar.

Nu närmast har vi höstens BUP-möte; Riksstämman och vårt föreningsmöte. Hoppas få se många ansikten där!

Lena Eidevall  
Ordförande SFBUP

sfbup

## SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

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

SFBUP:s hemsida: <http://www.svenskabupforeningen.se>  
Webmaster: Christina Högström och Deco design

# Att arbeta med rättspsykiatrisk vård...

**LEDARE  
SRPF  
Ordförande  
Lars Eriksson**

har för mig varit det mest tillfredställande vårdarbete som jag sysslat med under mina dryga tjugo år inom psykiatri. Att med god struktur, tillsammans med kompetenta teammedlemmar få arbeta med patienter utan att ständigt behöva fundera över vem jag ska skriva ut eftersom platserna inte räcker till känns som ett privilegium. Kontakten med patienterna är bättre än jag någon gång tidigare upplevt.

Att arbeta inom rättspsykiatri har också inneburit att...

## **Få arbeta inom den enda del av psykiatri som expanderar**

För samtidigt som psykiatri i övrigt förlorar vårdplatser och trots politikerfloskler om "prioriterat område" tvingas att rusta ned så får vi nya vårdplatser och nya vårdbyggnader på flera håll i landet.

Det finns patienter som inser att de genom sin dom till rättspsykiatrisk vård fått en "gräddfil" till kvalificerat psykiatriskt omhändertagande när de behöver det – en vårdgaranti av bästa slag. Detta är givetvis bra för oss och bra för våra patienter men borde kanske inte allmänpsykiatri och framför allt de som fördelar resurser till allmänpsykiatri lära av vårt arbetssätt? Kontinuitet är viktigt!

Vårdplatser är viktigt! Korta vårdtider behöver inte vara ett kvalitetskriterium – det kan rent av vara tvärtom.

## **När allmänpsykiatri sviktar får vi fler patienter**

Många av våra patienter har haft kontakt inom psykiatri men inte fångats upp, inte fått sköta nödvändig medicinering, kanske vägrats inläggning vid ökande symtom eller kanske bedömts "inte LPT-mässiga" när det varit platsbrist. Kanske skulle en del av de vårdplatser som nu hamnat inom den rättspsykiatriska vården gjort mer nytta i allmänpsykiatri så att ett antal patienter aldrig behövt komma till oss.

## **"Måste man slå någon på käften för att få vård?"**

är en fråga som ställts av patienter och patientanhöriga som haft erfarenhet av allmänpsykiatri och rättspsykiatri. Frågan är relevant eftersom ett stort antal kollegor inom allmänpsykiatri vittnar om hur patienter inte läggs in eller skrivs ut för tidigt i den på vårdplatser nedrustade psykiatri.



## **Kan "det bästa bli det godas fiende" inom psykiatri?**

Jag har själv varit med att planera en toppmodern psykiatrisk klinik. Där har nästan alla patienter egna rum och miljön är otroligt fin jämfört med de gamla mentalsjukhuslokalerna man lämnade. Men – ständiga överbeläggningar gör att det är svårt att bli inlagd men lätt att bli utskriven. Man kan fråga sig om det är bättre att bli avvisad på akuten när man upplever tidiga tecken på sin psykos eller utskriven fortfarande psykotisk från sitt fina enkelrum med smakfull färgsättning än att bli inlagd på en fyrasal, kanske som extrapatient, men få vård så länge som man behöver.

## **Vårdplatserna inom psykiatri**

är en fråga där vi bör samverka mellan de psykiatriska föreningarna. Ett annat område för gemensamma ansträngningar är vår utbildning, såväl grund-, specialist- och vidareutbildning. Här är mycket på gång. METIS-kurser, CME-kurser och inte minst Psykiatrikongressen ska höja psykiatriens kompetensnivå och förbättra rekryteringen. För visst är det så att vår specialitet är det mest spännande man kan syssla med inom medicinen.

## **För övrigt anser jag att vuxen-ADHD ska behandlas**

Och detta kommer jag att upprepa i varje ledare tills motståndet mot denna en av de mest framgångsrika och hälsoekonomiskt välmotiverade verksamheter vi har fortsätter att motarbetas inom min hemregion.

**Lars Eriksson  
Ordförande SRPF**

## **SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE**

Ordförande: Lars Eriksson (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Kristina Sygel

Internationell sekreterare: Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)

Facklig sekreterare: Lars-Håkan Nilsson

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist (sekreteraren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Henrik Anckarsäter

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

ST-frågor: Katarina Wahlund

Övrig medlem: Malin Hamrén

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)



# Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

## Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

3 av 4 patienter  
tillfrisknar<sup>3</sup>

8 av 10 patienter  
återfallsfria<sup>1</sup>

Vecka 12

Vecka 24

Behandlingsvar  
hos 3 av 4 patienter<sup>2</sup>

Förbättrad insomningstid,  
ökad sömnkvalitet  
och bibehållen funktion dagtid<sup>1</sup>

**NYHET  
VID DEPRESSION**

Valdoxan® 25 mg  
28 femtdrägerade tabletter



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

Valdoxan® (agomelatin) R<sub>x</sub> N06AX22 (övrigt antidepressivum). **Indikation:** Behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna. **Egenskaper:** Melatonerg MT<sub>1</sub> och MT<sub>2</sub> agonist och 5-HT<sub>2c</sub> antagonist. Ingen påverkan på extracellulära nivåer av serotonin. Inga utsättnings symptom 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](http://www.fass.se)

### 1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, februari 2009, [www.fass.se](http://www.fass.se)
2. Lemoine et al. Efficacy of Valdoxan on response at week 6 in a comparative study versus venlafaxine (n=328). J Clin Psychiatry 2007;68:1723-1732.
3. Kennedy et al. Efficacy of Valdoxan on remission at week 12 in a comparative study versus venlafaxine (n=276). J Clin Psychopharmacol 2008;28:329-333.

[www.valdoxan.com](http://www.valdoxan.com)



# Stolthet och Fördom

Recension av ”Stolthet & Fördom – möte med psykiatrin idag” av Cecilie Östby, redaktör och författare; Ulrika Andersson, författare och fotograf; samt Johanna Norin, fotograf. Projektledare och faktagranskare: Carl-Gustaf Olofsson, klinikchef för den psykiatriska kliniken i Skellefteå.

Med inledningen ”Boken tillägnas alla psykiatriarbetare i Sverige som gör ett tålmodigt och fantastiskt arbete för människor i utsatta och svåra situationer” börjar en nyutgiven bok om psykiatrin idag och framåt. Jag blir tacksam för jag möter en bild av psykiatrin som gör mig glad, som speglar den psykiatri som jag arbetat inom i 35 år, en psykiatri som jag är stolt över men ständigt otåligt vill förbättra ytterligare. Detta ger en motbild till annat vi får möta i media som ensidigt och utan kunskap ger en bild av brister och misstag.

Boken är uppdelad i tre avsnitt: ”Stolthet - möt psykiatrin i vardagen”, ”Fördomar – minskar med ökad kunskap” och ”Framtiden – ett gemensamt ansvar”.

I boken kommer många till tals genom personliga intervjuer: patienter, anhöriga, politiker, personal inom äldre-, vuxen- samt barn- och ungdomspsykiatri, beroendevården, primärvården, kommunens olika verksamheter, polisen och många fler. Vårdens och omsorgens olika delar blir belysta på ett varmt och insiktsfullt sätt av personer som har lång erfarenhet från sina verksamheter. Här finns bilder från akutmottagningen och heldygnsvården till rehabiliteringen och stödet i boende och arbete/sysselsättning. Vi får möta olika behandlingsmetoder som förklaras på ett enkelt sätt. Genomgående för intervjuerna är det personliga engagemanget för patientens bästa.

Allt i boken är inte rosenrött, även de kritiska frågorna och synpunkterna får plats. Frågan ställs: ”Hur många fler skall behöva ta sitt liv?” Flera av de intervjuade är journalister, och medias stora ansvar att skriva om området på ett sådant sätt att fördomarna minskar, inte ökar, poängteras många gånger.

Som avslutning finns kapitlet: ”Till avvikelsens lov i normalitetens land” av och med Owe Wikström, professor i religionspsykologi.

Boken har genomgående ett vackert språk; enkelt och lättillgängligt. Faktarutor fördjupar innehållet ytterligare, ordförklaringar gör facktermerna begripliga när de förekommer.

Och så dessa fantastiska foton! Vackra, illustrativa, symboliska. Ihop med texten blir detta inte enbart en bok utan ett konstverk. Både hjärna och hjärta aktiveras, bitvis så mycket att jag rörd får en klump i halsen.

## BOKRECENSION

Lise-Lotte  
Risö Bergerlind

Denna bok skulle jag vilja att många läste. Vi borde se till att alla politiker på alla nivåer läser den, vi borde se till att den används inom utbildningar av personal inom all vård och omsorg, den borde finnas med på journalisthögskolan, vi inom vården borde läsa den ihop med brukare och anhöriga. Den kan bidra till att vi tillsammans kan göra vården ännu bättre.

*För att citera boken: ”Framtiden – ett gemensamt ansvar.”*

Lise-Lotte Risö Bergerlind  
Ordförande SPF



## Skriv i Svensk Psykiatri

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

## Ny redaktionsmedlem!

Svensk Psykiatri har fått en ny redaktionsmedlem, barn- och ungdomspsykiatern Gloria Osorio. Hon presenterar sig här:



## Socialstyrelsen söker en Inspektör/Läkare

– till vår regionala tillsynsenhet i Umeå

Välkommen att läsa mer om tjänsten och hur du söker den på [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)



 Socialstyrelsen

Jag är född i Bogotá, Colombia, Sydamerika!  
Bor i Söderhamn, Hälsingland. Har arbetat sedan AT-tjänstgöringen inom Landstinget Gävleborg och sista 10 åren inom Barn- och Ungdomspsykiatri.

När jag inte jobbar på BUP, är jag med familjen och vänner. Ägnar mig mest åt promenader i skogen, simning, bokläsning. Och vid första tillfälle blir det resor, besök på biografen och teater.  
Jag gillar också att lyssna på musik, dansa, laga mat...

Det känns spännande, särskilt med min bakgrund, att ta steget och vara med för att tillsammans med fantastiska kollegor i redaktionen och alla andra insändare, bidra till att Svensk Psykiatri fortsätter givas till mänskligheten....

Min förhoppning är att vi får flera medlemmar som bidrar för att vår Svensk Psykiatri fortsätter glädja många andra utöver oss själva...

Och den personliga utmaningen blir att utveckla insatsen i redaktionen, med egna inslag, så småningom.

Gloria Osorio  
SP Redaktion

# OCD-Centret

## KOGNITIV BETEENDETERAPI

### Tvångssyndrom

OCD-Centret är ett behandlingshem som ligger i centrala Uppsala. Vi är specialiserade på att behandla personer över 18 år med tvångssyndrom (OCD) samt andra närbesläktade ångestdiagnoser såsom dysmorfofobi (BDD) och hälsoångest. Vi tar även emot andra ångestproblem som till exempel panikångest och social fobi. Det kan även förekomma neuropsykiatriska diagnoser i samsjuklighet med en ångestproblematik.

#### Vi erbjuder

- Evidensbaserad intensiv KBT-behandling
- Dagliga terapiesessioner med terapeut
- Korta behandlingstider
- Behandling med mål att öka individens självständighet och livskvalitet
- Neuropsykiatrisk utredning efter uppdrag

Våra terapeuter är legitimerade psykologer alternativt har grundläggande psykoterapeutisk utbildning i KBT. Behandlingspersonalen får kontinuerlig utbildning och handledning av leg. psykolog, leg psykoterapeut Sandra Bates, som har lång erfarenhet av behandling av tvångssyndrom.

För mer information kontakta föreståndare Bodil Olsson eller övrig personal

018/ 50 01 18 eller sök information på [www.ocd-centret.se](http://www.ocd-centret.se)

## Psykiatrins Pionjärer

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

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

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri

## Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och  
Ungdomspsykiatri:

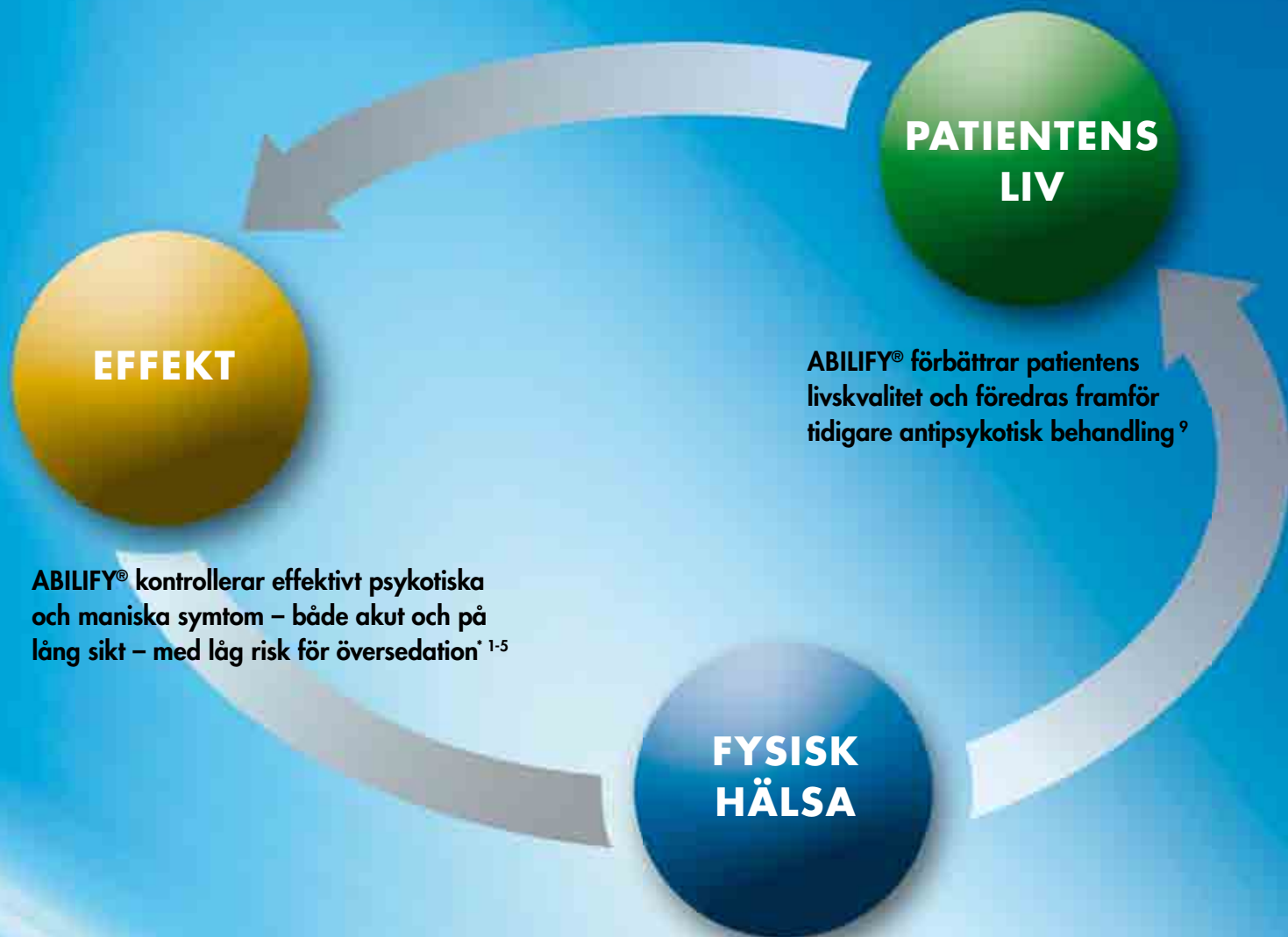
[www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)

Svenska Psykiatriska Föreningen:  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)



# ABILIFY® (aripiprazol) ger resultat både i akut skede och på lång sikt



SCHIZOFRENI



MANI VID BIPOLÄR SJUKDOM

Behandla idag för en väg framåt



\* Vid behov av ytterligare sedering kan t.ex. en bensodiazepin ges som tillägg.<sup>5</sup>

**Referenser:** 1. Andrezina R, et al. Psychopharmacol 2006; 188(3): 281-92. 2. Chranowski WK, et al. Psychopharmacol 2006; 189: 259-66. 3. Zimbroff D, et al. J Clin Psychopharmacol 2007; 27(2): 171-76. 4. Sanchez, et al. Poster EKNP 2007. 5. Produktresumé Abilify. [www.fass.se](http://www.fass.se). 6. Poikín SG, et al. Arch Gen Psychiat 2003; 60: 681-90. 7. Kane JM, et al. J Clin Psychiat 2002; 63(9): 745-50. 8. Keck P, et al. Clin Psychiat 2006; 67: 625-37. 9. Kerwin R, et al. Eur Psychiat 2007; 22: 433-43. **ABILIFY®** (aripiprazol): Antipsykotikum för behandling av schizofreni samt för behandling av måttlig till svår manisk episod vid bipolär sjukdom och för profylaktisk behandling av återfall i nya maniska skov hos patienter med huvudsakligen maniska episoder och vars maniska episoder svarat på ABILIFY®-behandling. **ABILIFY® injektionsvätska** för att snabbt få kontroll på agitation och stort beteende hos patienter med schizofreni eller patienter med maniska episoder vid bipolär sjukdom, när peroral behandling inte är lämplig. **Beredningsformer och styrkor:** Tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 30 mg. Munsönderfallande tablett 10 mg, 15 mg. Oral lösning 1 mg/ml, 150 ml. Injektionsvätska 7,5 mg/ml. **Övrig information:** ABILIFY® är receptbelagt och förmånsberättigat. För fullständig information och pris se [www.fass.se](http://www.fass.se). Texten är baserad på produktresumé augusti 2008.

ABI.FEB.09

# Vem får vara normal?

Medan jag knogar på i tvättstugan och identifierar mig alltmer med Sisyfos, kungen som dömdes till att varje dag baxa upp ett klippblock uppför ett berg, för att till kvällen se steneländet rulla ned igen, funderar jag över en lunchkonversation på den neuropsykiatriska mottagningen där jag tidigare arbetade. Över lunchlådan hade en av mottagningens psykologer hävdat att läkare var "aspergertypen" medan psykologer var "ADHD-typen". Förutom den saftiga generaliseringen var det något bakvänt med hela detta synsätt. Aspergers syndrom och ADHD är ju neuropsykiatriska funktionshinder, inte jungianska arketyper eller adjektiv för att beskriva personlighet. Om vi har bestämt oss för att en person inte har en diagnos gör vi klokt i att inte beskriva henne i medicinska termer. Den som exempelvis inte har social fobi men tycker att det är pinsamt att ta kontakt med främmande människor kan med fördel helt enkelt kallas blyg.

## Frågan blir i slutändan: vem får vara normal?

Nu med det tilltagande spektrumtänkandet kommer frestelsen att sortera in alltför många klossar i samma diagnostiska hål. Med alltför uppluckrade definitioner riskerar en stor del av befolkningen att hamna inom ramen för exempelvis bipolärt spektrum – vilken förvärvsarbetande småbarnsförälder har inte varit "lite uppvarvad någon gång"?

Kanske ska man lyssna till rådet som en neurolog gav mig när jag var en ung och grön kandidat på besök i Liverpool: "If in doubt, don't". Neurologerna var noggranna med att inte felaktigt ställa diagnosen epilepsi, bland annat eftersom det var stigmatiserande för patienten: "not everything that twitches is epilepsy". De psykiatriska diagnoserna torde kunna ha minst lika stor psykologisk återverkan, jag minns bland annat en patient som tidigare sett sin

nedstämdhet som ett personlighetsdrag och som efter diagnosen depression brottades med tankar om att vara defekt.

Sedan tillkommer fenomenet diagnos-shopping, där personer söker en diagnos att hänga upp sin olycka på och/eller få någon form av sjukdomsvinst. Läkaren och författaren Axel Munthe berättar i Boken om San Michele om en olycklig ung kvinna som söker med symtom som hon önskar få diagnosen colitis för. När Munthe efter en summarisk undersökning konstaterar att hon inte har colitis, inser han på kvinnans reaktion att han riskerar att få en missnöjd kund. I stundens ingivelse uppfinner han diagnosen "appendicitis" (inte att förväxla med genuin inflammation i blindtarmens bihang), som här blir en sjukroll att ikläda, snarare än något verkligt sjukdomstillstånd. Kvinnan lämnar mottagningen med ett belåtet leende och en förklaring till sitt lidande och en ursäkt för sitt beteende, kanske också en undanflykt ifrån saker hon vill slippa - "inte ikväll älskling, jag har appendicitis". Det är klart att också vi siktar på nöjda konsumenter, men i psykiatrin har kunden inte alltid rätt.

Vi får hushålla med våra diagnoser så att de inte blir så urvattnade att folk börjar ifrågasätta den psykiatriska sjukligheten som faktiskt finns.

Diagnostik är svårt och vi rör oss mer i gråskalor än tydligt svart och vitt. Det är inte så ofta man på en psykiatrisk mottagning har förmånen att friskförklara någon, men man kan ju åtminstone låta bli att pracka på folk åkommor de inte har. Låt oss förbehålla diagnoserna till dem som faktiskt har dem.

Mikael Tiger

ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm



foto: Shutterstock - Design: Carol Schultheis

## Skriv i Svensk Psykiatri

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

## Vi ändrar vår utgivning!

Svensk Psykiatri har hittills utkommit i februari, maj, augusti och november. Av praktiska skäl skjuter vi nu på utgivningen med en månad. Fr.o.m. 2010 kommer tidskriften ut i mars, juni, september och december. Se separat ruta för info om teman och deadline!

Tove Gunnarsson  
Redaktör svensk Psykiatri

SKRIV TILL  
OSS

[redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se)

# SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2010

### NUMMER 1 2010

**Tema:** Vad gör psykiatrin med psykiatern?  
Deadline 20 februari 2010  
Utkommer vecka 10

### NUMMER 2 2010

**Tema:** Kultur, psykiatri och psykisk hälsa  
Deadline 20 maj 2010  
Utkommer vecka 23

### NUMMER 3 2010

**Tema:** Psykiatrins pionjärer  
Deadline 1 september 2010  
Utkommer vecka 38

### NUMMER 4 2010

**Tema:** Ej besämt  
Deadline 20 november 2010  
Utkommer vecka 49



# KCP

## Kvalitetsregister inom psykiatri

- till nytta för patienter och verksamhet

**Plats:** Restaurang  
Parkside, Älvsjömassan

**Tid:** 26/11 kl 12,00-13,00  
(vi bjuder på lunchmörgås)  
Ingen anmälan, begränsat  
antal platser.

Lunchen arrangeras i  
samarbete med Svenska  
Psykiatriska Föreningen

**Kontakta KCP:**

Tel: 019-602 58 77

e-post:  
kpv@kpvcentrum.se  
www.kpvcentrum.se

Torsdagen den 26/11 på medicinska Riksstämman är ni välkomna att träffa oss på KCP (Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro-Uppsala) och registerhållare för några av psykiatrins kvalitetsregister samt företrädare för Svenska Psykiatriska Föreningen.

Mellan kl 12-13 bjuder vi in till enklare lunch och samtal kring utvecklingen av psykiatrins kvalitetsregister.

Under lunchen berättar vi bl a om:

- arbetet med att samordna registren för att underlätta inmatning och resultatåterföring
- arbetet med ny gemensam plattform för kvalitetsregistren inom psykiatri
- hur man kommer igång, och finns tillgängliga för frågor och diskussion.

Välkomna!

Foto: Shutterstock

# Vad är "normal" slutenvård för psykiatriska patienter?

I våras firades 150-årsminnet av födelsen av den ryske psykiatern Piotr Piotrovitj Kashenko och 100-årsminnet av tillkomsten av St Petersburg Mental Hospital nr 1, som också kallas Kashenko Hospital. Man hade en konferens med fokus "Stationary Psychiatric Care in the 21st Century". Vi var några som bidrog till festskriften med ett opus om "Inpatient mental health care in Sweden in the 21st century". Efteråt har tankar fötts om vad som uppfattas som "normalt" på olika håll när det gäller vård och stöd dygnet runt till personer med psykisk sjukdom. I f.d. Sovjetstater sker nästan all psykiatrisk vård på mentalsjukhus. Det är inte lätt att vara handikappad på något sätt i dessa länder, allra minst mentalt. Diskrimineringen om man en gång fått en schizofrenidiagnos är omfattande. På Sovjettiden fanns verksamheter där psykiskt sjuka kunde tillbringa sin dag med legoarbeten av olika slag - så inte längre.

Dr Kashenko byggde upp ett psykiatriskt sjukhus som var som ett litet samhälle med arbetstillfällen, kultur och en kyrka förutom logi, mat för dagen, sällskap och tillsyn. Rehabilitering genom deltagande i producerande verksamhet liksom kulturella aktiviteter fick stor plats på hans sjukhus. Så mycket evidensbaserad behandling var det knappast tal om även om där fanns psykiater. För sin tid var detta adekvat och nog även ömsint. Dr Kashenko var en kapabel man, praktisk och medkännande, en god administratör med patienterna i fokus. Han stred politiskt för sitt sjukhus och fick många efterföljare i Ryssland. I rysk folkmun har hans namn dock fått en negativ klang (precis som mycket annat med anknytning till psykiatri). Om man tycker någon är dum kan man säga: "Du skall åka till Kashenko!"

I Sverige och idag är saken annorlunda än på dr Kashenkos tid. *Det finns inte längre några asylor i Sverige.* Målet med psykiatrisk slutenvård är inte att hålla gatorna fria från avvikare eller att passivisera farliga personer.

Även psykiatriska patienter behöver dock en säng – frågan är var den skall stå. Vi har enats om följande *rational för dygnet-runt-insatser för personer med psykisk sjukdom:*

## **Inom sjukvården:**

Vid akut behov av farmakologisk behandling som inte kan ges adekvat i öppenvård – oftast därför att patienten inte kan samarbeta tillräckligt väl.

Vid akut behov att hindra skadebeteende, särskilt suicid.

Ibland för avgiftning.

Behovet av slutenvård är helt beroende av kvaliteten på öppenvården.



Beckomberga rivs

Foto: Claes-Göran Stefansson



Foto och Design: Carol Schultheis

Om man där har god kontakt med sina patienter och hög tillgänglighet kan behandling starta tidigt och inläggning undviks.

#### **Inom socialtjänst:**

Kommunen har ansvar för basala behov av alla innevånare, även psykiskt långtidssjuka. Detta är sedan länge inte psykiatrians ansvar i Sverige. Basal livskvalitet innefattar boende, mat och sysselsättning, anpassat till en persons behov, funktionsnivå och i viss mån även önsningar. Detta kan mestadels ordnas med "kvarboende" i egen lägenhet.

Skyddat boende kan vara lämpligt när symptom eller funktionsnivå kräver personal större delen av dygnet. Boenden finns numer mestadels inom kommunen. Ibland sker fortfarande "placeringar" på "behandlingshem" längre bort.

Nära samarbete med psykiatrisk vård är avgörande för att personal skall lära känna "tidiga tecken" och lämpliga åtgärder vid försämring. Neuropsykologiska funktionsnedsättningar hos en individ är mycket viktiga att känna till för kommunens personal.

Det är ju i det dagliga livet som sådant bortfall yttrar sig.

#### **Inom fängelser och rättspsykiatriska enheter**

Behov av vård, omsorg mm är komplexa och består även av samhällsskydd. Möjligheterna till rehabilitering är begränsade om man inte – när detta är lämpligt – kan arbeta med patienten i hans vanliga miljö.

#### **Olika slutenvårdsbehov för olika patienter**

Atmosfären på en avdelning beror mycket på "case mix" av patienter, men lika mycket på hur stor avdelningen är och hur man vill arbeta. Mindre övernattningsenheter för kriser är ofta uppskattade.

#### **Logistiska överväganden**

- Patientflödet måste vara "seamless"
- Ingen slutenvårdsenhet utan öppenvårdskontakt.
- Ingen öppenvårdsenhet utan slutenvårdskontakt.
- Gemensam datajournal är ovärderlig för behandlings- och rehabiliteringsprocesserna.

- Slutenvård skall inte minskas innan öppenvård och kommunala insatser fungerar.

#### **Ekonomiska överväganden**

- Bra slutenvård är dyr.
- Bra öppenvård är också dyr.
- Assertive community treatment (ACT), familjeinterventioner och anpassad sysselsättning är kostnadseffektiva.
- Ekonomiskt och medicinskt ansvar bör samordnas.
- Ekonomiska incitament är effektiva och skall användas med försiktighet.

**Jerker Hanson**

**Psykiater**

**Östeuropakommittén**

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

[jerker.hansson@telia.com](mailto:jerker.hansson@telia.com)





börja arbeta igen

umgås med vänner

skratt

tid med familjen

# Jag kan börja leva igen.

Att endast stå ut, eller verkligen leva? Vad är egentligen remission? För oss är remission när patienten fullt ut kan känna glädje för sådant som intresserade henne innan depressionen fick fäste; att hon får komma hela vägen tillbaka.

När anser du att din depressionspatient uppnått symtomfrihet? Vad bör målet vara; att överleva vardagen eller verkligen leva?

  
**Cymbalta**<sup>®</sup>  
duloxetin  
*hela vägen tillbaka*

Cymbalta® (duloxetin). N06AX21. Rx. F. Behandling av egentliga depressionsepisoder. Behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. Rekommenderad startdos för patienter med generaliserat ångestsyndrom är 30 mg dagligen. För patienter som inte svarar tillfredsställande bör dosen ökas till 60 mg, som är den vanliga underhållsdosen för de flesta patienter. Startdos och rekommenderad underhållsdos för övriga indikationer är 60 mg dagligen. Kapslar 30 mg x 28, 60 mg x 28 och 60 mg x 98. Datum för översyn av produktresumén: 2008-07-28. För mer information och priser se [www.fass.se](http://www.fass.se). Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 16927 Solna, 08-737 88 00, [www.lilly.se](http://www.lilly.se). Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm, 08-721 21 00, [www.boehringer-ingelheim.se](http://www.boehringer-ingelheim.se).

# Anna Åberg-Wistedt ny hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen!



Den kliniska forskningens villkor har debatterats i fackpressen under många år. Själv sitter jag sedan länge i styrelsen för en forskningsstiftelse som delar ut anslag till neurovetenskaplig forskning. Ser man i backspeglarna kan vi konstatera att antalet ansökningar rörande rent kliniska projekt successivt minskat i antal. De prekliniska projekten har kommit att dominera. Den kliniska forskningen måste återfå sin tidigare viktiga plats. Här kommer Anna Åberg-Wistedt in i bilden - på ett kraftfullt sätt ut med sin förmåga och entusiasm föra fram den kliniska psykiatrin på det vetenskapliga verkstadsgolvet!

Från en klinisk karriär på Danderyds sjukhus kom Anna 1999 som chefläkare till Centrala Stockholms sjukvårdsområde. Dessförinnan ordförande i SPF liksom ordförande i Socialstyrelsens expertgrupp i psykiatri. Vetenskapligt råd i Socialstyrelsen och för närvarande ordförande i arbetsgruppen för utveckling av nationella kvalitetsindikatorer inom ramen för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för depression och ångestsjukdomar. Många fler exempel finns: t.ex. Annas roll som sakkunnig i Läkemedelsförmånsnämnden (LFN), ordförande i arbetsgruppen för bildandet av ett kunskapscentrum för psykiatri och nu senast som ordförande i den senaste Nordiska Psykiatrikongressen september 2009.

Anna började sin vetenskapliga verksamhet redan under 1970-talet och disputerade 1982 på en avhandling kring det allra första SSRI-läkemedlet Zimelidin, framtaget av förra årets hedersledamot Arvid Carlsson och medarbetare.

Hennes grundläggande cross-over undersökning blev så småningom en standardreferens på området. Annas forskning, hela tiden med tung klinisk förankring, fortsatte bl.a. med uppbyggnaden av Affektivt Centrum vid Norra Stockholms psykiatri, en verksamhet som har kommit att få stå modell för liknande verksamheter i landet. Frågor kring psykosociala och biologiska riskfaktorer för insjuknande i affektiv sjukdom har bearbetats liksom frågor kring samsjukligheten depression och hjärt-kärlsjukdomar, inte minst bland kvinnor. Behandlingsmodeller för social fobi där farmakologisk respektive kognitiv beteendeterapi har kommit att jämföras, liksom implementering av regionala vårdprogram för depressions- och ångestsjukdomar har blivit allt mer intressanta i Annas kliniska forskningsprogram.

Förutom sitt holistiska syn- och arbetssätt har Anna agerat som mentor för många av våra yngre kolleger. Flera har redan nått framskjutna akademiska/kliniska positioner.

Svensk och internationell psykiatri är Anna Åberg-Wistedt stort tack skyldig. En framgångsrik karriär där klinik och forskning båda spelat lika viktiga roller. För mina unga kolleger bör Anna vara ett föredöme. Då kan jag känna trygghet för den svenska psykiatris framtida.

**SPF har utsett en synnerligen välförtjänt hedersledamot.**

Jan Wälinder  
Professor emeritus  
Askim i oktober 2009

# Psykisk hälsa genom livet.....

Under den parollen fanns psykiatri representerad på årets Bok- och biblioteksmässa i Göteborg. Mässan besöktes av ca 100 000 personer och hade drygt 800 utställare – årets huvudtema var Spanien och spanskspråkig litteratur.

Mitt bland alla scener och montrar kunde man hitta montern som handlade om "Psykisk hälsa genom livet". Ett samarrangemang mellan Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Barn- och ungdomspsykiatriska föreningen, Psykiatrifonden, SKL m fl.

Som stomme fanns Ing-Marie Wieselgren, Lise-Lotte Risö Bergerlind, men montern var hela tiden bemannad av barn och vuxenpsykiater. Dessa hade fullt upp alla fyra dagarna. Förutom att möta och samtala med besökare delade man ut informationsblad, pennor, tidskrifter och sålde böcker. Materialet tog ständigt slut och fick påfyllning från SPF's lager, som nuförtiden finns både i Borås och i Stockholm. Till montern kom även människor som behövde råd för egen del och för sina anhöriga. Delar av fotoutställningen "Bryt Skam!" av fotografen Agneta Ekman Wingate fanns upphängd i vår monter.

Ett lyckat initiativ och samarrangemang som garanterat återkommer vid nästa års Bok- och biblioteksmässa.



Foto: Carol Schultheis



# Klockrikevägen in i vår tid

Varje tid har sin egen definition av normaliteten och av avvikelserna. När ett samhälle genomgår stora förändringar kommer frågan om vad som är normalt med nödvändighet ifrågasättas. Sovjetunionens system när man placerade dissidenter på mentalsjukhus, var ju utifrån de tillskapade definitionerna ett "kulturadekvat" sätt att hantera dem då de – inifrån det systemet – inte var normala utan hade ett beteende och ett tänkande som avvek från normen. Det är naturligtvis fel av mig att ens tänka den möjligheten, det var en kriminell handling från en stat mot dess medborgare. Att normförändringen är tydlig i ett land med diktatorisk omvandling betyder inte att den inte finns i de länder där omvandlingen sker i en demokratisk process. Man kan snarare utgå från att det äger rum processer som ändrar normalbilden hela tiden. Hur vårt yrkesutövande påverkas av denna förändring är svårt att veta under omvandlingens gång.

Varje gång ett samhälle ändrar struktur kommer det påverka flertalet av de människor som lever i det. Alla kommer påverkas av att normerna ändras, av att bilden av normaliteten ändras. Ju närmare centrum av samhället man befinner sig, desto mindre kommer det märkas. De som märker av samhällsförändringarna först - eller tydligast – är de medborgare som befinner sig i marginalen, som har fått lov att existera med givna villkor trots att de inte befunnit sig i etablerade relationer eller arbetssammanhang. Dessa marginalsituationer har ofta beskrivits i litteraturen, bland de svenska böcker som tar upp samhällseliga paradigmskiftet hör Harry Martinssons "Vägen till Klockrike" till de främsta.

## Luffandet som överlevnadsmöjlighet

Den utspelar sig under åren efter den stora Amerikautvandringen och handlar om Bolle, en tidigare cigarrmakare som förlorat möjligheten att utöva sitt hantverksarbete då fabriker med maskiner tagit över. Bolle lyckas inte anpassa sig till det nya samhället. Han har även tidigare varit en rastlös själ som någon gång tidigare i sitt liv vandrat genom Sverige – vid en tid när luffande var en möjlighet – och nu blir en heltidluffare. Romanen handlar om hans vandringar, om hans tankar kring sin situation och hans sammanhang där relationer till andra människor är präglade av de villkor som luffandet ger. Under de år som romanen täcker, kommer också samhällets syn på luffare att ändras, rätten att vandra – alla mans väg – begränsas och luffandet blir en kriminaliserad sorts liv. Harry Martinsson funderar i den här boken över vad som förloras i ett samhälle där medborgares livsomständigheter kringskärs på det här sättet. För ett samhälles stabilitets skull måste individuella enskildheter möjligen alltid förbises och somliga personer eller grupper blir förbigångna för det allmännas bästa. Det är till och med osäkert om en kultur kan utvecklas om den tar hänsyn till för många detaljer. Samhällets evolution kan troligen inte regleras med andra mekanismer än den övriga evolutionen, den som kan anpassa sig överlever. Det svenska folkhemsbygget, som har betydelse så mycket för Sveriges ekonomiska och sociala utveckling, har också offrat marginalgrupper.



Foto: Carol Schultheis

Varje paradigmförändring skördar sina offer. Tack vare luffandet fick de personer som inte klarade av den bundna tillvaron en sorts möjlighet att ändå överleva psykiskt. Trots kyla och faror på vägarna, trots rädsla för folks hot och folks rädsla för luffaren fanns ändå en möjlighet att uppleva en frihet. Med det förra sekelskiftet och den stora folkrörelseepoken så påbörjades en "standardisering" av människors tillvaro. Denna mänskliga homogenisering kapade marginalerna för vad som ansågs som normalt. Luffaren och principen om "alle mans väg" är här ett exempel på hur paradigmet styr bilden av normaliteten.

## Tidsandans förhållande till bilden av det "normala"

Under hela nittonhundratalet har bilden av vad som är normalt förskjutits och försvävat. Det som fungerat i vissa tider – i en viss samhällskontext – fungerar inte alls i nästa steg. Den som i ett samhälle varit vägbanare och stigbrytare och fungerat så för att han varit impulsiv och inte brytt sig om konsekvenserna kommer i nästa samhälle faktiskt inte längre vara behövd utan störande och i vägen.

När psykiatrin verkar som idag genom att vi förväntas ta emot många och ge hjälp och diagnoser till alla som söker oss, ägnar vi oss åt ett ständigt normeringsarbete. Våra diagnosmanualer



och skattningsinstrument och testverktyg är alla normerade; kontrollerade mot stora mängder människor för att på bästa sätt kunna kategorisera dem.

Vad hade Bolle fått för diagnos måntro? Han kunde inte anpassa sig till regelverk, var snäll och tog mest hänsyn till sig själv. När han väl börjat vandra kunde han egentligen inte sluta och tryggheten fann han i sin vandring. Inte osannolikt hade han kunnat få diagnosen Aspergers syndrom eller möjligen en personlighetsstörningsdiagnos. I vart fall hade han genom sina svårigheter att foga sig varit handikappad i vårt samhälle.

En viktig fråga är på vilket sätt individens svårigheter spelar mot omvärldens svårigheter. Det är ju självklart att en frågeställning ser olika ut i olika sammanhang, som ovan nämnts så kan ett sätt att fungera i en miljö vara en tillgång och i en annan miljö inte fungera alls. Den personbundna polen kan vara olika handikappande. I exemplet med Bolle så är hans personliga svårigheter inte alls lika synliga eller besvärande så länge han är ute på vägarna som de var när han jobbade på cigarrfabriken och var förälskad i en kvinna som glatt struntade i honom och hans tafatthet. En patient med uttalat paranoida symtom sa en gång till mig att han såg en enkel lösning på sitt problem. Han utgick från att allt skulle bli bra om socialen köpte en husvagn åt honom som han kunde ställa nånstans i skogen. Troligen hade han inte blivit botad men hans funktionsnedsättning hade inte mött lika stora hinder. Man kan med lätthet översätta problemen med normalitet till problem som har med förhållandet mellan funktion och hinder att göra.

#### Vägen från normalitetsbegreppet

Så har möjligen också Socialstyrelsen resonerat när den i sin nomenklatur tagit bort begreppet "handikapp" och ersatt det med två begrepp: "funktionsnedsättning" och "funktionshinder". Funktionsnedsättningen är ju individens svårigheter - synbrist hos en blind eller svårigheter att lära sig läsa hos en person med mental retardation t.ex. Funktionshindret är omvärldens brist på anpassning eller korrelation till individens svårigheter - skriven text visavi talböcker t.ex. De svårigheter som den blinde har skall ju då upphävas om texten läses högt, samma sak för den som har en lägre begåvning, givet att textens innehåll är anpassat till möjligheterna.

Kanske kopplar dessa begrepp ett bättre tag om frågeställningarna vi försöker problematisera i det här numret. Om det finns en möjlighet för samhället att ta ansvar för konsekvenserna av höjt tempo och ökade krav, genom denna framhävning av aspekten "funktionshinder" kanske de eventuella skador som samhällsutvecklingen åsamkar somliga, minimeras.

Samtidigt har "normaliseringen" av det psykiska måendet gått väldigt långt. Gränsen för personliga egenheter försnävas och allt tycks man kunna vilja få korrigerat. Den psykiska plastikkirurgin skall inte vara sjukvårdens objekt, den skall omfatta det reella lidandet. Vilket det är, kommer alltid vara svårt att avgöra.

**Daniel Frydman**

**Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker  
Stockholm**

## NATIONELL ST-LÄKARKONFERENS



### PSYKIATRI I PERSPEKTIV



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS ST-SEKTION  
HAR HÄR MED NÖJET ATT INBJUDA DIG  
TILL

ÅRETS KONGRESS FÖR ST-LÄKARE I PSYKIATRI

TEMA: PSYKIATRI I PERSPEKTIV

3-5 FEBRUARI 2010 PÅ

## BÄCKASKOG SLOTT

NORDOST OM KRISTIANSTAD

KOSTNAD:  
3900 KR. FÖR SPETS MEDLEMMAR  
4900 KR. FÖR ICKE-MEDLEMMAR

PRISET INKLUDERAR, FÖRUTOM KONFERENSDELTAGANDE,  
TVÅ NATTERS LOGI, TVÅ MIDDAGAR, TRE LUNCHER  
OCH UNDERHÅLLNING



### PSYKIATRI I PERSPEKTIV

FÖR ATT VARA MED OCH SKAPA FRAMTIDENS PSYKIATRI  
TROR VI DET ÄR VIKTIGT ATT VIDGA SINA PERSPEKTIV.  
VI HAR DÄRFÖR BLJUDIT IN FÖRELÄSARE MED  
FÖRMÅGA ATT BELYSA PSYKIATRIN UR  
OLIKA ASPEKTER.

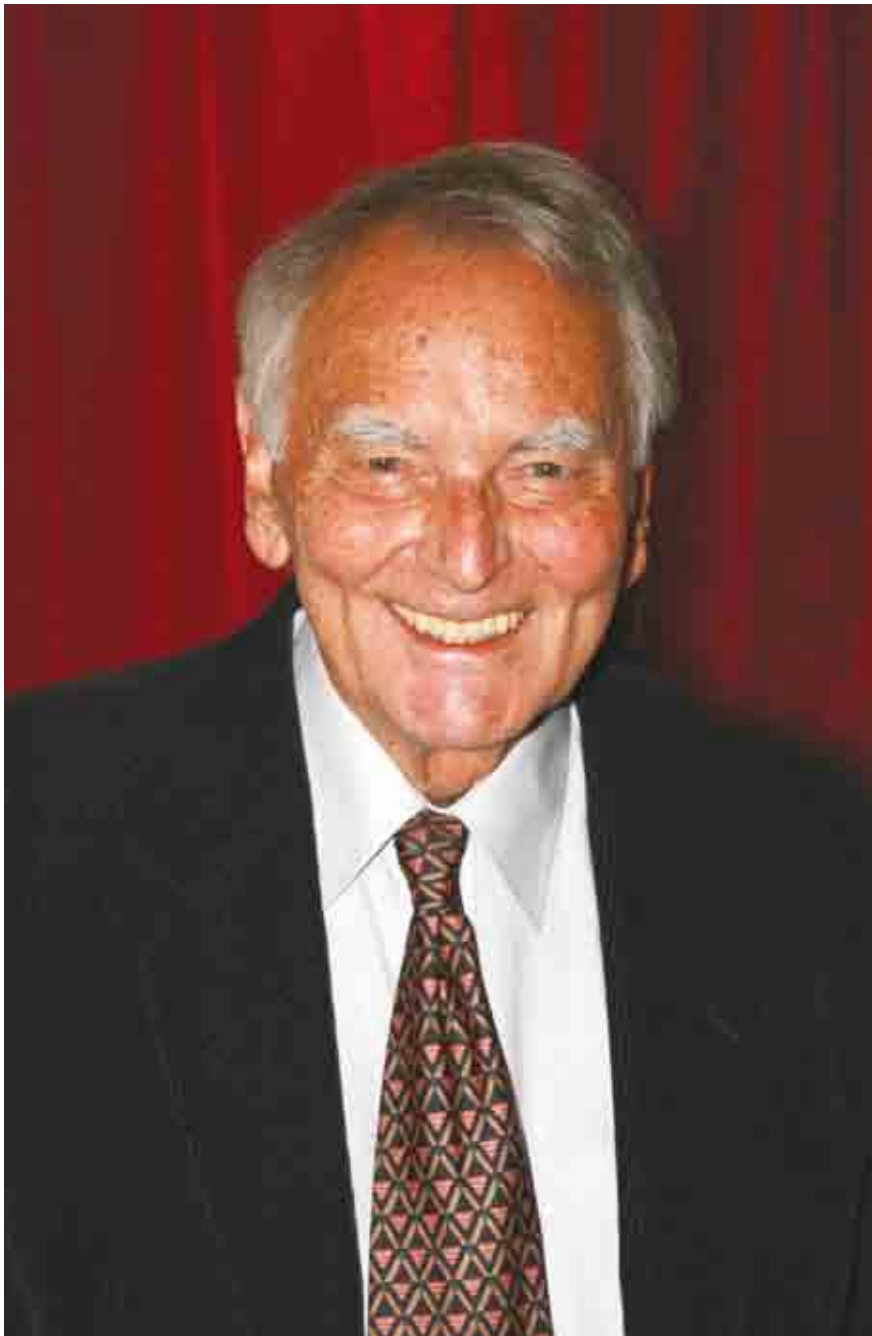
#### UR PROGRAMMET:

ÅSA NILSSON	PSYKIATRI UR ETT EVOLUTIONÄRT PERSPEKTIV
JÖRGEN HERLOFFSSON	PSYKIATRIEDAGSTIKENS HISTORIA OCH FRAMTID
CECILIA RIVING	MENTAL SJUKVÅRDENS FRAMVÄNT UR ETT HISTORISKT PERSPEKTIV
ÅKE PÅLSSON	VÄXLINGAR I SYNNEN PÅ PSYKOSJUKDOM GENOM TIDERNAS
MARGDA WAERN	PSYKIATRI UR ETT INTERNATIONellt PERSPEKTIV

# Ett möte med professor Jules Angst

Helt överraskande erbjöds jag möjligheten att intervju professor Jules Angst som tillfälligtvis befann sig i Stockholm. Det är inte en chans man säger nej till. Varför det? – undrar kanske den unge läsaren.

Denne schweiziske professor är legendarisk inom psykiatrisk forskning. Jules Angst bestämde sig redan vid 10 års ålder för att bli läkare och efter att under skoltiden ha läst verk av bl.a. C.G. Jung och Sigmund Freud beslutade han sig för att bli psykiater och psykoterapeut. Efter läkarexamen 1952 började han sin specialistutbildning under ledning av Manfred Bleuler (son till Eugen Bleuler som introducerade begreppet schizofreni). Ett regelmässigt inslag i det kliniska arbetet var att behandla schizofreni med psykoanalys. Efter några år kunde Jules Angst konstatera att han inte såg några övertygande resultat av behandlingen,



och gav upp denna inriktning. Han insåg även att det bedrevs mycket forskning inom schizofreniområdet medan affektiva sjukdomar tilldrog sig betydligt mindre intresse. Därför beslöt han sig för att ägna sig åt det sistnämnda sjukdomsområdet och har gjort så i mer än 50 år.

Jules Angst har blivit känd bl.a. för sina långtidsuppföljningar av patienter med affektiv sjukdom, samt för stora epidemiologiska studier där tusentals unga män och kvinnor rekryterats och sedan följts under flera decennier. Han har på detta sätt gett betydande bidrag till kunskapen om etiologi, förlopp och prognos vid affektiv sjukdom. Som ett exempel kan nämnas att han än idag följer en grupp patienter (ursprungligen 406) som under åren 1959-63 slutenvårdades pga. unipolär eller bipolär sjukdom.

Den som är intresserad av att veta mer om Jules Angsts liv och verk rekommenderas att läsa hans Editorial "From psychoanalysis to epidemiology: autobiographical notes" i Acta Psychiatrica Scandinavica 2009; 119: 87-97.

## Onödiga förberedelser

Mötet var utsatt till den 7 oktober på Hotel Rival i Stockholm. Jag hade läst på och var förberedd med en sida full av frågor. De utlovade 30 minuterna blev till en dryg timme men min frågelista hann jag aldrig titta på. Professor Angst berättade engagerat och fängslande om forskningsfynd och teorier.

Foto: ninatallec.com

Inledningsvis förklarade han att han visserligen är pensionär men att han ändå arbetar heltid med sin forskning. Detta har möjliggjorts genom att en av hans patienter, en synnerligen förmögen tysk bankir med bipolär sjukdom, donerat pengar så att han ska kunna fortsätta sitt arbete.

### **Kvinnor och män**

Jules Angst befann sig i Stockholm för att medverka i ett stort symposium, "Depression – ur ett genusperspektiv". Där visade han resultat som talar för att könsskillnaden beträffande depressioner till stor del betingas av att kvinnor har högre förekomst av atypisk depression. Kvinnors och mäns symtomprofiler är likartade men vissa symtom är vanligare hos kvinnor. Kvinnor är mer internaliserade, mer uppmärksamma på kroppen, är bättre observatörer, har bättre perception för känsel och smak. Detta bidrar till att förklara varför kvinnor i högre utsträckning än män drabbas av ångest och depression.

Varför tar då män livet av sig i högre utsträckning än vad kvinnor gör? Därför att kvinnor är mindre aggressiva, svarar professor Angst. Det finns en högre grad av "external aggression" bland dem som suiciderar eller omkommer i olyckor. Kvinnor är mer benägna till intoxication men tillgängliga läkemedel är inte lika toxiska som förr. Ett annat exempel är att man har kunnat visa minskat antal suicid bland kvinnor efter att man gått över till icke giftig hushållsgas. Suicidfrekvensen påverkas av "availability", alltså tillgång på redskap, poängterar han. Detta styrks ytterligare av ett exempel från Kina där det finns ett landsbygdsområde där kvinnor tar livet av sig i högre omfattning än män, vilket lär bero på tillgång till toxiska växtgifter.

### **Om "hidden bipolars" och förälskade ungdomar**

Professor Angst hann nämna en rad andra resultat av sin forskning, varav jag väljer att återge några.

- Ca 40 % av de personer som diagnostiserats som unipolära är i själva verket "hidden bipolars", detta fynd har kunnat replikeras av andra forskargrupper.
- Förälskade ungdomar skattar lika högt som bipolära typ II vad gäller förhöjd grundstämning enligt "Hypomania checklist-32". Beträffande detta finns en transkulturell stabilitet. (Uttrycksätten för depressioner är däremot i högre utsträckning kulturellt betingade).
- Paniksyndrom, OCD och ätstörningar är vanligare hos bipolära än unipolärt deprimerade personer. Detta tycker han är "kontraintuitivt".

### **"It takes a long time to kill a myth"**

Professor Angst har även deltagit i läkemedelsforskning. Något som engagerat honom mycket är att bekämpa sådant som han uppfattar som myter beträffande läkemedelseffekter. En sådan myt är att antidepressiva läkemedel skulle kunna förorsaka s.k. switch till hypomani/mani. En omfattande genomgång av all tillgänglig litteratur har inte kunnat ge stöd för att så är fallet så länge de kombineras med en stämningsstabiliserare. I studier som hävdar motsatsen har man inte statistiskt korregerat för det faktum att gruppen icke-responders inte kan "switcha". Egentligen kan problemställningen ses som att man gjort "en höna av en fjäder". I realiteten uppträder switch vid SSRI-behandling endast i ett par procent av fallen vilket är på samma nivå som placebo.

Han framhåller även de affektiva sjukdomarnas naturalförlopp. Hans forskargrupp har gått igenom journaler som förts på patienter som vårdats för unipolär resp. bipolär sjukdom under perioden 1900-1930, dvs. innan vare sig ECT eller antidepressiva läkemedel fanns att tillgå. I detta material fann man att ca 5 % av dem med unipolär depression och 30 % av dem med bipolär depression svängde över till mani.

Professor Angst är besviken över att det i många Guidelines fortfarande anges att antidepressiva kan orsaka switch. "But it takes a long time to kill a myth" konkluderar han.

### **Vem är normal?**

Temat för detta nummer är Vem är normal? – vilket gjorde det naturligt att avslutningsvis få flika in en fråga till professor Angst om vad han anser om saken. Normal är den som under sin livstid har episoder av depression, hypomani och ångest, blev svaret. De som säger sig aldrig ha upplevt några psykiska symtom - de brukar utgöra 15 % av en kohort - kallar han för "supernormala", och de är *inte* normala.

Tove Gunnarsson  
Redaktör Svensk Psykiatri





26 miljoner patienter har fått hjälp.<sup>1</sup>

Mot hot som inga lås kan stoppa.



1 IMS Patient Level Data

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, 2008-07-28. För ytterligare information och pris se [www.fass.se](http://www.fass.se). Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, [www.lilly.se](http://www.lilly.se).



# På gång - Riktlinjer för metabol rubbning!

Personer med schizofreni eller bipolär sjukdom uppvisar i högre grad än befolkningen i övrigt metabola avvikelser - övervikt, diabetes eller rubbning av blodfetter - samt en ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. Bidragande kan vara ogynnsamma levnadsvanor såsom brist på fysisk aktivitet eller ofördelaktig kosthållning. Även patientens medicinering kan bidra då de antipsykotiska preparaten kan inducera eller förvärra metabol rubbning.

På initiativ av Svenska Psykiatriska Föreningen har en specialitetsövergripande arbetsgrupp under året arbetat fram förslag till kliniska riktlinjer för att förebygga, screena och behandla metabol risk för denna patientgrupp. Målsättningen med detta dokument är att formulera kortfattade, konkreta och genomförbara riktlinjer för hur metabol rubbning hos denna patientgrupp kan förebyggas, upptäckas och handläggas inom varje psykiatrisk verksamhet. En remissrunda har pågått under några veckor, riktlinjerna kommer att presenteras på Läkarstämman i november. De färdiga riktlinjerna kommer att finnas tillgängliga på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se) från slutet av 2009.

Specialistföreningar som deltagit i arbetsgruppen med framtagandet av dessa riktlinjer är:

Svenska Psykiatriska Föreningen  
Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri  
Svensk Förening för Allmänmedicin  
Svensk Förening för Diabetologi  
Svensk Internmedicinsk Förening  
Svenska Cardiologföreningen  
Svensk Förening för Obesitasforskning

Dan Gothefors  
Facklig sekreterare

Svenska Psykiatriska föreningen

## Poster på Psykiatrikongressen?

Svenska Psykiatrikongressen 2009 blev en framgång. Nu planerar vi för kongressen 2010 och denna gång kommer vi även att ha en posterutställning.

**Vill du presentera något i posterform?**

Hör i så fall av dig till Tove Gunnarsson  
([vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se](mailto:vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se))!

# SLUP - Ny förening för våra ST-läkare!

SPFST bildades 2005 efter inspiration från den europeiska ST-läkarföreningen EFPT. SPFST har under åren arbetat med en rad viktiga frågor för blivande psykiater och psykiatrins framtid så som rekrytering, forskning för ST-läkare, internationellt samarbete mm. SPFST har också arrangerat en årlig konferens som varit mycket uppskattad, senast i februari 2009 på Gimo Herrgård utanför Uppsala under temat framtidens psykiater.

Just nu pågår ett omfattande arbete inom föreningen med att rekonstituera oss till att bli en subsektion inom alla tre specialistföreningarna i psykiatri; SPF, SFBUP och SRPF. För att markera att vi är till för läkare under utbildning inom alla psykiatriska delspecialiteter samt inte bara för läkare som har fått ST-tjänster byter vi namn till

**Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri (SLUP).**

Vi tror att vi genom nära samarbete mellan specialister och medicine kandidater, mellan de olika psykiatriska specialiteterna, mellan kollegor från olika länder, har mycket att vinna när vi skapar dagens och framtidens psykiatri.

Vi kommer även i fortsättningen att anordna en konferens årligen, fast nu med ett bredare och mer mångsidigt program. Även AT-läkare och andra underläkare som arbetar inom psykiatri och har ett särskilt intresse är välkomna som medlemmar. Medlemskap i SLUP erhålls automatiskt när man i egenskap av ST- eller AT-läkare blir medlem i en psykiatrisk specialistförening. Ombildningen kommer att diskuteras under årsmötet på ST-konferensen på Bäckaskog slott i Skåne kl 8.30-10.00 den 5/2 2010. Är du intresserad av att vara med i SLUP:s arbete, ta gärna kontakt med någon ur styrelsen under konferensen eller via vår hemsida [www.spfst.svenskpsykiatri.se](http://www.spfst.svenskpsykiatri.se). Väl mött i ett vackert Bäckaskog i februari 2010!

För SPFST:s styrelse  
Peggy Törn och Marcus Persson

# På gång - Nya kliniska riktlinjer för schizofreni!

Svenska Psykiatriska Föreningen har sedan 1996 givit ut den uppskattade serien Svensk Psykiatri med kliniska riktlinjer och kunskapsöversyn i angelägna områden inom psykiatrin. Nummer 10 i serien som kommer ut under november 2009 innebär en omarbetning och revision av den första utgåvan och gäller schizofreni.

De omarbetade riktlinjerna för utredning och behandling av schizofreni är resultatet av god och produktiv samverkan i en entusiastisk skrivargrupp, med rimlig regional representativitet och ändamålsenlig kompetensbredd. Värdefulla observationer och korresponderande förbättrande förslag har dessutom tillkommit från en referensgrupp. Arbetet har varit påtagligt resultatinkänt och vi hoppas att vår rapport är användbar. Arbetssättet i gruppen har varit effektivt, minimalistiskt och tidsbesparande, som det ofta blir vid idealistiskt fritidsarbete av det här slaget. Vi är stolta över resultatet, om än medvetna om att det lär finnas oavsiktliga uppreningar, otydligheter eller utelämnanden. Vi ber om tillgift för våra tillkortakommanden och hoppas bli bedömda för det vi åstadkommit.

Under arbetets gång har det kommit till vår kännedom att såväl Socialstyrelsen som SBU har avsikter att ta fram riktlinjer och litteraturoversikt om schizofreni. Det torde knappast vara ett bekymmer att flera parter aktualiserar kunskapsläget och inriktningen på dessa tre parter ansatser torde nog bli kompletterande snarare än konkurrerande.

Slutligen är det värt att påpeka att det viktigaste motivet för våra ansträngningar är förvisningen om att psykiatri på god kunskapsgrund ger bästa förutsättningar för värdeskapande arbetssätt. Vi hoppas att sjukdomsbördan för de som drabbas av schizofreni i någon mån kommer att lindras och livskvaliteten ökas som ett resultat av föreliggande kunskapsöversikt och professionella riktlinjer för god schizofrenivård.

Kliniska riktlinjer om schizofreni kommer att kunna beställas från Gothia ([www.gothia.se](http://www.gothia.se)) och texten kommer också att kunna laddas ner som pdf via [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se).

För arbetsgruppen,

**Nils Lindefors**  
professor, överläkare  
Karolinska Institutet samt Psykiatri Sydväst i Huddinge



Foto: Shutterstock



Låt inte kostnaderna  
segla iväg



## Lamotrigin Actavis

– Brett sortiment till lägre pris

Under 2007 förskrevs Lamictal i Sverige för cirka 160 miljoner kronor. Samma period var kostnaden för en behandling med Lamotrigin Actavis bara 50 % av den för Lamictal<sup>1</sup>. Detta ger en total besparingspotential på 80 miljoner kronor för hela landet under ett år.

Actavis är marknadsledande på generiskt lamotrigin. Vi erbjuder ett brett förpacknings Sortiment, både vanliga och dispergerbara tabletter och anpassade förpackningsstorlekar. Nu finns Lamotrigin Actavis 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 barn över 12 år): Tilläggsbehandling eller monoterapi vid epilepsi med partiella anfall och/eller generaliserade tonisk-kloniska anfall. (Från 2 års ålder): Tilläggsbehandling vid epilepsi med partiella anfall. Bipolär sjukdom (Från 18 års ålder): Förebyggande behandling vid bipolär sjukdom genom att förhindra depressiva episoder. För fullständig indikationstext se [www.fass.se](http://www.fass.se)

1. IMS Health, kostnad per expedierad DDD 2007.

 **actavis**  
creating value in pharmaceuticals

# Vem är normal?

Som barnpsykiater har man att sätta diagnos på alla patienter man möter. Vi träffar ju bara 2-3 procent av Sveriges barn medan det sägs att vi borde träffa minst 5 procent eller kanske 10 procent som har besvär som de skulle behöva hjälp med. Nå, av dem som vi nu träffar har vi väl inga större svårigheter att avgöra vem som är normal och vem som skall ha en DSM IV-diagnos. Alltså torde vi väl ha ganska bra koll på vem som är normal och inte.

En del av våra patienter får ju diagnosnummer 799.90 (Ingen diagnos fastställd) eller V71.09 (Ingen diagnos föreligger). I de senare fallen kan vi ju med ganska stor sannolikhet påstå att någon slags normalitet föreligger. De som får 799.90 är ju dock i riskzonen. De utgör ju någon slags brasklappsgrupp, man kan tolka formuleringen som – ”ingen diagnos ÄNNU fastställd” – men vänta bara snart har det nog klarnat vad dom lider av för onormalitet.

**Hur många kan vi nu förklara vara normala av alla de som vi faktiskt träffar** utifrån detta resonemang, hur många procent får V71.09? Ja, det bör väl inte vara mer än ca tre-fyra procent av alla som vi ser, annars jobbar vi ju med sådana som egentligen inte har några problem och med andra ord är normala och inte har hos oss att göra.

Men då är det ju kvar 97-98 procent som vi aldrig ser röken av på BUP. Har vi koll på hur normala de är? Naturligtvis inte. Bland dem finns det många som har för sig att så länge man inte söker hjälp på BUP är man i alla fall ingen ”CP-unge” eller ”sär” som en del av barnen uttrycker sig. Så länge man inte gått in genom dörren till BUP så tillhör man de normalas skara, tänker många, men har man där inträtt så har man för evigt stämpeln i pannan. Det innebär ju också patologiska diagnoser som kommer att följa en för evigt livet ut och innebära att man aldrig kan få ett hederligt jobb och automatiskt utsorteras ur alla normala sammanhang. I förlängningen är förmodligen vägen öppen till kronisk inlåsning på mentalsjukhus om nu dessa hade funnits kvar.

Alltså har vi förmodligen en del icke så ”normala” därute som vet om att de skulle behöva hjälp, som vi aldrig får tillfälle att hjälpa av en oftast obefogad rädsla byggd på gamla fördomar.

Så har vi dem som förnekar i det längsta att det är ett ”onormalt” liv de lever och ger sig inte på den punkten förrän soc. hotar med tvångsinsatser. Men dem brukar vi om inte annat känna till genom hörsågen och soc. förtvivlade rop på hjälp och behandlingsinsatser.

Och så har vi alla dem som inte tycker sig ha några problem som man behöver hjälp med, hur normala är de? Är det normalt att uppfatta sig vara utan psykiska problem? Här kommer vi ut på djupa filosofiska vatten som en enkel diagnostiker kanske skall akta sig för. Jag väljer att hålla mig till siffrorna och oomkullrunneliga fakta.

**Ja, var var vi nu? Jo, vi konstaterade att ca 3-4 procent av alla som vi kommer i kontakt med inte får någon diagnos och således får antas vara i någon mån normala.**

Inom statistiken förekommer extrapoleringsbegreppet som en etablerad modell för att förstå vissa samband. Med hjälp av detta begrepp kan vi konstatera att i den gruppen på 97-98 procent av befolkningen som vi aldrig träffar borde det också finnas 3-4 procent som man kan betrakta som normala. Bland de övriga finns, som vi har kunnat härleda här ovan, många som tror sig vara normala, som envist men med orätt hävdar att de är normala eller de som också in absurdum hävdar att de är normala fast alla för länge sedan har insett hur det är fatt. Till sist finns det i denna grupp också de som hävdar, utan att någon invänder, att de är utan psykiska problem, och det kan ju rimligen inte vara normalt.

Alltså, sammanfattningsvis har vi kunnat konstatera med hjälp av våra diagnostiska kunskaper att det i befolkningen torde med rimlig säkerhet finnas 3-4% som är normala. Resten är ute och cyklar eller lever på ett gungfly av undanflykter och förnekanden.

Perspektiven hisnar, det känns skönt att bli vid sin DSM-IV-läst och göra vad man kan för dessa 2-3% av befolkningen som söker vår hjälp på BUP. Eller hur?

Anders Westerlund  
Överläkare

Samordnande Landstingsstudierektor  
Kompetensutvecklingsbyrån, By Z  
Norrlands Universitetssjukhus



Foto: Shutterstock



# Normala obsessioner

När vi beskriver något som "normalt" finns det risk för att vi tänker oss ett motsatt tillstånd som kan kallas för "onormalt" som är väsensskilt från det normala. Ibland känns det tryggt att luta sig mot statistik och betrakta beteende som finns inom två standardavvikelser från medelvärdet som "normalt". Men den taktiken är inte alltid hjälpsam inom psykiatrin. Varje kliniskt verksam läsare av denna tidning har egen erfarenhet av att gränsen mellan det normala och det onormala varken är knivskarp eller bestående. I behandlingsarbetet med människor med tvångsproblem har jag många gånger haft anledning att fundera över vad det är som skiljer oss åt: de som söker och de som erbjuder hjälp. Vad som räknas som "normalt" påverkar vem som söker hjälp, vilken diagnos de får och vilka behandlingsmål som eftersträvas.

Personer som söker hjälp för sina tvångsproblem gör det, bland annat, för att de känner sig "onormala" och för att de har tankar som de uppfattar som konstiga. Långt in på 1970-talet var många väldigt förtagna om sina tankar och skämdes mycket, speciellt för tvångstankar kring våld och sexuella handlingar. Obegripliga tvångsritualer försökte de dölja från omvärlden så gott det gick. I takt med större kunskap och öppenhet är läget något bättre år 2009. Men kan vi verkligen bedöma vilka tankar som är normala?

Redan på 1970-talet hade den engelska professorn Stanley Rachman vid Institute of Psychiatry i London undersökt skillnader mellan tankar hos personer med diagnosen tvångsproblem (OCD) och normala människor (det vill säga hos personer som inte uppfyllde diagnoskriterierna för OCD) (Rachman & de Silva, 1978). Rachman skiljde mellan "onormala obsessioner" som fanns hos människor med OCD och "normala obsessioner" som människor utan diagnosen beskrev som påträngande tankar som var ofrivilliga och oönskade. Nästan 80 % av personerna utan diagnos rapporterade att de hade haft tankar från en sammanställd lista av både "normala" och onormala obsessioner. Rachman och de Silva rapporterade att även när experter granskade listan hade de svårt att skilja ut tvångstankar utifrån innehållet i tankarna. Senare har Salkovskis och Harrison (1985) upprepat studien med samma resultat.

Hur ska vi veta vilka tankar som är normala? Om "normala obsessioner" förekommer hos 80 % av befolkningen hur kommer det sig att förekomsten av tvångsproblem räknas till 2 % i studier från hela världen? Det måste vara något mer än tankarna som skiljer människor med och utan tvångsproblem åt.

Två färskare studier från Nederländerna har räknat vidare utifrån Rachmans rådata. De fann att Rachmans experter var någorlunda säkra på att identifiera "normala obsessioner" men inte lika bra på att peka ut vilka som var "onormala obsessioner" (det vill säga

tvångstankar) (Rassin & Muris, 2006). Rassin och Muris lät även psykoterapeuter och psykologistudenter bedöma 70 tankar från Rachmans studie. Psykoterapeuter kunde urskilja tvångstankar från "normala" påträngande tankar med pålitlig säkerhet. Även psykologistudenter kunde skilja mellan dessa två kategorier av tankar men de var bättre på att peka ut tvångstankar än "normala obsessioner". När man lät "normala" studenter kryssa för vilka tankar de hade upplevt utifrån Rachmans lista fann man att studenter som hade högre poäng på en skattningsskala för OCD kryssade för flera tvångstankar än de som hade lägre poäng på skalan (Rassin, Cogle, & Muris, 2007). Resultatet är något svårtolkat men intressant. Varför vissa tankar leder vidare till tvångshandlingar är en högingressant fråga som än så länge inte kan förklaras utifrån det nuvarande forskningsläget.

Som en del av förberedelser inför behandling av tvångsproblem är det värdefullt att normalisera innehållet i påträngande tankar, genom att berätta för patienten att dessa tankar förekommer hos de flesta människor. "Normala obsessioner" är svagare, mindre frekventa och mindre skrämmande än för dem som har tvångsproblem men tankarnas innehåll är lika. Personer som söker hjälp för sina plågsamma tankar vill ofta bli av med dessa som ett första behandlingsmål. Men framgångsrik psykologisk behandling är inte beroende av att ta bort dessa tankar. Behandling med kognitiv beteendeterapi innebär snarare att förändra förhållningssättet till tankarna. Vanligtvis för människor med tvångsproblem en fruktlös kamp mot sina tvångstankar. Att byta förhållningssätt till acceptans av dessa tankar lämnar tid och kraft till mera konstruktiva beteenden. Att inte kriga mot sina tankar betyder inte att man gillar dem utan att man inte vill ägna sig åt en uppgift som aldrig kan bli färdig.

Uppenbarligen kan "normala obsessioner" förekomma hos många utan att det påverkar livskvaliteten. Det är inte de påträngande tankarna som är det största problemet utan tvångshandlingarna som är den mest handikappande delen av tvångsproblem. Tvångshandlingar, som exempelvis långdragna rengöringsritualer och kontroller, men även invecklade mentala ritualer, stjälar tid och kraft från vardagsaktiviteter. Som behandlare resonerar jag ofta om balansen i livet mellan att känna sig ren eller känna sig säker och möjligheten att söka efter ett meningsfullt liv, även med alla de tankar och känslor som tränger sig på. Här kan diskussioner om normalitet bli en del av behandlingen. Ska ofrivilliga påträngande tankar som följs av tvångsritualer styra all aktivitet eller ska innehållet i livet styras av vad som är viktigt, såsom familj, självständighet, stimulans eller utveckling.

Att bygga upp en terapeutisk relation där det känns möjligt för en person med problem att prova att duscha på fem minuter eller lämna hemmet efter 60 sekunders kontroll av kaffebryggaren, spisen och dörren, även om det förekommer tankar om smitta eller fara, är en stor utmaning i behandling av tvång. Först när personen har egna erfarenheter av att frivilligt genomföra "normala" handlingar kan hon ta ställning till hur hon ska bemöta de ofrivilliga tankarna. Ibland kan behandlingen leda fram till att personen kan genomföra vardagsritualerna på samma tid som

andra utan tvångsproblem. Ibland får behandlaren acceptera att tvångsritualerna tar mer tid än för oss vanliga. Det viktigaste är att personens livskvalitet har ökat.

Det finns all anledning för en behandlare att vara uppmärksam på sina första reaktioner om vad som är "normalt". Människors tankar kan röra sig i många fler banor än vi berättar för varandra, utan att vara "onormala". Huvudfokus i behandlingsarbete ska riktas mot ett liv som är värt att leva. Det målet är lika viktigt för oss "normala" som för dem som har tvångsproblem.

**Sandra Bates**  
Leg. psykolog, leg. psykoterapeut  
OCD-Centret, Uppsala

#### Referenser:

Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, pp 233–248.

Rassin, E., Coughle, J., & Muris, P. (2007). Content difference between normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 45, pp 2800–2803.

Rassin, E., & Muris, P. (2006). Abnormal and normal obsessions: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45, pp.1065–1070.

Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, pp 549–552.

## Ny målbeskrivning?

### Lugn, nu kommer rekommendationer från SPF!

Visst har du också suttit och läst igenom den nya målbeskrivningen för psykiatrin? Du har antagligen glatt dig åt att äntligen ingår ledarskapsutbildning i ST, att äntligen får alla ST-läkare tillgång till handledarutbildade handledare, och flera andra innovationer. Men du har kanske också undrat när du läst delmål 1: "behärska handläggning av vanliga och viktiga psykiska sjukdomar..." ... Ja-ha, vilka är dessa "vanliga och viktiga" sjukdomar? Dem ska nämligen ST-läkare "behärska handläggning" av! Till skillnad från "de andra" sjukdomarna (delmål 2) som ST-läkaren endast ska "kunna handlägga". För att kunna planera ST och för att handledarna ska kunna bedöma ST-läkarens kompetens (det ingår i handledaruppdraget) måste man kunna specificera nivån av kompetens som är "good enough" för de olika tillstånden.

Men lugn... nu kommer SPF:s rekommendationer! ... som förhoppningsvis kommer att hjälpa dig att använda målbeskrivningen.

SPF:s utbildningsutskott befinner sig i slutet av ett arbete där man brutit ned vart och ett av de medicinska övergripande huvudmålen till specifika delmål så att ST-läkarna och deras handledare lättare ska kunna tyda Socialstyrelsens målbeskrivning. Arbetet har genomförts i nära samarbete med det nationella nätverket av studierektorer i psykiatri. Rekommendationerna kommer att publiceras på SPF:s hemsida under fliken Utbildning/ST/ Rekommendationer före årsskiftet.

Medan målbeskrivningen är ett bindande dokument är rekommendationerna juridiskt sett inte det. De bör ses som ett arbete under utveckling, kompletteringar och revideringar kommer att bli aktuella. Synpunkter från ST-läkare, handledare, studierektorer och verksamhetschefer kommer att vara nödvändiga för att dokumentet ska bli riktigt bra. Det är först när rekommendationerna möter "verkligheten" som man kommer att kunna se styrkor och svagheter.

Har du frågor rörande rekommendationsarbetet, vänd dig gärna till medlemmarna i utbildningsutskottet.

**Elina Sarasalo**  
**Raffaella Björck**  
SPF:s utbildningsutskott



Foto: Shutterstock

# Ändamålet helgar medlen för Gellert Tamas.

Gellert Tamas (GT) bok *De Apatiska* är en uppföljare på *Lasermannen*. Temat är snarlikt. Men om huvudpersonen i *Lasermannen* är en ensam galning är skurkarna betydligt fler i den nya boken. De misshandlar dock invandrare med samma onda uppsåt.

Boken tar upp ett angeläget ämne som förtjänar att diskuteras och att reflektera kring eftersom den världsunika epidemien av barn med svåra uppgivenhetssymptom som uppstod 2002-2005 i Sverige skakade om vårt samhälle och innebar en stor utmaning för svensk sjukvård, men först och främst innebar den ett gigantiskt lidande för de barn som fick betala (och fortfarande betalar) det högsta priset i detta fenomen.

Hur kunde detta ske? Hur ska man förstå detta fenomen?

För den som undrar har GT svaren. Barnen är traumatiserade i sina hemländer och fortsätter att misshandlas av politiker, myndigheter och sjukvård i Sverige av inhumana, för att inte säga rasistiska, företrädare för dessa organisationer. Mot detta ställs män(niskor) som osjälvviskt slåss för dessa barns rättigheter mot en oförstående omvärld.

GT's värld är uppenbart svart-vit, vilket i sig borde få varningsklockor att ringa hos varje kritiskt tänkande medborgare när det gäller ett så komplext ämne, där vi fortfarande vet förhållandevis lite.

Jag gör på intet sätt anspråk på att förstå spelet kring de apatiska barnen när det gäller vad som hände på politisk nivå eller på Migrationsverket. En av bokens förtjänster är att genom fallbeskrivningar gestalta hur omänsklig den svenska migrationspolitiken i många fall blev i praktiken. Detta illustrerar mitt huvudbudskap i denna fråga: Lagar, regler och myndighetsutövning kan driva in människor i sjukdom och onödigt lidande. Sjukvården, som självfallet skall göra allt som står i dess makt att hjälpa dessa människor, kan omöjligt själv undanröja anledningen till detta lidande. Lösningen är till stora delar politisk.

När det gäller sjukvårdens roll har jag, i kraft av att ha arbetat som överläkare och biträdande verksamhetschef i Stockholms barn- och ungdomspsykiatri under dessa dramatiska år, en ingående kännedom om de apatiska barnens möte med sjukvården.

Jag har personlig erfarenhet av ett stort antal barn med de svåraste formerna av uppgivenhetssymptom genom träffar med barnen och deras föräldrar och genom deltagande i ett stort antal konferenser och möten runt barnen. De var inlagda inte bara på barnavdelningen Eugenia utan också på våra tonårsavdelningar och på akutavdelningen.

Jag hade också som facklig sekreterare i Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri under dessa år många kontakter och diskussioner med kollegor runt om i landet hur vi bäst kunde hjälpa dessa barn.

GT upprepar sina påståenden från Uppdrag Granskning 2005 (se följande länk för mer info [www.tidskriftenarena.se/index.php?sid=5&pid=92&tid=1673#](http://www.tidskriftenarena.se/index.php?sid=5&pid=92&tid=1673#)) att jag hävdar att det handlar om bluff, manipulation eller simulering från barnens sida. Sanningen är att jag aldrig har tagit dessa ord i min mun. Jag har ingående beskrivit min syn på detta fenomen för GT vid en längre intervju där jag spekulerade kring de komplexa sammanhang som framkallar dessa symptom, där man kan se att onda cirklar uppstår i samspelet mellan lagar, asylprocess, migrationsverk, socialtjänst, sjukvård och familj. Jag nämnde också att i marginalen fanns ett fåtal ärenden på kliniken som vi var mycket förbryllade över och där barnens symptom inte riktigt stämde och där föräldrarna ibland aktivt motsatte sig överenskommen behandling. Vi använde mycket tid på möten och behandlingskonferenser på våra tonårsavdelningar och även på Eugenia för att diskutera detta. Varför har GT inte bemödat sig om att tala med cheferna och överläkarna på de andra avdelningarna om detta?

Jag skulle önska att SVT lade ut denna intervju med mig i sin helhet på nätet så kan vem som helst ta del av det jag sagt utan hänfulla kommentarer från GT och utan citat som är ryckta ur sitt sammanhang!

GT återkommer gång på gång till att jag inte själv bevittnat de omständigheter jag redogjort för i de förbryllande fallen ovan. Man ska då veta att behandlingsansvariga inom klinikvården dagligen grundar sina bedömningar och beslut på initierade beskrivningar av vårdpersonal som ser barn och familjer dygnet runt. I detta fall fick jag upprepade trovärdiga beskrivningar av personal med lång erfarenhet och stor integritet. Jag bedömde att detta var information som var väsentlig att föra vidare, inte för att det förklarar de apatiska barnens tillstånd i största allmänhet utan för att detta kunde vara en liten pusselbit i en större helhet.



Foto: Shutterstock

Möjligen gjorde jag här en felbedömning när jag så här i efterhand ser hur detta har använts.

Jag ska ge några ytterligare exempel på GT's ryktesspridning. Han hävdar genom att citera en "nära medarbetare" att jag blivit inhuman och okänslig för svaga och nödlidande människors behov genom att ha arbetat på "lyxkliniken" i Danderyd. Skulle det handla om en nära medarbetare skulle denne känna till att jag att jag under ca 10 års tid var ansvarig för Familieavdelningen i Danderyd som hade hela länet som upptagningsområde och där vi företrädesvis arbetade med familjer med kombinerade psykiatriska, ekonomiska och sociala problem, ofta ensamstående mammor och deras barn från de södra förorterna och ofta invandrare. Ett arbete som i ett flertal utvärderingar fått de bästa vitsord av klienterna. Jag har dessutom arbetat som konsult i 20 år på olika ungdomshem för kriminella och missbrukande ungdomar med mestadels invandrarungdomar som klientel. Det ligger därför nära tillhands att misstänka att detta är ett fabricerat vittnesmål ägnat enbart att misskreditera mig.

Ett annat bisarrt exempel berör den konflikt som GT ingående försöker skildra mellan mig och den dåvarande överläkaren på barnavdelningen på Eugenia, Göran Bodegård (GB), vilken genomgående skildras från GB's horisont. GT hävdar att jag hatade GB och att detta ledde till att jag dödade en av hans blommor. Naturligtvis finns det inga bevis för detta och mina närmaste medarbetare kan vittna om det absurda i denna anklagelse. Har en journalist rätt att påstå, utan bevis, att jag gjort mig skyldig till mord – om än på en blomma? Brukar inte sådant kallas förtal? Detta är ett verkligt lågvattenmärke i boken.

GT beskriver utfrågningen i socialförsäkringsutskottet på ett märkligt sätt. Mitt huvudbudskap var att den svenska asylpolitiken skapar psykiatrisk sjuklighet eftersom uppehållstillstånd sällan beviljades på asylskäl. Det som då kvarstod som möjlighet var att få PUT (permanent uppehållstillstånd) av humanitära skäl, av vilka ett var svår sjukdom. Formen för utfrågning i detta utskott är att ledamöterna har rätt att ställa frågor. Jag fick då några frågor om det fanns barn som inte var så sjuka som de verkade. Jag beskrev då några av de fall jag tog upp i intervjun ovan. Jag svarade sanningsenligt utifrån den erfarenhet jag hade, men så här i efterhand hade det kanske varit bättre att hålla tyst om detta eftersom denna del fick oproportionellt stort medialt intresse, vilket inte var min avsikt.

GT's skildring av fallet V är också mycket märklig och grundar sig så vitt jag kan bedöma bara på GB's beskrivning. GT har i alla fall aldrig kontaktat mig för någon kommentar. I de diskussioner GB och jag hade i ärendet var vi så vitt jag minns helt eniga i bedömningen av pojkens tillstånd och vårdbehov. Skulle beslutet om utvisning stå fast uppmanade jag GB att ta kontakt med ansvariga inom sjukvården i Ryssland för att förvissa oss om att pojken fick fortsatt bra vård där. Jag fick också information från GB att detta skett. GB hade fått direkt kontakt (eller via sin rysktalande underläkare) med Bechterewinstitutet i S:t Petersburg som hade en god familjeterapeutisk tradition. Det lät mycket bra tyckte jag. Jag tycker liksom GB att det är tragiskt att det inte

blev något av denna vårdkontakt när V kom till Ryssland. Och om det stämmer att Migrationsverket försummade att förmedla GB's remiss till sjukvården i S:t Petersburg är det minst sagt upprörande.

Jag har aldrig skrikit åt GB och jag har inte tagit parti för Migrationsverkets ställningstagande i detta ärende. Jag har aldrig som GB utan grund påstår, gett Migrationsverket fri tillgång till vår verksamhet. Och inte är det väl så att jag och GB blir medlöpare av att vi försökte bidra till att göra den av andra beslutade avvisningen av V så human som möjligt. GB hävdar i anslutning till detta att han aldrig tilläts arbeta familjemässigt, vilket är ett mycket märkligt uttalande. Var inte en stor del av värdiden på Eugenia att arbeta familjemässigt?

Till sist vill jag kommentera att jag sände några fallbeskrivningar till Marie Hesse, som i egenskap av regeringens samordnare i frågan ville sammanställa erfarenheter kring ärenden där det misstänktes att föräldrar utnyttjat/använt sig av sina barn i syfte att öka sina chanser att få stanna i Sverige. Eftersom det på några av våra tonårsavdelningar fanns sådana misstankar i några enstaka fall ansåg jag det vara befogat att lämna över 3 oidentifierade fallbeskrivningar till henne vilka skrivits ihop inte av mig, utan av olika överläkare på kliniken, vilka hade ingående kännedom om fallen. Jag ansåg att Marie Hesse hade rätt att ta del av dessa uppgifter för att få ett allsidigt underlag till sin rapport. Jag lät även GT ta del av dessa beskrivningar vilka han instinktivt avfärdar.

GT säger att hans ambition med boken är att berätta sanningen om de apatiska barnen och tränga bakom den mytbildning och ryktesspridning som han menar präglat debatten. Att han själv just använder ryktesspridning och mytbildning som metod kan ju då förefalla märkligt men är tydligen det enda han kan ta till för att få sin dramaturgi att gå ihop. Ändamålet helgar medlen.

Som jag skrev tidigare kan jag inte uttala mig om de kanske ännu mer centrala delarna i boken som behandlar politiken och andra myndigheters handlande, men eftersom de delar jag har förstahandskännedom om måste betraktas som osakliga och tendentiösa, skulle jag önska att resten av boken också granskas mer kritiskt än vad som skett eftersom jag misstänker att den skulle kunna vara behäftad med liknande brister.

GT tycks ha obefintlig känslomässig distans till sitt ämne och lär aldrig erkänna sina tillkortakommanden. Att Natur och Kultur har godtagit denna berättelse utan ifrågasättande är märkligt. Det är också märkligt att undersökande journalister i kommentarer och recensioner i olika media hyllar boken som ett storverk utan att misstänka att boken innehåller mycket allvarliga brister.

Som tur är börjar andra röster göra sig hörda i debatten.

Stockholm 30 oktober 2009

Peter Engelsöy

Överläkare

BUP-kliniken, Stockholm





Svenska Läkaresällskapet  
**MEDICINSKA  
 RIKSSTÄMMAN**  
 S T O C K H O L M 2 0 0 9

Svenska Psykiatriska Föreningen finns i monter A08:51  
 Du träffar dagligen någon av oss i styrelsen i montern.  
 Där finns också styrelsemedlemmar från SFBUP och SRPF.  
**Välkommen!**

SEKTIONERNAS & FÖRENINGARNAS PROGRAM forts...

Välkommen till vår

monter

**A08:51**

**PSYKIATRI**

Onsdagen den 25 november

**SALT 1**

**12.30-14.00** Symposium: Fem år efter tsunamin – ohälsa och återhämtning hos stockholmare som vistades i katastrofområdet.  
 Moderator: Maaret Castrén. Se SY 4.

Torsdagen den 26 november

**SALA 3**

**08.30-10.00** Symposium: Specialistövergripande konsensus om handläggning av kardiovaskulär risk för personer med psykisk ohälsa.  
 Moderator: Dan Gothefors. Se SY 30.

**HALLA, 134-135**

**09.00-18.00** Posterutställning:

**1P. Metformin mot viktuppgång vid antipsykotisk behandling – en metaanalys.**  
 Linda Björkhem Bergman, Annika B Asplund, Jonatan D Lindh (134)

**2P. Seroquel i kombination med neurokognitiv rehabilitering hos patienter med schizofreni.**  
 Richard Stenmark, Ola Gefvert, Karin Fagerlund, Eva Dencker Vansvik (135)

**SALA 3**

**10.30-16.30** Fria Föredrag  
**10.30-11.30** 3. Psykiatrifondens stipendiater berättar om sin forskning.  
 Göran Björling.

**11.30-11.45** 4. Cotard's syndrome, a rare psychiatric condition with delusions of being dead. An overview and aspects of its pathogenesis.  
 Thomas Lindén, Ingegerd Odar-Cederlöf, Lars Ståhle, Anders Helledén.

**11.45-12.00** 5. "Jag trodde jag var död!" Cotard's syndrom – skrämmande vanfreställning som läkemedelsbiverkan.  
 Anders Helledén, Ingegerd Odar-Cederlöf, Lars Ståhle, Thomas Lindén.

**12.00-12.30** 6. Subutex, Metadon eller inget alls till gravida heroinister?  
 Johan Kakko, Ihsan Sarman, Markus Hellig.

**12.30-13.00** 7. Hur behandlas patienter med generaliserat ångestsyndrom (GAD) i specialistvården? En farmakoepidemiologisk och hälsoekonomisk registerstudie av 3 701 fall.  
 Christer Allgulander, Ewa Ahnemark, Rebecca Sandelin, Jan Kowalski.

**13.00-13.30** 8. FASTO: En strukturerad observationskala för personer med psykos.  
 Sten Levander, Thomas Koernig, Eva Dencker Vansvik, Eva Lindström.

**13.30-14.00** 9. Varför är man långtidsjulkskriven med psykiatrisk diagnos i Sverige.  
 Lars Häggström.

**14.00-14.30** 10. Kognitiv suicidprevention attackerar suicidala episoder akut och långsiktigt.  
 Jan Beskow, Margit Ferm.

**14.30-15.00** 11. Kartläggning av krisreaktion- en fördjupning av axel IV i DSM-systemet.  
 Curt Nyström, Aikaterini Trantou.

**15.00-15.30** 12. Missar psykiatrin behandlingsbara tillstånd som ADHD/ADD vid Aspergers syndrom?  
 Marie Hagnell, Sylvia Mellfeldt Milchert.

**15.30-16.00** 13. PECC – faktorstruktur och utfall inom tre longitudinella schizofrenimaterial.  
 Eva Lindström, Eva Tuninger, Shellagh Hodgins, Sten Levander.

**16.00-16.30** 14. Ljusbehandling-till vilken nytta?  
 Curt Nyström, Lars Bengtsson.

**SAL K 21**

**14.30-16.00** Symposium: Att göra vad vi vet om ADHD.  
 Moderator: Lars-Håkan Nilsson. Se SY 47.

**SALA 3**

**16.30-18.00** Symposium: Schizofreni – "Att veta vad vi gör och göra vad vi vet". Svenska Psykiatriska Föreningens nya kliniska riktlinjer för utredning och behandling av schizofreni presenteras.  
 Moderator: Lise-Lotte Risö Bergerlind. Se SY 54.

Fredagen den 27 november

**SALA 3**

**08.30-10.00** Symposium: Kan vi bli bättre på att identifiera och behandla tortyröverlevare?  
 Moderator: Gunilla Brodda Jansen. Se SY 64.

**SALT 1**

**10.30-12.00** Symposium: Utredning och behandling av transsexuella i Sverige – var står vi idag?  
 Moderator: Gunnar Kratz. Se SY 72.

**SALA 3**

**10.30-12.00** Symposium: God Psykiatrisk Vård.  
 Moderator: Ing-Marie Wieselgren. Se SY 76.

**Onsdagen den 25 november har vi följande program i sal A 3:**

- 08.30-9.50 Fria föredrag. Moderator: J-O Larsson  
**Har normalbegåvade skolbarn med diagnos inom autismspektrum avvikande sömnfunktion?**  
Hiie Allik, Hans Smedje, Jan Olov  
**Kriminalitet bland barnpsykiatriska patienter jämfört med matchade kontroller.** Mike Zyto, Hans Adler, Marie Torstensson Levander, Per-Anders Rydelius, Sten Levander.  
**Betydelsen av etnicitet och bostadsområde för kontakter med barnpsykiatrin.** Anna-Karin Ivert, Hans Adler, Sten Levander, Per-Anders Rydelius, Marie Torstensson Levander.  
**Själv mord, psykosjukdomar och kriminalitet bland tidigare barn- och ungdomspsykiatriska patienter.** Ulf Engqvist.
- 09.50-10.10 Kaffepaus
- 10.10-11.30 **Från nio månader till tjugo år senare – en longitudinell studie av bussolyckan i Måbødalen.** Filip Arnberg, Per-Anders Rydelius, Tom Lundin.  
**ADHD och utagerande beteende relaterat till användning av alkohol och andra droger i en populationsbaserad studie.** Kerstin Malmberg, Tobias Edbom, Jan-Olov Larsson.  
**Kan ”Collaborative Problem Solving” hjälpa barn med ADHD och Trotssyndrom?** Mats Johnson, Elisabeth Fernell, Sven Östlund, Gunnar Fransson, Magnus Landgren, Björn Kadesjö, Christopher Gillberg.
- 11.30-12.30 Lunch
- 12.30-14.00 **Symposium: Barn och ungdomar med sömnproblem: hur kan vi förstå och hjälpa dem?**  
Moderator: Hans Smedje.
- 14.30-16.00 **Symposium: Barnuppfostran och psykisk hälsa.**  
Moderator: Lena Eidevall.
- 16.30-18.00 **Föreningsmöte SFBUP**

**Torsdagen den 26 november har vi följande program:****Sal K 2**

- 08.30-10.00 **Symposium: Gör vi vad vi vet? Kvalitet i hälso- och sjukvården för barn- och ungdomar.**  
Moderator: Boel Andersson-Gäre.

**Sal K 21**

- 14.30-16.00 **Symposium: Att göra vad vi vet om ADHD.**  
Moderator: Lars-Håkan Nilsson.

**Fredagen den 27 november har vi följande program:****SAL C 6**

- 10.30-12.00 **Symposium: Jag vill bli stur - men jag vet inte hur. Ett rundabordssamtal mellan barn och vuxenläkare om gemensamma överföringsstrategier.**  
Moderator: Kristina Berg-Kelly. Se SY 79.

# För vem revideras psykiatrisk verksamhet?

**I artikeln ”Revision om psykiatrisk verksamhet”, #2 2009, Tidskriften för Svensk Psykiatri, propageras för revision av verksamheter. Detta är bra men vi saknar dock en problematisering och efterlyser brukarnas perspektiv.**

## Är vägen viktigare än målet?

Ingen har undgått de ökade kraven på dokumentation i psykiatrin. Parallellt med att innehållet i våra verksamheter blivit allt mer transparent har belastningen på professionen blivit större.

Med olika administrativa instrument, vare sig de bedömts relevanta eller inte, och i dimman av registreringar, utvärderingar, enkäter och kvalitetsmått finns en uppenbar risk att själva målgruppen - brukarna själva får stå tillbaka. Hur stor plats ska utvärdering och dokumentation tillåtas få ta i en verksamhet?

Den tid allt fler administrativa uppgifter tar i anspråk innebär mindre tid till patientkontakter och direkt behandlingsarbete. Genomtänkt dokumentation och utvärdering är av stort värde, men rimligtvis finns det en gräns och någonstans på vägen bör man stanna upp och fråga sig vart detta leder till. Är det enbart av godo? Och för vem?

## Brukarrevision

Evidensbegreppet i sig bygger på tre ståndpunkter; forskning, de professionellas erfarenheter och brukarens erfarenheter. Det är mer regel än undantag att brukares erfarenheter, preferenser och perspektiv ges en undanskymd roll. Detta gäller även inom revision/utvärdering av offentliga verksamheter trots att det idag finns flera fungerande modeller för genomförande av Brukarrevisioner. Syftet med Brukarrevision är att brukarperspektivet står i främsta rummet, och inte de professionellas insatser. Det är sålunda brukare som bedömer hur de professionella hanterar sitt uppdrag, till skillnad från de professionella som granskar sig själva efter egna på förhand givna mål.

## Brukarinflytande

Göran Björling skriver i sin artikel ”Det gäller inte bara att se vad man gör utan även **hur** man gör”. Dessa frågeställningar genomsyrar även brukarinflytandet. Ur en verksamhets perspektiv kan vi fråga brukare - Gör vi på rätt sätt i psykiatrin? Från brukarna kan frågan formuleras - Gör ni rätt saker? Det är en viss skillnad.

## Med egna erfarenheter

Med vår egen erfarenhet av att tidigare ha varit psykiatriska patienter, till att idag befinna oss på professionens sida inom vården, har vi på flera olika sätt arbetat med patientperspektivet och fokuserat på förbättringsområden, särskilt med avseende på den generella brist som råder kring delaktighet i vårdens utveckling. Brukarrevision är ett exempel på inflytande vars huvudsakliga syfte är att skapa förutsättningar för bättre vård.

Detta är inte på något sätt oproblemiskt, dock är vinsterna många. Brukarrevision genomlyser verksamheter på ett sätt som professionen själv inte kan. Begreppet kvalitet i den meningen att vi kan belysa eventuella skillnader mellan det vi säger att vi gör, och det andra uppfattar att vi gör, ger en med brukarrevision betydligt bredare bild av en verksamhet.

## Ett vidgat perspektiv

Det är relativt enkelt att undersöka om en verksamhet har rutiner och ledningssystem. För att se hur dessa efterlevs i praktiken behöver vi också samtala med personal, men framförallt fråga patienterna i betydligt större omfattning än vad vi hittills gjort. Idag görs detta i liten skala och i flera olika sammanhang, men däremot dokumenteras inte alltid detta arbete och det publiceras i ännu mindre grad. Brukarnas perspektiv är fortfarande betydligt svagare än de professionellas och det akademiska paradigmet inom psykiatrin.

I artikeln ”Revision av Psykiatrisk verksamhet”, maj 2009 beskrivs flera olika typer av revision av verksamheter med argument om kvalitet i utförandedetet. Det är viktiga frågor för utveckling av verksamheterna och har aktualitet i diskussionerna kring styrsystem för beställning av psykiatrisk vård.

## Kvalitet - vem bestämmer det?

Vi behöver en utökad diskussion kring kvalitetsbegrepp, för vilka den allt stridare strömmen av dokumentation, utvärdering, kvalitetsmått och revisioner åsyftar. Annars riskerar vi något av (vi kanske redan är där?) en chimär där föremålet för alla granskningar - brukarna - våra primära uppdragsgivare skymms undan.

Vi är eniga med Göran Björling:

”Att genomföra revision och bli reviderad innebär för alla en bra möjlighet att utveckla vården. Även här borde psykiatrin vara en föregångare.”

**Klas Sundström  
Malin Lindgren**

**BISAM - brukarinflytandesamordnare  
Psykiatri södra Stockholm**



Foto: Carol Schultheis

# Rapport från EFPT Forum 2009

**European Federation for Psychiatric Trainees – EFPT – höll sitt 17:e möte i Cambridge i juli 2009. Under fyra dagar samlades cirka 90 läkare under utbildning i psykiatri från 35 olika länder för att diskutera arbets- och utbildningsfrågor för läkare i psykiatri, samarbetsformer, nutida och framtida utmaningar, problem och lösningar.**

Mötet inleddes med introduktion om föreningen EFPT och dess arbete. Sedan följde en presentation av de deltagande länderna utifrån hur utbildningen i psykiatri är organiserad, förekomst av nationell ST-förening och dess arbete. Det presenterades också en kort sammanställning av en formulär-undersökning som gjordes vid förra årets möte i Göteborg om hur ST-utbildningen i psykiatri är organiserad i de olika länderna. Mer fullständig beskrivning kommer att publiceras inom kort men undersökningen visade på stor skillnader i både längd och innehåll i olika ST-utbildningar runt om i Europa. I vissa östeuropeiska länder saknas helt motsvarande

uppmuntrade oss till engagemang, att våga delta i debatter om psykiatrisk vård, och att i vår forskning satsa på stora internationella studier. Professor Femi Oyebo och Professor Dinesh Bhugra talade engagerande om ansvar, moral och professionalism i rollen som läkare och psykiater på 2000-talet. Sessionen avslutades med föredraget "How to get published" med konkreta tips och råd om hur man kan gå till väga för att publicera sin forskning.

Arbetet i EFPT sker bland annat i olika arbetsgrupper, varav en arbetar med forskning. Denna grupp har varit mycket aktiv senaste året. De har under ledning av Dr Jauhar, ST-läkare från Skottland, med hjälp av EFPT:s nätverk genomfört en studie om förskrivningsmönster av antipsykotiska läkemedel bland ST-läkare runt om i Europa. Nu planeras ett arbete för att studera interaktionen mellan läkemedelsindustrin och ST-läkare i Europa. I vissa europeiska länder förekommer t.ex. att läkemedelsbolag står för direkt delfinansiering av utbildningsplatser.



AT-tjänst och specialistutbildningen i psykiatri är ett eller två år. Tydligt blev också hur uppdelningen i olika delspecialiteter inom psykiatri skiljer sig åt, t.ex. finns i Storbritannien en delspecialitet som sysslar med begävningshandikapp och en med psykoterapi.

Följande dag började med den vetenskapliga delen av mötet. Vi fick lyssna på Professor Peter Jones tankar om hur framstegen inom psykiatrisk forskning kan användas i kliniken. Professor Robin Murray talade om sina erfarenheter inom schizofrenivården och

Årets posterutställning hade temat "Recruitment into Psychiatry". Det framgår tydligt att många länder har svårigheter att rekrytera läkare till psykiatrin. Samtidigt rapporteras om svårigheter att få en ST-tjänst och dåliga arbetsvillkor. I Grekland där det är ett kraftigt överskott av läkare är det kö i flera år för att få en utbildningstjänst. Kulturella skillnader gör sig ständigt påmind under dessa dagar. Då frågan ställs till de grekiska delegaterna om varför de ändå fortsätter att utbilda sig till läkare med den mycket svåra arbetsmarknaden, blir svaret levererat med en självklarhet - "för att våra mammor vill det".



Under forumets sista dag hölls årsmötet. Där röstades det bland annat om nya "statements". Livlig debatt uppstod kring ett nytt statement där vikten av drägliga arbetsförhållanden för möjligheterna att tillgodogöra sig utbildning påtalades, en fråga av stor vikt för framförallt vissa östeuropeiska länder. Storbritannien och Danmark protesterade kraftfullt eftersom de ansåg att frågor kring arbetsförhållanden bör reserveras för facket och hållas utanför EFPT. Det hela resulterade i ett liknande statement med liknande innebörd men betydligt vagare formuleringar (som röstades igenom trots kvarstående protester).

Mötet höll på anrika Clare College, där det också fanns möjlighet att bo i de rum som tillhörde studenter som nu hade sommarlov. Detta tillsammans med rundvandring i Cambridge med dess gamla ståtliga byggnader, katedraler, universitet och college och stakning av flatbottnade båtar på floden Cam bidrog till en känsla av att verkligen befinna sig i gammal traditionell engelsk högskademisk miljö.

Fulla med nya intryck och erfarenheter från hur psykiatri och utbildning i psykiatri bedrivs runt om i Europa, vilka svårigheter, möjligheter och utmaningar vi och våra europeiska kollegor står inför, fortsätter vi arbetet med dessa frågor här på hemmaplan.



Foto: Peggy Törn och Per Agvald

För SPFST:s styrelse  
Peggy Törn och Per Agvald



\* Ett EFPT statement är en kort text utarbetad av en arbetsgrupp med deltagare från olika länder och som sedan antas eller förkastas genom omröstning där varje land har 1 röst. Dessa statements är formulerade som rekommendationer för hur utbildningen för ST-läkare bör vara utformad. Mer om EFPT och dess arbete går att läsa på EFPT:s hemsida [www.efpt.eu](http://www.efpt.eu).

# Om normalitet i psykiatriska sammanhang

Inom psykiatri ställs ofta medicinsk-filosofiska frågor på sin spets. Även om inte psykiatri är artschild från andra medicinska specialiteter, så blir frågor om ontologiska och epistemologiska grundantaganden tydligare och mer avgörande i det kliniska handlandet.

En grundfråga är hur psykiatriens kompetensområde och kunskapsanspråk kan avgränsas. I praktiska termer kan det uttryckas som; Vilka patienter kan räkna med att få hjälp i den psykiatriska vården? Vad är psykiatriens område? Det brukar uttryckas i termer av psykisk sjukdom eller allvarlig psykisk störning eller andra liknande begrepp, som kan förefalla tydliga,

Samtidigt så finns det ett kapitel i DSM-systemet som kallas för Culture Bound Syndromes. Bakom det ligger tanken att alla andra kapitel i DSM-systemet är kulturellt oberoende. Exempel på kulturbundna tillstånd är amok, som anses kulturbunden. Och det finns ett stort antal sådana i det här sista kapitlet. Resten av DSM-klassifikation anses då vara kulturellt obundna diagnoser, vilket kan ses som ett uttryck för en västerländsk etnocentrism.

Det finns ett grundkriterium i hela DSM-systemet, som lyfter fram frågan om symtomens påverkan på funktioner i livet. Detta grundkriterium benämns ”kliniskt signifikant lidande”. Själva begreppet visar sig dock innehålla ett grundantagande om att det



Foto: Shutterstock - Design: Carol Schultheis

men som vid varje försök till definition visar sig vara tämligen undanglidande.

DSM-systemet har konstruerats så att diagnoser definieras med explicita operationaliserade kriterier, där målet är att alla som använder systemet ska vara överens om en diagnos oavsett teoretisk tillhörighet, kulturell kontext eller liknande.

är läkaren som definierar om ett sådant lidande föreligger; därav termen ”kliniskt signifikant”. Frågan om vad som är ett ”lidande” kvarstår emellertid odefinierat.

Låt mig ge några historiska och aktuella exempel som visar på svårighetsomvaritochärförknippademedavgränsningaravpsykisk sjukdom. Vem bestämmer vad som är en sjukdom och inte? Hur ser detta kraftfält ut där ”förhandlingar” om diagnostiska entiteter förs?

## 1. Homosexualitet

Homosexualitet var klassificerat som en psykisk sjukdom/störning fram till 1973, då det togs bort ur det amerikanska DSM-systemet. Tillvägagångssättet med vilket detta skedde ger oss intressant information om hur diagnoser ges legitimitet eller ej.

Det finns ett antal diagnoser i DSM-IV som kallas "sexuella funktionsstörningar" eller "sexuella avvikelser". I den förstnämnda gruppen återfinns exempelvis impotens och vaginism. I den senare gruppen återfinns exempelvis exhibitionism, pedofili eller sadism/masochism. Det var i denna grupp som tidigare också homosexualitet förekom.

På grund av samhälleliga diskussioner under slutet av 1960- och början av 1970-talet så kom rimligheten av att betrakta homosexualitet som en diagnos att ifrågasättas. Till slut kom denna diskussion att leda fram till att man inom American Psychiatric Association röstade om homosexualitet skulle vara kvar i DSM-systemet eller ej. Med knapp majoritet röstades för att stryka denna diagnos.

Detta leder till frågor om vem som definierar vad som är sjukt och inte sjukt. Det leder också till frågor om vilka kriterier som kan användas som grund för en sådan definition. Medicinska kriterier är väl rimliga, men det finns också andra kriterier som kan anföras i en sådan diskussion.

Man kan kanske jämföra med när någon astronomisammanslutning häromåret röstade för att Pluto inte längre ansågs vara en planet eller Kyrkomötets i Nicea beslut medelst omröstning om huruvida kvinnan kan anses ha en själ eller ej.

## 2. Social fobi

Social fobi kan fungera som ett exempel på den viktiga distinktionen mellan grad och art. Denna diagnos har, ivrigt understött av läkemedelsindustrin, på senare år ökat i användning, ofta med läkemedel som ett behandlingsalternativ. Det är ställt utom allt tvivel att det finns personer som har svår ångest i specifika sociala situationer som blir till ett betydande funktionshinder i det dagliga livet.

Frågan gäller då närmast om detta är en sjukdom i den meningen att det går att distinkt avgränsa den från "normal" blyghet, eller om det snarare är en gradfråga, det vill säga att alla människor kan uppleva obehag i speciella situationer men vissa mer än andra.

Om det snarare är en "graddiagnos" än en "artdiagnos" uppstår frågan om vem som har tolkningsföreträdet.

Hur kan läkaren med bibehållen medicinsk förankring beakta personens egen beskrivning av sitt lidande. Med andra ord; hur fastställer läkaren om det föreligger ett "kliniskt signifikant lidande"?

En annan frågeställning är vilka konsekvenser det har i ett prioriteringsperspektiv om patienten ges hela tolkningsföreträdet.

## 3. ADHD

Debatten om ADHD/DAMP har varit mer intensiv i Sverige än någon annanstans i världen. Även här är det tämligen okontroversiellt att påstå att det finns barn med svårigheter när det gäller uppmärksamhet, koncentration och motorik. Att barn med betydande svårigheter inom dessa områden kan behöva stöd och hjälp på olika sätt är därmed också uppenbart.

Det uppstår emellertid problem när sjukvården anmodas att ställa diagnos på barn i syfte att detta krävs för att skolan ska kunna sätta in erforderliga insatser. Här uppstår en situation där läkaren kan utsättas för påtryckningar från andra myndigheter och/eller föräldrar att ställa en diagnos som kanske inte anses medicinskt motiverad men där omsorgen om barnet och dess rätt till insatser leder till ett problematiskt handlande.

Många liknande områden skulle kunna diskuteras; till exempel depression, utmattningssyndrom eller andra kulturbundna syndrom. Vem definierar? Hur knyts diagnostik till samhälleliga system såsom försäkringssystemet? På vilka grunder kan (och bör) sjukvården säga nej till lidanden av olika slag? Var går medicinens gränser?

Begreppet normalitet glider således emellan vad vi kallar för ett ideal och vad vi kallar för ett genomsnitt. Det finns alltså två helt olika sätt att definiera begreppet normalitet. Ett tredje sätt att se normalitet är att det är resultatet av en förhandling mellan ett mycket stort antal aktörer. Medicinen, läkare, patienter, försäkringskassa, arbetsgivare, patientföreningar och inte minst läkemedelsindustrin. I detta spel bör vi se vår roll, där distinktionen mellan fakta och värderingar är viktig att upprätthålla. Vi kan som profession bidra med faktabaserad kunskap om olika psykiatriska tillstånd, men måste samtidigt vara varse att också vi har våra värderingar om vad som är normalt och inte normalt.

Kanske själva begreppet normal har spelat ut sin roll överhuvudtaget då det har visat sig undflyende och nyckfullt som avgränsningsbegrepp. Kanske lidande är en mer framkomlig utgångspunkt i den fortsatta nosologiska diskussionen? Kanske att Karl Jaspers fenomenologiska utgångspunkter, där patientens subjektiva erfarenhet är central, har något att tillföra i denna diskussion?

Ingemar Engström

Professor i barn- och ungdomspsykiatri  
Örebro



# Ta din säng och gå, helst till någon annan kommun!

KRÖNIKA  
Enligt  
Tiger

Under min tid som underläkare på PIVA på det som på den tiden hade det relativt kortfattade namnet KS, innan den psykiatriska organisationen i Stockholm obönhörligen döptes efter väderstreck, dök det upp en märklig serie fall med patienter som inkom med buller och bång, knallpsykotiska trots adekvat medicinering. Snart visade det sig att patienterna kom från samma gruppboende för psykiskt sjuka. Fenomenet fick namnet Finkensyndromet, efter boendet ifråga, och bestod i psykossjuka som led av indragen kvälls- och nattpersonal.

Det förbluffande var att de boende hade bedömts vara i behov av tillgång till personal dygnet runt och att kommunen sedan helt plötsligt bestämde att de inte längre var det. Ungefär som att säga att en person behöver kryckor och sedan rycka undan den ena. Den kommunala motiveringen till beslutet att ta bort personal under kvällar och nätter var att man värnade om de boendes integritet. Detta rimmade illa med verkligheten för de psykossjuka boende som särskilt under kvällar och nätter kunde behöva tillgång till stöd. Nattens mörker gav fritt spelrum för fantasin, då den verklighetsförankring som dagsljuset kan bjuda bleknat.



Vi försökte återkoppla vad som hänt till kommunen, men på just denna punkt var patienterna mer verklighetsförankrade än de kommunala handläggarna. Patienterna såg inte tillgången på sällskap under vargtimmarna som ett hot mot deras integritet. Skulle man dra in personalen nattetid på en hjärtavdelning skulle man aldrig komma på tanken att kalla detta för något som sporrar patienterna till ett självständigt liv - där blir det uppenbart en fara för patienterna, en brist på trygghet och säkerhet. Med en psykiatrisk intensivvårdsavdelning till hälften belagd med patienter med Finkensyndromet upplevdes den indragna kvälls- och nattpersonalen på det kommunala boendet som en kostsam besparing.

Det blir magstarkt när man hävdar ett minskat vårdbehov bara för att motivera en nedskärning. Det är inte mycket mer professionellt än att likt en frireligiös sekt i Stockholms norra förorter hävda att de med helbrägdagörelse botat en patient från schizofreni. Den "botade" var dock brydd över att han fortfarande plågades så av att höra röster.

I somras stötte jag åter på ett kommunalt ifrågasättande av en medicinsk bedömning. Vid vårdplaneringen på den psykiatriska avdelningen förklarade vi för biståndsbedömaren från kommunen att patienten inte bedömdes kunna bo på egen hand på grund av sitt psykiska funktionshinder. När biståndsbedömaren senare skulle förankra beslutet hos sin chef fick hon beskedet att patienten skulle pröva att bo själv först, innan någon kommunal boendeform kunde bli aktuell. Andra insatser som boendestöd skulle kopplas in och man lyssnade inte på våra argument för att patienten på grund av sitt psykiska funktionshinder inte bedömdes kunna klara sig själv. Det hela komplicerades ytterligare av att patienten inte hade någon bostad.

Ingen skulle komma på tanken att be en rullstolsburen att hoppa höjdhopp, men för den vars funktionshinder inte är synligt finns det risk att bli ifrågasatt, eller ett offer för "tyckiatri". En av mina lärare på läkarutbildningen sa att **det finns tre saker som alla anser sig vara experter på: politik, barnuppfostran och psykiatri**. Förvisso kostar olika personer olika mycket för en kommun och psykiatriska patienter är sällan någon kommunal jackpot. Personers hälsotillstånd kan ändras liksom ekonomiska förutsättningar, men hur man än vrider och vänder på det så blir en persons funktionsnivå inte ett politiskt beslut. Patientens behov ändras inte för att budgeten gör det.

Foto: Carol Schultheis

Mikael Tiger  
ST-läkare  
Psykiatri Nordväst, Stockholm

*Namnet på boendet har ändrats av hänsyn till de inblandade.*



# Med eller utan punkt



**BOKANMÄLAN**  
**Daniel Frydman**

Hösten 2009 har två nya svenska psykiatriböcker kommit ut. Ottossons psykiatribok har nu nått den sjunde omarbetningen och Herlofson et al har också gjort en lärobok i psykiatri. Herlofsons bok är en sen uppföljare till "Psykiatri 91", en lärobok som gavs ut i samband med den allmänna lanseringen av DSM-systemet i Sverige. Jag hade "Psykiatri 91" som lärobok och minns den som en pinsamt dålig lärobok, layouten var svårsläst och den höll sig så programmässigt till DSM-kriterierna att den blev svår att använda i studierna, utan mycket sidolitteratur.

En jämförelse mellan de två böckerna visar på två helt olika sätt att tänka om lärande och om den psykiatriska specialiteten. Två psykiatriböcker med två olika titlar: Herlofsons "Psykiatri" och Ottossons "Psyk."

## Skilda upplägg, olika perspektiv

Ottossons bok presenterar som i tidigare upplagor en integrativ syn på psykiskt liv och psykiskt lidande. Det psykiatriska fältet beskrivs med stor medmänsklighet och med respekt för den psykiatriska forskningens utveckling. Den är också språkligt lättillgänglig.

Herlofsons bok är annorlunda upplagd, här är åtskilliga kolleger med olika specialområden representerade med artiklar. Det borde borga för kvalitet. Det är dock inte alla antologier som spretar på det sätt som den här läroboken gör. Jag får intrycket att man försökt klämma in allt, till priset av en redaktionell splittring. Somliga texter är alltför snäva i sitt teoretiska perspektiv, andra har en vidare syn.

De två böckerna har nyligen recenserats i Läkartidningen och jag vill här bara peka på olika teoretiska infallsvinklar som Herlofsons respektive Ottossons bok har. Som exempel på dessa är böckernas beskrivning av ångest intressant.

## Beskrivningen av ett kliniskt område

Båda böckerna förmedlar mycket kunskap men på olika sätt. Den ångestteori man får genom Herlofsons bok, nämner visserligen den psykoanalytiska teorin men avfärdar den snabbt. Man betonar Becks kognitiva teorier men framför allt ett neurovetenskapligt perspektiv och ett betingningsperspektiv. Hos Ottosson beskrivs ångestens principer genom ett stegvis betraktande av vad upplevelser av otäck natur leder till, såväl kroppsligt som mentalt. Den genomgång av det psykiska innehållet i ångestupplevelsen och beskrivningen av det samspel som finns mellan rädslan och det kroppsliga uttrycket innehåller i sak samma moment som Öhman-Rücks text men i en annorlunda, mer mänsklig kontext.

Den här skillnaden i fokus gör ju att beskrivningen av de olika tillstånden skiljer sig åt betydligt. I Herlofsons bok blir behandlingen mer tekniskt beskriven, innehållet i behandlingen beskrivs utifrån beteendeperspektivet och utan något uttalat intresse för patientens upplevelser eller om symtomen har någon rational. Annorlunda då hos Ottosson som framhåller att irrationella tankar och symtom hos patienten kan komma att visa sig förståeliga. Implicit är att denna förståelse bidrar till en bättre behandlingseffekt genom att den öppnar vägen för god kontakt.

Min förmodan är att patienterna i vart fall kommer möta ungefär samma sorts vård, givet att doktorn eller behandlaren är en empatisk och icke-fundamentalistisk person med förmåga till relationsskapande bortom metoden.

## Var skall betoningen ligga?

Det finns några skillnader till mellan böckerna och de finns i de kapitel om genetik och neurobiologi som i Herlofson stadfäster hjärnans och arvets monism. De är intressanta kapitel som framställer en hypotes om psyket men tyvärr i termer av en sanning. Det är synd på så rara ärter, det finns i dessa kapitel många intressanta frågeställningar och fakta som verkligen är värda ett noggrant studium. Sikten skymms åtminstone för mig när man bestämt säger att "själen är hjärnans funktion", ställt bortom all diskussion. Sedan Aristoteles har frågan om själ och kropp ventilerats och prövats om och om igen och den insikt som författarna anser sig ha fått, är inte helt självklar. Den debatt om just detta som rasade i Läkartidningen under delar av förra året med representanter från många olika läger pekar på att ståndpunkterna är ideologiska och åsiktsbaserade, inte kunskapsbaserade. Just i spännvidden mellan själen och kroppen – och i mötet där själen och kroppen blir samma sak, där ligger psykiatrins framtid och lockelse.

Om Herlofson genom ett redaktionellt urval mer renodlat lyft fram det neurobiologiska perspektivet - som jag uppfattar som dess huvudsakliga riktning - skulle denna psykiatribok nog bli mer intressant och informativ.

Vilken bok skall man då rekommendera en yngre kollega med intresse för psykiatri? Man kan vara säker på att läsa sig till grunderna genom båda böckerna, vilken sorts text man gillar kommer för många att styra valet. Herlofson har som sagt en del kapitel som är mycket bra, inget når heller den låga nivå som föregångaren "Psykiatri 91" ibland hade. Som uppslagsbok fungerar den utmärkt.

Ottosson skriver som Ottosson brukar, noggrant och lättläst med ett intresse för det som fungerar även jämte det som är vetenskapligt ”korrekt”. Det finns där en kunskap som sträcker sig över stora områden, det tror jag är något som vi alla måste sträva efter. Den gode behandlaren är den som kan mer än precis det som han är intresserad av. Den gode behandlaren skall också ha omdöme att erbjuda patienten det som är bäst för just den personen, oavsett metod. Man måste vara medveten om att de evidensbaserade metoderna passar för de allra flesta inom normalfördelningsintervallet men att det finns andra som inte blir hjälpta på de sätten.

Så rådet blir nog att antingen ha dem båda eller helt strunta i det svenska språket och istället vänta tills nästa upplaga av Herlofsons psykiatri blir en rent neurovetenskaplig psykiatribok och då ha ännu större nytta av två läroböcker med större skillnader och större tydlighet. Som extra kunskapskälla finns alltid Kaplan & Sadock och även Johan Cullberg.

**Daniel Frydman**

Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker  
Stockholm



Foto: Carol Schultheis

# Riskbedömningar – i dag och i framtiden

## Bakgrund

Riskbedömningar gjordes i stor skala inom kriminalvård, socialtjänstens institutioner och psykiatri fram till början av 1970-talet, utan att man problematiserade dessa i någon högre grad. Därefter följde en fas av intensiv kritik både av behandlingen inom sådana institutioner och av riskbedömningar. Fortsatt forskning visade att man fick bättre prediktionstal med aktuariiska riskfaktorer som ålder, kön, etnicitet och tidigare kriminalitet. Under 1980-talet kom de första strukturerade riskinstrumenten, t.ex. VRAG. I denna introducerades en klinisk diagnos, psykopati, som visade sig ha bättre prognosvärde än någon annan variabel. I HCR-20 gick man ett steg till genom att dela upp prediktionsvariablerna i historiska, kliniska och riskfaktorer som i viss utsträckning var kopplade med kontextvariabler. HCR-20 har blivit en de facto-standard för riskbedömning inom rättspsykiatri, trots en del svagheter. Dessa svagheter är mer uppenbara när man använder skalan inom allmänpsykiatri.

Utgångspunkten för vårt arbete var att riskbedömningsmetoder behövs inom allmänpsykiatriens psykosbehandlingsverksamhet, men vi kunde inte identifiera några lämpliga instrument i litteraturen. Behovet fanns längs hela vårdkedjan, från vården av akuta psykoser vid PIVA-enheter, till slutfasen av öppenvård. För att detta ska kunna fungera måste olika instrument finnas för olika faser av vården – samtidigt måste det finnas en gemensam linje i dessa. Ytterligare krav på instrumenten var att bedömningsmetoderna skall kunna användas av baspersonalen inom psykiatri; en del av bedömningsarbetet skall utföras av patienterna själva; och informationen skall användas för att individualisera vårdarbetet (skraddarsydda interventioner). Det skall finnas relativt enkla metoder som används på två sätt, för screening och för att följa det kliniska förloppet. På toppen av detta skall det finnas åtminstone ett brett expertbedömningsinstrument, med klinisk, patientnära profil som matchar behoven inom allmänpsykiatriens psykosvård.

Vi kan inte bota schizofreni, färre än 5 % blir fullt återställda. Vår behandling måste gå ut på att ta små steg i rätt riktning. Detta kräver att vi arbetar strukturerat. En avgörande fördel är att det ger förutsättningar att följa ett förlopp över tid. Inledningsvis måste vi veta var vi står. Varje intervention skall sedan föra oss närmare ett definierat mål, vanligtvis en ”milstolpe” vid vilken man gör bokslut och definierar nästa milstolpe. Kommer man inte fram får man försöka med ett annat vägval.

## Den akuta fasen och svårt sjuka kroniska patienter

I den akuta fasen av en psykos (psykosepisod) är många patienter så sjuka att det enda som fungerar är observationsinstrument. Bröset Violence Checklist (BVC) kopplat med incidensregistrering (SOAS) fungerar utmärkt när incidenter är vanliga och fokus ligger på våldsprevention.

I nästa steg måste vi fokusera på patientens behandlingsbehov – då behövs en annan ansats, också den baserad på observationer. En målgrupp är patienter som vårdas på PIVA-enheter, en annan svårt sjuka kroniska patienter av den typ som långtidsvårdas inom rättspsykiatri, på sjukhem eller i boenden med dygnet-runt-tillsyn. Vi har döpt vårt 12-item-instrument till FAST-O, och har just genomfört en studie på PIVA- och rättspsykiatriska vårdavdelningar i Skåne. Reliabiliteten är god såväl som speglingen av tillståndet. Skalan kan användas för att styra behandlingen.

### Symtomskattningar

Ett centralt uppdrag i all psykiatrisk verksamhet är att reducera symtom. Symtomen vid schizofreni är lätta att mäta därför att de bildar fem ganska distinkta grupper (pyramidmodellen, von Knorring & Lindström, 1992). För en inte alltför sjuk patient kan man basera bedömningen på en intervju. PANSS är standardmetoden men det finns problem med den: kommersialisering, ”dåliga” items, inget suicid/självska-de-item, sumskalorna (positiva, negativa, allmänna symtom) är orena liksom de fyra faktorerna, och normdata har beräknats på patienter vid ett veteransjukhus under 80-talet, irrelevant för dagens öppenvårdspatienter. Om man fortfarande vill använda PANSS behövs en alternativ utvärderingsrutin och en relevant normdatabas. Vi har tagit fram ett sådant hjälpmedel baserat på 5-årsstudien patienter (Lindström, Eberhard & Levander, 2007).

PECC (Lindström, Tuninger, Hodgins & Levander, 2009) är ett bättre alternativ för symtomskattning. Alla personalkategorier kan bli goda PECC-skattare, utbildningsmaterial finns, utvärderingen baseras på percentiler för alla items och de fem faktorerna (pyramidmodellen) är beräknade på en relevant normgrupp (5-årsstudien). Dessutom finns normdata för rättspsykiatriska öppenvårdspatienter från AfterCare-studien ledd av Sheilagh Hodgins.

### Remission

Remission, den första ”milstolpen” som definierats för psykosvården, börjar bli obligatorisk att bedöma (Eberhard,

Levander & Lindström, 2009). Sex av de åtta ingående items är identiska mellan PANSS och PECC. Gör man PANSS får man dem gratis. Gör man PECC måste man komplettera med två PANSS-items: Manierlighet och Brist på spontanitet. Vi har konstruerat ett remissionsverktyg som underlättar bedömningen.

### Riskbedömningsinstrumenten

Riskinstrumentet omfattar en screeningdel (EuRAS), som också används för rutinuppföljning av tillståndet var 3:e månad, och en expertdel (EuRAX), som är mycket detaljerad och förutsätter att bedömaren är väl skolad teoretiskt och har genomgått utbildning i att använda instrumentet. Screening/uppföljningsinstrumentet (EuRAS) omfattar fem delar: en historisk/aktuariisk del med åtta items, en symtomdel (habitualtillståndet, fem items), en ”brist på funktion”-del (fem items), en episoddel (akuta psykosepisoder, avvikande drogreaktioner, dissociation, sex items), och en framåtblickande riskdel med två items. Slutligen görs en global/intuitiv bedömning om vad man bör göra.

Screeningbedömningen görs på basen av journalinformation, vad personal kan rapportera, patientens självbedömning enligt ett antal instrument, och en semistrukturerad intervju som tar ca 15 minuter om man inte får napp på något item, och ibland mer än dubbelt så lång tid för en patient som bejakar många items. EuRAX tar ca 4 timmar för en tränad expert att genomföra.

### Självbedömningsinstrument

Självbedömningen omfattar en retrospektiv bedömning av ADHD, trotsyndrom och uppförandestörning under barnåren. Det finns flera anledningar till detta. En är den starka kopplingen mellan sådana problem och framtida kriminalitet. En annan är att sådana personer har misslyckats med centrala delar av socialisationsprocessen så som dessa beskrivs i modern kriminologisk teori. Med hjälp av begrepp hämtade från denna tradition kan man identifiera centrala kriminogena mekanismer. Dessutom, ADHD- och liknande problem under barndomen är så vanliga inom schizofrenigruppen, att det bör ha konsekvenser för behandlingen (Daltog,

Zandelin & Levander, 2009).

Kvarstående problem i vuxenlivet av typ ADHD, antisocialitet och psykopatiska drag bedöms med ett annat formulär, PRP. En mycket stor andel av patienter som haft och eller har sådana problem har också missbruksproblem (AUDIT och DUDIT-formulären). Många har också exponerats för traumatiska upplevelser, som i sin tur är riskbedömningsrelevanta vare sig dessa är uttryck för oprovocerat våld riktat mot patienten i fråga eller enligt principen ”arga katter får rivet skinn”. Utfallet av självrapporten rörande exponering för våld är en given utgångspunkt för att bygga den terapeutiska alliansen via debriefingsamtal och bearbetning.

Den enskilda behandlingsinsats som är viktigast inom psykosvården är läkemedel. Styrningen av behandlingen förutsätter mätning av symtom och biverkningar. Det finns ett självrapporteringsformulär för symtom (Lindström, Jedenius & Levander, 2009), och två för läkemedelsbiverkningar baserade på UKU-skalorna (Lindström et al, 2001). Två formulär (DAI) mäter attityder till läkemedel (Knegtering, van den Bosch & Wiersma, 2009).

Vi har nyligen visat hur svårt det är att bedöma suicidrisk bland patienter med psykos (Lindström, Eriksson & Levander, 2009). Standardinstrumentet MADRS fungerar inte, främst därför att suicidrisken vid schizofreni inte är så starkt kopplad till depressivitet som vid depressionsjukdomar. Calgary-instrumentet (CDI) är ett sätt att förbättra precisionen i suicidriskbedömningar vid schizofreni – i vårt batteri försöker vi gå en annan väg, via ett självrapporteringsformulär som kompletterar de kliniskt/intuitiva bedömningarna av suicidalitet som görs inom ramen för PECC-instrumentet såväl som screeninginstrumentet för riskbedömning (EuRAS).

### Expertskattningsinstrumentet (EuRAX)

Det finns ingen möjlighet att inom ramen för denna text försöka beskriva detta omfattande (17 sidor) instrument. Filosofin är att klinikern samlar så mycket relevant information som möjligt på ett strukturerat sätt, utifrån flera olika modeller för hur våld

uppkommer. Nytt är att modern kriminologisk teoribildning har styrt utformningen. När all information samlats in, tabellerats, och vissa algoritmer beräknats skall klinikern reflektera över den samlade informationsmängden. Vi tror inte att någon form av mekanisk uträkning av risk kan tävla med det mänskliga intellektets förmåga att hantera komplexa beslutssituationer. Vi vill återupprätta respekten för klinisk skicklighet.

En första studie är nu klar (Olausson, Lindström & Levander, 2009), och visar att instrumentet förmår organisera den samlade informationen på nya och uppenbart behandlingsrelevanta sätt. Vi ser detta som mer meningsfullt för det kliniska arbetet än ROC-baserad AUC.

#### **Datorstöd**

Under utvecklingsarbetets gång har vi konstaterat att komplexiteten kräver datorstöd. För alla instrumenten finns datorstöd för fristående datorer, och för de flesta metoderna

finns i dag två språkversioner implementerade, svenska och engelska. Arbetet pågår med att utveckla nätbaserade versioner av programvaran – en betaversion kommer att vara klar omkring årsskiftet 2009/2010. Situationen därvidlag kan avläsas på en hemsida, [www.EuroCog.eu](http://www.EuroCog.eu).

**Sten Levander**  
Hälsa & Samhälle, Malmö Högskola

**Eva Lindström**  
Rättspsykiatriska kliniken, U-MAS

Detta är en sammanfattning av en längre artikel som finns publicerad på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

Referenser kan erhållas från [Sten@eurocog.eu](mailto:Sten@eurocog.eu)



Foto: Shutterstock - Design: Carol Schultheis



# In Search of "Normal"

GÄSTSKRIBENT

Peter

Olsson

*Från och med detta nummer av Svensk Psykiatri avser vi att i varje nummer bjuda in en gästskribent, gärna från något annat land. Välkomna med förslag! Först ut är:*

## **Peter Olsson**

Jo, mycket riktigt härstammar Peter från Sverige, både far- och morföräldrar kom från Sverige och emigrerade till USA.

Peter Olsson är psykiater och psykoanalytiker. Han föddes 1941 i Brooklyn i New York. Efter studier på Wheaton College utbildade sig Peter till läkare vid Baylor College of Medicine i Houston, Texas.

Efter några års praktik vid University of Vermont fortsatte Peter med att utbilda sig till psykiater vid Baylor och senare tog han examen vid Houston-Galveston Psychoanalytic Institute i Houston.

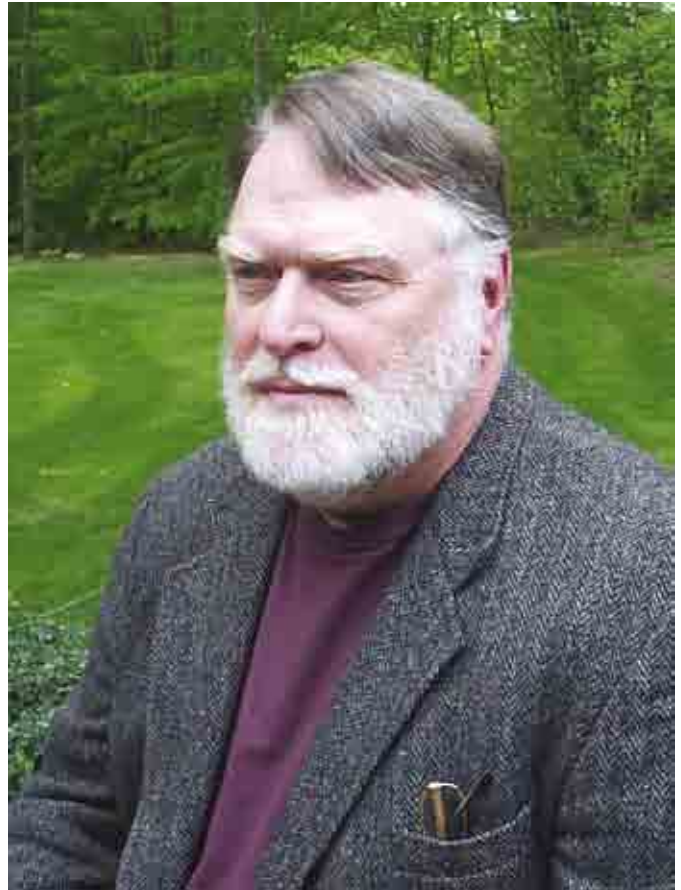
I närmre 25 år har Peter praktiserat psykiatri och psykoterapi samt undervisat i Houston. Sedan 1995 arbetar han och bor i New Hampshire. Peter är biträdande professor i psykiatri vid Dartmouth Med School och adjungerad professor i klinisk psykiatri vid Baylor College of Medicine i Houston. Peter Olsson är hedersledamot i American Psychiatric Association.

I sin introduktion till boken "Malignant Pied Pipers of Our Time: A Psychological Study of Destructive Cult Leaders from Rev. Jim Jones to Osama bin Laden" beskriver Olsson vad som drog hans intresse till domedagssektorer och dess ledare, vilka han kallar för Pied Pipers. Han har vunnit the Judith Baskin Offer Prize för sin uppsats "Ungdomars inblandning i kulturer och det övernaturliga".

I dagarna kommer Peter ut med boken "The Cult of Osama: Psychoanalyzing Bin Laden and His Magnetism for Muslim Youths".

Som psykoanalytiker har Dr Olsson hjälpt offer och anhöriga till kult- medlemmar. Som en erfaren forskare har han lyssnat och utvärderat oräkneliga inspelade videoband av apokalyptiska karismatiker och läst deras litteratur.

**Stina Djurberg**  
**SP Redaktion**



**Foto: Dr. Peter Olsson**

## **Introduction**

Some classic textbooks in psychiatry and psychology simply avoid discussion of normality. Others discuss the vexing topic of normality from several possible theoretical perspectives (Cameron, 1963):

(1) Normality is an idealized internal integration or homeostasis of an individual personality; a kind of search for a psychoanalytic utopia.

(2) Normality is a conformity with or without successful performance within social, religious, or cultural expectations or norms.

(3) Normality is the process of attempting to satisfy the inner needs of the Individual, without disrupting or violating conventions of group living.

No easy or final definitions for any of the above have been reached.

### **Extrapolation from clinical observations of abnormal groups and leaders to illuminate normal groups and leaders**

I have studied destructive-exploitive cults and terror cult groups from a psychodynamic perspective for over thirty years (Olsson 2005, 2007). I conclude that during rapid social and economic change and stress, utopias are often sought and promoted. Most utopian dreams emerge out of the psychological cesspools of malignant individual and group narcissism. When merged with fundamentalist mentality, they are destined for tragedy and destruction. It does not matter if the doomed utopia is formulated in terms of religious metaphor and precepts, or political ideology and propaganda. Jim Jones's "Socialist Heaven" for his People's Temple; Luc Jouret's pollution-free and spiritually liberating suicidal journey for his Solar Temple; Hitler's fascist utopia; Osama bin Laden's terror-paved islamofascist caliphate, and Stalin's communist state, were/ are -- all headed for tragic failure.

I have concluded that one way to help prevent future apocalyptic events such as a Jonestown or Waco; perhaps even a 9/11 type event, is to carefully compare destructive cults and terror groups to *normal* religious groups. It is also helpful to examine relatively *normal* religious and political leaders; again, as compared and contrasted with destructive leaders. These carefully studied comparisons between *normal* and *abnormal* lead to some important observations and conclusions.

### **Normal religious groups compared to destructive cult groups**

#### **Characteristics of Normal Religious Groups**

A *Normal* Religious Group has central shared experiences of worship, wonder, reverence, and meaningful community service. The *normal* spiritual leader shares leadership with group members.

The *normal* religious group gives positive support for life-long loving connection and support for and from, families of origin. A *normal* religious group promotes respect and support for the sanctity, fidelity and self-respecting boundaries of couples' freely chosen marital and sexual commitments. *Normal* spiritual groups do not tolerate priests, imams, rabbis or ministers who berate or flagellate their congregations with words of derision or hate toward anyone.

The *normal* religious congregation embraces projects that contribute to the betterment of the community at large and not just their group narcissism or the narcissism of their leader. Such altruism is regarded as evidence of spiritual growth and value. Monies raised over and above parish staff salaries and building expenses, are normally used for projects to help the broader community or society. Normal religious congregations seek sacred music that promotes joy, wonder, reverence and worship.

#### **Characteristics of a Destructive Cult Group**

Exploitive-Destructive Cults concentrate a large percentage of their efforts on recruiting new members and controlling the financial, social, familial, and sexual or aggressive lives of their members--"For their own good". These cults promote isolation from the ferment of ideas abounding in the broader society and culture. They actively seek to alienate all their members from potential

moderating influences found in healthy families, communities, and churches of origin. In fact, the cult group itself is often inserted as a member's new and by implication, "Superior family". The destructive cult leader becomes a Father/God/Prophet Himself. Fund raising is a high priority and a source of status for cult leader. First Amendment protection and tax-exempt status in America and democratic countries can obviously aid and abet destructive-exploitive and terror cults. Freedom of religion and speech in America and "Western" democracies can unfortunately allow safe havens for subtly, incrementally constructed 'Trojan Horse' cults & terror cells, masquerading as old or new religious forms of expression.

#### **Characteristics of a normal political or religious leader**

It is helpful to outline what personality characteristics are often possessed by those who become "good" leaders. They are capable of making "good" decisions even under adverse circumstances. A *normal* religious group leader has similar traits. Kernberg (1984) writes that first a "good" leader should be rational and have high intelligence. Intelligence is necessary for strategic conceptual thinking and decision-making. I would add that a *normal* religious leader must also be intelligent and knowledgeable but wise and discerning enough to avoid rigidity and fundamentalist mentality. Second, the leader must have incorruptible honesty. (No mean characteristic to possess!). Third, the leader's personality organization needs to be capable of establishing and maintaining good human relationships in depth. Such an ability is essential for evaluating others realistically.

Fourth, the leader requires healthy narcissism, making him or her self-assertive rather than self-effacing. (All the exploitive cult leaders I studied had malignant narcissism.)

Fifth, the leader must have a sense of caution and alertness to the world for the sake of himself and his people. The *normal* leader does not use speeches to enflame his people toward hate and destructive action.

#### **Characteristics of destructive (abnormal) leaders**

Let me describe the core thesis of my observations about exploitive and destructive cult leaders, whom I call Malignant Pied Pipers. They develop a relentless quest to become strong parents or father/mother figures to enhance their self-esteem. This lifelong search, of course, requires a ready supply of child-admirers, who are found in the cult followers. Malignant Pied Pipers give psychological birth to followers through an array of indoctrination and seduction techniques.

Apocalyptic-destructive cult leaders have experienced harsh disappointments in their own parents and often their home community via neglect, abandonment, shame, or humiliation during their childhood. As the years go by, their loneliness and their memories of empathy-starved and shame-dominated childhoods become magnified, as if these lonely, humiliating years had become a psychological deformity.

These poignant experiences of neglect, shame, psychological abandonment, and fear of being alone lead them toward dramatic

action. Actions provide a sense, however spurious, of inner restitution and parallel revenge. The evolving dynamic in the cult family group is a two-way street between the members' passive or masochistic narcissism and the active, aberrant behavior advocated and orchestrated by the leader. This time the leaders feel empowered, rather than powerless as they were in childhood. In essence, the cult leaders gain a sense of power and mastery over their own early childhood feelings of insignificance by becoming overwhelmingly significant and powerful in the lives of their cult followers. The followers feel fused and merged with a power they coauthor with the leader. These followers feel special and as if they have transcended the mediocrity, ordinariness and boredom of their families of origin.

But, beneath the outward confidence and swagger is an unconscious sense of shame and a fear of humiliation ready to surface when the group or leader's progressively fragile narcissism is punctured. Thus the cult-family honeymoon is eventually over; and because of the leader's own malignant narcissism, he recapitulates the neglect, abuse, and ultimate loneliness and victimization he once experienced as a child. But, this time, the cult leader is the neglecter, abandoner, and victimizer. The grand finale as the world saw in Jonestown, 9/11, and Waco, is group suicide or homicide.

In summary, the leader is crucial to any group; the group to a leader. When a *normal* group has an ethical, rational, and caring leader, it functions smoothly. A *normal* and effective spiritual leader helps facilitate rational decision-making within the group; exhibits incorruptible honesty; makes decisions with empathy and realism; shares leadership; and cultivates it in younger members of the group; encourages individual freedom and dignity; respects members' families; and helps the group with positive projects that help the community at large. In times of great stress, healthy leadership matters even more. Think of New York City on 9/11 when leaders and people pulled together to help victims of the terrorist attacks.

### Summary

*Normal* individual and group action and freedom, require genuine responsibility, wisdom, independent judgment, and altruism. I hope the above effort to compare characteristics of *Normal* leaders and groups with *Abnormal* leaders and groups, will stimulate thought and discussion of this important topic for contemporary psychiatry.

Peter Alan Olsson MD

### References

Cameron, N. 1963, *Personality Development and Psychopathology: A Dynamic Approach*, Houghton Mifflin Company, Boston (pp 8-14).

Kernberg, O. 1984, "The Couch at Sea: Psychoanalytic Studies of Group and Organizational Leadership". *The International Journal of Group Psychotherapy*, Vol. 34, pp1-17.

Olsson, P. 2005, *Malignant Pied Pipers of Our Time: A Psychological Study of Destructive Cult Leaders from Rev. Jim Jones to Osama bin Laden*. Publish America, Baltimore ISBN # 1-4489-0973-2

Olsson, P. 2007, *The Cult of Osama: Psychoanalyzing Bin Laden and His Magnetism for Muslim Youths*. Praeger Security International, Westport Connecticut. London ISBN #978-0-275-99989-6.

## Föreningen för konsultationspsykiatri

Föreningen för konsultationspsykiatri är en sammanslutning av psykiatrer verksamma inom konsultationspsykiatri.

### Konsultationspsykiatri – consultation-liaison psychiatry – innebär

- psykiatriska insatser för patienter inom somatisk vård och primärvård
- aktiviteter för att förstärka och fördjupa samverkan mellan psykiatri och somatik

### Konsultationspsykiatriker arbetar med

- patienter som har kroppslig sjukdom i kombination med psykisk sjukdom
- patienter med kroppsliga symtom, som inte förklaras av somatisk sjukdom

### Föreningens uppgift är att främja utvecklingen av konsultationspsykiatri och höja dess professionella status genom att:

- Vara ett forum för utbyte av kunskaper och erfarenheter
- Verka för utbildning, utvärdering och forskning på området
- Sprida kunskap om psykiatriska/psykologiska faktorerens betydelse för kroppslig ohälsa och sjukdom

En av föreningens uppgifter är att överblicka konsultationspsykiatriskt arbete i Sverige.

Vi samlar information om medlemmarnas professionella aktiviteter på en lösenordsskyddad medlemssida så att medlemmarna kan se vilka som arbetar med samma problem som man själv gör. Det ger oss också ett instrument för planering av framtida möten och utbildningsaktiviteter.

Välkommen att kontakta föreningen! Vår hemsida kan nås via Svenska Psykiatriska Föreningens hemsida.

# Psykiater får för litet utbildning –

SPF:s mobila CME-kurser kan vara en pusselbit i att göra det bättre!

Fortbildningsenkäten från Läkarförbundet innehåller flera mycket oroväckande trender. Inte minst på specialistläkarsidan där antalet dagar med extern fortbildning minskat från 10,1 2005 till 8,3 2008.

Mest oroväckande tycker man dock att den ojämna fördelningen av fortbildning är. Psykiater, allmänläkare, anestesiloger och geriatriker får mindre extern fortbildning jämfört med övriga specialiteter.

Antalet timmar/vecka som avsätts till egen fortbildning och internutbildning är ungefär lika som tidigare år men antalet läkare som svarar att de fått 0 timmar ökar snabbt. Vad gäller internutbildning var det 2005 16% som svarade så, det har 2008 ökat till 35%. Siffrorna vad gäller egen fortbildning var 28% resp 38%.

**Av psykiatrikerna var det 59% som uppgav att de inte deltagit i någon internutbildning alls 2008.** Helt katastrofala siffror som leder till sämre behandlingsmöjligheter för psykiatriens stora patientgrupp, som ger bristande patientsäkerhet, minskande arbetsglädje samt dessutom riskerar att urholka möjligheterna till teamarbete. Här måste det komma tydliga signaler från både arbetsgivare och arbetstagare att situationen är uppmärksammas och att man tänker åtgärda detta. Att avstå från fortbildning som en följd av bemanningsproblem är att binda ris åt sin egen rygg. Att göra tvärtom – värna fortbildningen – är rätt strategiskt tänkesätt. Patienterna får bra behandling, specialisten känner yrkesstolthet och arbetsglädje som i sig lockar till sig ST-läkare. Det har fötts goda spiraler!

Som ett bra och enkelt sätt att ordna internutbildning vill jag göra er uppmärksamma på SPF:s mobila CME-kurser. Dessa finns tillgängliga sedan något år tillbaka, läs på hemsidan [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se) under Utbildning, Specialister, CME och ”knappen” Mobila CME-kurser. SPF har här tagit på sig att förmedla möjligheter att få ut föreläsare till arbetsplatser runt om i Sverige. Vi kommer successivt att försöka bygga på utbudet och har i det inlett en diskussion med sfbup och Rättspsykiatriska föreningen så att utbudet kan breddas.

Medlemmar – tipsa kring möjligheten på era egna arbetsplatser! Er roll är att påtala behovet!

Verksamhetschefer och studierektorer – här finns bra, kvalitetssäkrad och ”färdigförpackad” utbildning att hämta. Er uppgift är att tillse att det kommer till stånd!

Att få genomslagskraft i detta skulle för SPF betyda att leva upp till föreningens stadgar:

”... att främja den svenska psykiatriens ändamålsenliga utveckling, bl.a. genom anordnande av kurser, konferenser...”.

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Ordförande

Svenska Psykiatriska Föreningen

## 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, Socialstyrelsen nationella riktlinjer, Läkemedelsverkets föreskrifter mm. Att svara på dessa är en viktig uppgift för våra föreningar då det ger oss möjlighet att bevaka psykiatriens och våra patienters intressen.

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor

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

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

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

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri



# SK-kurser i ny tappning

## Rapport från METIS projektet – läget hösten 2009

**METIS-projektet har nu funnits i drygt två år. Tack vare en gemensam satsning från kompetenta och engagerade experter inom diverse psykiatriska områden, kunniga och kraftfulla ST-läkare, det ovärderliga bidraget från representanter för anhörig- och patientorganisationer, och entusiastisk och ihärdig projektgrupp, börjar de nya SK-kurserna att levereras, en efter en.**

I skrivande stund är fem kurser färdigutvecklade (psykiatrisk juridik, neuropsykiatri, psykiatrisk diagnostik, psykofarmakologi och psykosjukdomar). Av dessa har psykiatrisk juridik gått i Stockholm och kommer att gå i VG-regionen våren 2010, neuropsykiatri har gått i Sundsvall och i Kalmar. Psykiatrisk diagnostik går under senhöst/tidig vår i Västra Götalandsregionen och psykofarmakologi går under hösten i Stockholm och under senhöst/tidig vår i Västra Götalandsregionen. Psykosjukdomar går under senhöst/tidig vår i Stockholm.

Utvecklingen av två kurser (affektiva sjukdomar och rättspsykiatri) kommer att bli klar i december. Affektiva sjukdomar kommer sannolikt att gå i Stockholm våren 2010, rättspsykiatri är en webbkurs, så den kommer man att kunna gå när man behöver.

Utveckling av fyra kurser (suicidologi, akutpsykiatri, beroendelära och personlighetsstörningar) har påbörjats under hösten och de kommer att vara färdigutvecklade våren 2010.

Åtta kurser (kropp och psyke, ångestsjukdomar, transkulturell psykiatri, äldrepsykiatri, BUP för vuxenpsykiater, psykiatri och samhälle, ätstörningar samt forskningsförberedande kurs) kommer att utvecklas under 2010.

Neuropsykiatri, psykiatrisk diagnostik, personlighetsstörningar och beroendelära är för både ST-läkare i psykiatri och ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri.



Foto: Carol Schultheis

METIS arbetar nu med att

- Stödja kursgivarna
- Utveckla de nya kurserna
- Skapa en hållbar plan för att varje kurs ska kunna ges 2-3 ggr per år. Alla ST-läkare ska kunna komma in på SK kurserna.
- Förankra kurserna ute i regionerna. ST-läkarna ska ha möjlighet att gå de kurser de behöver för att uppfylla målbeskrivningens krav.

Kurskonceptet utvecklas ständigt. Neuropsykiatrikursen i Sundsvall var projektets första och dess brister har granskats i syfte att förbättra struktur och innehåll av kommande kurser.

Gå in på METIS hemsida om du vill veta mer om projektet. Vill du bidra till projektets arbete är du hemskt välkommen att höra av dig till projektgruppen (namn och adresser/tel nummer hittar du på [www.metisprojektet.se](http://www.metisprojektet.se)).

För METIS projektgrupp  
Raffaella Björck

## Några reflektioner från den första METIS-kursen i neuropsykiatri ur ett ST-läkarperspektiv

I februari 2009 var jag kursdeltagare på den första METIS-kursen i neuropsykiatri i Sundsvall. Jag hade stora förväntningar på ämnet eftersom jag nyligen randat mig på BUP-mottagningen i Farsta utanför Stockholm där det även fanns ett neuropsykiatriskt resursteam som bjöd in mig att följa utredningarna av små barn på nära håll. I efterhand önskar jag att jag hade gått denna kurs före min BUP-placering.

### Ambitiöst inläsningsmaterial och diagnostiskt prov

Kursen började med ganska omfattande förberedelser. I början var det lite svårt att hinna med vid sidan av det kliniska arbetet, men när vi fick reda på att vi skulle få åtta timmars inläsning på arbetstid blev uppgifterna mer hanterbara, även om åtta timmar var i minsta laget. Vi skulle även skriva en fallbeskrivning utifrån ett autentiskt patientfall där det fanns misstanke om neuropsykiatrisk problematik, samt före kursstart göra ett diagnostiskt prov utifrån materialet vi fått.

Inläsningsmaterialet visade sig vara ambitiöst utformat. Några av dokumenten utgjorde en mer systematisk genomgång av de neuropsykiatriska diagnoserna, medan andra innehöll material som var mer perifert och specialiserat. Jag saknade samlad information om vilka specifika tester man gör vid en viss typ av svårigheter och en översikt över vilka av skattningsskalorna och frågeformulären som är evidensbaserade, men sammantaget var jag mycket nöjd med materialet, och använder det ofta i mitt kliniska arbete.

När jag skulle göra det diagnostiska provet visade det sig att frågorna var av mycket varierande svårighetsgrad. Vissa av frågorna var för grundläggande medan några var för svåra och berörde detaljkunskaper som kanske inte var avgörande för den kliniska verksamheten. Provet bestod av 40 frågor som behandlade inläsningsmaterialet och gjordes via en webbplatsform. Det finurliga greppet att de frågor man klarat av försvann och ersattes av nya då man inte nått upp till 80 % -gränsen utgjorde en källa till viss frustration. Jag tror att jag klarade provet först på tredje försöket och då hade jag ändå läst igenom hela materialet.

Allt material till kursen fanns utlagt på webbplatsformen, vilket jag tyckte var jättebra. Den gav även kursledningen och kursdeltagarna ett utmärkt forum för kommunikation före och efter kursen.

#### **Nytänkande och klinisk relevans**

Som helhet präglades kursen av nytänkande, entusiasm och en ambition att förmedla det som verkligen var relevant för det kliniska arbetet. Förarbetet var tidskrävande men gav i gengäld en gedigen teoretisk grund, vilket ledde till att vi under de tre kursdagarna helt kunde ägna oss åt de kliniskt viktiga problemen. I stället för katedrala föreläsningar om det som egentligen är basalt och diskussioner utan tillräckliga förkunskaper, kunde vi under METIS-kursens gång direkt pröva våra kunskaper och försöka tillämpa dem på ett kliniskt resonemang. Vissa kortare föreläsningar ingick emellertid i programmet och möjliggjorde reflektion kring oklarheter och repetition av tidigare inläst material, vilket gjorde att kunskaperna ytterligare befästes. Examinationen var arbetsplatsnära och bestod i att skriva ett underlag för ett nätverksmöte med utgångspunkt i fallbeskrivningen som man tagit med till kursen. Detta gjorde att man fick en omedelbar klinisk koppling till det man lärt sig.

En del strukturella problem fanns under kursen, sannolikt på grund av att den gavs för första gången, men helhetsintrycket var en tidseffektiv, teoretiskt genomtänkt, och kliniskt mycket användbar kurs som jag gärna skulle rekommendera till andra ST-kollegor.

**Eva Malm Finiguerra**  
ST-läkare  
Norra Stockholms Psykiatri

Kommentar: METIS står för ”mer teori i ST” och är en nationell satsning med fokus på kompetenshöjning inom psykiatri. Tanken med det nya utvecklandet av kurser är att deltagarna påbörjar kursen redan före kursstart genom **att läsa in material och göra** ett diagnostiskt prov för att på så sätt ge en bättre teoretisk grund för fördjupade diskussioner under själva kursdagarna. Under projektets tid är målsättningen att det ska utarbetas 18 kurser enligt METIS-metodiken som komplement till övriga SK-kurser.

Det var i samband med arbetet med den nya målbeskrivningen för psykiatri som SPF såg att det behövdes en förstärkning av SK-kurser och det arbetades fram ett förslag på en ny sammanhängande teoriutbildning för ST-läkare i BUP och vuxenpsykiatri.

## **Reflektioner efter METIS-kurs i Sundsvall våren 2009**

Psykiatriska kliniken i Sundsvall fick i våras förmånen att vara värd och arrangera en av de första METIS-kurserna, ämnet var Neuropsykiatri.

Sammanlagt deltog tjugosju ST-läkare från hela Sverige i det tre dagar långa gemensamma kursmötet som hölls på Villa Marieberg centralt i stan.

I kursutvecklingsgruppen ingick bl.a. Tonny Andersen, Umeå, Kimmy Lindholm, Sundsvall och Harald Sturm, Stockholm; samtliga på plats som lärare och föreläsare.

Förutom lokalarepresentanter från BUP och vårt Neuropsykiatriska team deltog Gunnel Norrö som föreläste om hur det är att leva med Aspergers syndrom.

Inför kursen fanns förstås både farhågor och förväntningar från deltagare och lärare. Skulle t.ex. de tre kursdagarna räcka till för genomgång av det ambitiösa material ST-läkaren förväntats ha tagit del av före kursen? Skulle vi hinna med alla väsentliga delar från etiologi till diagnostik och differentialdiagnostiska överväganden – skapa förståelse för olika professioners arbetssätt, lyssna till inspirerande föreläsningar och samtidigt ha tid till gruppdiskussioner, fallpresentationer, utrymme till analys och ”syntes”?

Undertecknad som själv aldrig varit vare sig elev eller lärare vid kurs med liknande pedagogiska upplägg, kunde däremot erinra mig några av de SK-kurser när jag var ST-läkare:

Det var ett behagligt avbrott i arbetet väsensskilt från vardagens slit, en stor aula, penna och anteckningsblock i startläge, och en katedral föreläsning av en i bästa fall (men långtifrån alltid) inspirerande och kunnig universitetslärare.

Väl hemma sedimenterade anteckningarna och efter en T½ på cirka två år gick materialet till pappersinsamlingen.

Ja - kanske någon enstaka kollega känner igen beskrivningen?

Inget ont om detta –

Däremot är tanken med METIS, när kurserna når sin fulländning, att eleverna knappt ska kunna misslyckas med att lära sig fakta - kunna tolka – analysera – abstrahera och konkludera.

Upplägget kräver således att deltagarna redan från beskedet om antagning blir mer aktiva och deltagande än vid tidigare traditionella kurser.

Kursdagarna gick snabbt och schemat var fulltecknat.

- Från ST-läkarnas kursutvärdering återkommer från majoriteten att man uppskattat grupparbetena och de lärarledda redovisningarna
- det rikliga materialet som fanns utlagt på läroplattformen på webben före kursen – bra motivationsfaktor!
- att det fanns gott om tid för gruppdiskussioner och praktiska övningar
- att man fick metoder och förståelse för utredningsgång och behandling
- den arbetsplatsnära examinationen ("hemuppgiften" efter kursen) som uppfattades som kliniskt relevant

Några deltagare ansåg däremot att

- tre dagar var i kortaste laget
- att instuderingsfrågorna före kursdagarna var för många och för svåra
- att man kände sig ovan/obekvämt med att använda en webbaserad läroplattform för att hämta artiklar och för att kommunicera

Vad skulle jag nu själv som kursgivare rekommendera kollegor som arrangerar en framtida kurs?

Åtskilligt, men det som först dyker upp är att:

- ordentligt lära sig läroplattformen och dess potential
- försöka kommunicera mer med ST-läkaren och kanske dennes handledare, inte minst före kursdagarna
- knyta upp en skicklig administratör /samordnare på kursorten för alla praktiska arrangemang.
- att det mellan grupparbeten/diskussioner och aktivt deltagande från ST-läkarna finns tilltaget utrymme även för inspirerande föreläsningar av personer med spetskompetens!

**Hans Ericson**  
Överläkare, studierektor  
Psykiatriska kliniken  
Sundsvalls sjukhus.

## Vem är normal – några betraktelser

**Vem är normal? Vilken utmanande fråga! Den har den stora fördelen att det inte finns något övergripande svar. Normalitet måste ses i ett sammanhang.**

### Möte på Seychellerna

Frågan dök upp för mig på ett särskilt sätt vid ett besök på Seychellerna. Jag träffade en av öns två psykiatriker. Hon bad om ursäkt för att hon inte var så uppdaterad på västerländsk psykiatri. Jag undrade hur hon arbetade. "Mest i familjer, individuellt går inte. Om någon har symtom och problem måste jag träffa familjen. Jag måste ha en av de äldste med mig. Jag sköter samtalet med familjemedlemmarna och den äldste har hand om kontakten med förfädernas andar och deras åsikter i frågan, annars kommer vi ingen vart". Min första tanke var "så primitivt", min andra var "aha, vi har internaliserade objektrelationer, de har förfädernas andar", den tredje var "är det något vi missar med vårt 'normala' synsätt".

### För vem vill vi verka normala?

En patient med en psykosdiagnos som bodde på nedre botten hade utsikt in i vardagsrummet från gatan. Personal som hade gått förbi berättade att detta rum såg prydligt ut. Så småningom blev det dags för ett hembesök. Det visade sig att i lägenheten rådde totalt kaos i alla avseenden, utom just inom den sektor av vardagsrummet vilken kunde överblickas från gatan. För vem vill vi verka normala, själv eller andra?

En sida av att vara normal kan vara att tycka sig vara, och av andra bedömas vara, tillräckligt lik andra för att få höra till en viss grupp. För ungdomar är dilemmat att för att känna sig normal behöver man vara tillräckligt lik andra, samtidigt alldeles unik.

### Vår hjälpsamma hjärna

När vi stöter på något som vi tycker verkar onormalt handlar det inte bara om att det är sällsynt, statistiskt avvikande, utan det kan också komma in en moralisk eller etisk värdering i bilden. Men det ovanliga blir ibland vanligt med tiden för vår hjärna är mycket hjälpsam när det gäller normalitet. Den försöker att få allt som är tillräckligt vanligt att framstå som normalt för att underlätta vår tillvaro. Många av oss har väl varit med om hur vi på grund av problematiska omständigheter har varit tvingade att använda otillfredsställande lösningar i världen, en tillfällig lösning, ett slags undantagstillstånd, vilket ibland, fast inte alltid efter en tid övergått till att bli ett normaltillstånd. Först var det ett avsteg från det normala, fel fast nödvändigt, sedan vanligt och mer eller mindre accepterat. Att man nästan slutat att ge återbesök i den somatiska vardagsvården är för mig ett exempel på detta.

## Fler och fler handikappade

Det är inte så lätt att enas om vad som är icke-normalt, patologiskt, sjukt, vad som är ett handikapp och vad som bara är mycket annorlunda. Perspektivet "moraliska defekter" det vill säga "synd" används inte så mycket i vårt sekulariserade samhälle. Homosexualiteten har väl hos oss gjort den långa resan från att ha varit synd/omoral till sjukt, till att i majoritetens ögon vara annorlunda fast normalt.

"Handikapp" innebär definitionsmässigt en brist på passform mellan individens förmåga och samhällets krav i motsats till sjukdomsbegreppet. I och med vår kunskap om genetikens komplexitet blir det mer och mer oklart vilka brister i förmåga som kan anses faktiskt eller potentiellt medfödda och vilka som är utvecklings- och erfarenhetsmässigt förvärvade funktionsnedsättningar. Kanske är den skillnaden inte så viktig, det viktiga är utvecklingsbarheten för kompetensbristen i fråga, respektive möjligheten till kompensation genom tekniska eller andra hjälpmedel.

Vi får förmodligen räkna med att fler och fler individer kommer att betraktas som onormala i meningen handikappade, eller eventuellt sjuka, då de samhälleliga kraven ökar på att bemästra allt mer komplexa situationer, socialt och emotionellt, inte minst kognitivt vad gäller val, beslut mm. Hjälpmedel utvecklas visserligen men inte i samma takt som den komplexitet som ska behärskas. Handikapp baserade på brister i snabbhet, förmåga till social smidighet, informationsbearbetning verkar öka, vilket både kan leda till social marginalisering och till psykiatriska problem. Vad betyder det att det finns fler och fler psykiatriska sjukdoms- och störningstillstånd? Kanske borde fler "sjukdomar" från DSM-IV föras till handikappgruppen? Poängen med "handikapp" är just att man granskar både individen och samhället. Det är viktigt inte minst när det gäller den ökande gruppen av unga som upplever psykisk ohälsa även om de ännu inte blivit psykiatriska fall.

## Normala-fast-annorlunda

Andelen barn med "måttlig" ADHD (inte de riktigt svåra) riskerar att öka bland annat därför att just deras speciella typ av informationsbearbetning utgör ett handikapp i vårt samhälle.

Men personer med aspergerdrag gissar jag å andra sidan kan komma att ingå i vårt normala-fast-annorlunda begrepp vad det lider. Det krävs dock att vi lär oss att förstå deras "språk", deras sätt att förstå vårt språk och deras behov i relation till våra. Deras typ av informationsbearbetning kan passa bättre in i vissa av våra subkulturer än ADHD-gruppens.

Vill vi att fler ska få vara med i gemenskapen normala-fast-annorlunda, måste vi i grunden utveckla vår förmåga att se på skillnader mer som intressanta och utmanande än som hotande. Det som är hotande hos andra och hos oss själva är det vi inte alls känner igen och inte kan förstå. Om vi ska kunna acceptera andra i högre utsträckning behöver vi lära oss att i högre grad acceptera våra egna egenheter (vilket inte är detsamma som att leva ut dem!).

Samtidigt kan vi med Horst Eberhard Richter (tysk psykoanalytiker och familjeterapeut) erinra oss att det ställs stora krav på vår förmåga att acceptera vår egen komplexa natur om vi ska minska domänen för vad som ska betraktas som sjukt och galenskap. Utan att någon betraktas som galen saknar vi referensram för att bedöma om vi själva ska kunna betraktas som riktigt kloka. Detta att några bedöms som psykiskt sjuka tycks vara nödvändiga för att normalbefolkningen ska hållas övertygade om sin psykiska hälsa. Detta är en av de bördor som personer med psykoser bär i vårt samhälle. Detta perspektiv var väl befäst inom psykiatrin på 1970-talet, men som det tycks mig tydligt att vissa viktiga perspektiv från den tiden av oklara anledningar bleknar med åren tar jag mig friheten att lyfta fram det. Och för att inte bli missförstådd – jag anser inte att detta är det enda relevanta perspektivet på psykoser och jag anser heller inte att sjukdomsbegreppet bör avskaffas, bara problematiseras.

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm



Foto: Shutterstock



# ~~OBALANS~~



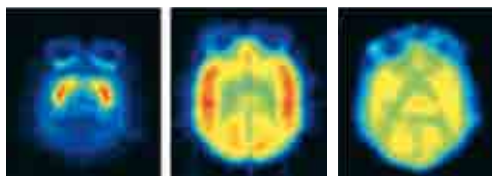
## MED SEROQUEL® DEPOT KAN DU BEHANDLA DEN BIPOLÄRA SJUKDOMENS BÅDA POLER<sup>1\*</sup>

Som enda atypiska antipsykotikum har Seroquel® Depot (quetiapin) indicerats för behandling av depressiva samt måttliga till svåra maniska episoder vid bipolär sjukdom.\*

Förklaringen till den breda symtomlindring som observerats med quetiapin tros vara effekten på tre centrala signalsubstanser i hjärnan; dopamin, serotonin och noradrenalin<sup>2</sup>.

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

*Quetiapin och dess metabolit norquetiapin har visat sig påverka tre centrala signalsystem i hjärnan; dopamin, serotonin och noradrenalin<sup>2</sup>.*



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

 **Seroquel® Depot**  
quetiapin      depottabletter

*\*Seroquel® Depot är inte indicerat för att förhindra återfall av maniska eller depressiva episoder. Bland de vanligaste biverkningarna återfinns yrsel, somnolens och huvudvärk. Vid bipolär depression är förekomsten av EPS 1–10 % och risken för somnolens är något förhöjd.*

Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2008-12-05. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Behandling av måttliga till svåra maniska episoder och egentlig depressionsepisod vid bipolär sjukdom. Seroquel® Depot är inte indicerat för att förhindra återfall av 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](http://www.fass.se).

1. [www.fass.se](http://www.fass.se). 2. Goldstein JM et al. *Biol Psychiatry* 2007;61(8 Suppl 1):S124-S125.

AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. [www.psykiatriinfo.se](http://www.psykiatriinfo.se)



# PSYKIATRIFONDEN

## 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](mailto:lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se), tfn 033 616 40 55.



# PSYKIATRIFONDEN

[WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE](http://WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE)

# Allvarligt talat

När jag var ung förstod jag det här samhället någorlunda, hur det fungerade och var organiserat. Folkhemsbygget var i full gång och den ljusnande framtid var vår. Jag trodde man kunde vara med och påverka hur det skulle bli. **Det** var normalt på den tiden. Nu är jag pensionär, lever i Informationsamhället och begriper ingenting. Är det normalt måntro?

Jag är inte alls säker på att det ena stämningläget berodde på ungdomligt oförstånd och det andra på ett allt rostigare intellekt. Nu lever vi i valfrihetens samhälle. Ofta när man ringer till ett företag eller en myndighet får man höra en inspelad röst som säger, att man ska få fyra eller fem val. Men man kanske bara vill fråga om nå't och det man vill fråga om finns inte bland de där fyra fem valen. Ska det vara normalt det? Till Postkontoret kan man inte alls ringa.

Jag tror att all den här valfriheten är en av anledningarna till att så få vill engagera sig i valfrihetens samhälle: Vi törs inte, för vi är rädda för att göra fel. Det är alldeles för mycket att välja på. Vi klarar inte av det.

Men för det mesta sitter vi ändå inte barfota på handlarns trapp och gråter så övergivet. Vi sitter hemma och försöker "mysa" bland alla nya pryttlar vi har känt oss tvungna att köpa.

Det är naturligtvis inte fel att vi försöker "mysa" så gott det går. Men alla de här artiklarna och böckerna som uppmanar oss att med diverse tekniker befria oss från stress, oro, jäkt, ångest, sömnlöshet. Utöver all denna befrielse ska vi finna lyckan i vårt inre. Är det normalt att vara **så** jäkla lycklig egentligen?

Nu är ju vi medborgare ofta rätt så smarta. Vi begriper att det inte går att befria sig så där från allt som skaver här i livet. Vi begriper att sorgerna och oron hör ihop med livet. Man får härda ut. Livet bjuder på en del smärtor. Ibland känns det ändå som ett krav att man ska vara så där befriad och avspänd och lycklig och sova gott och allt. Då undrar man ju hur de där böckerna och tidningarna påverkar oss i längden.

Allvarligt talat så har jag mött alldeles för många medmänniskor som sökt läkare, när de drabbats av sorg, inte depression, och som fått tablettbehandling mot sorgen. När behandlingen avslutats återstod sorgearbetet. Jag tror det är normalt att sörja, när man förlorat en viktig person. Jag tror vi behöver gråta ibland.

En annan sak är det, när livet verkligen är så svårt att man inte orkar längre, när hjälp-dej-självböckerna känns som ett slag i ansiktet. Det händer ju att man hamnar i lägen där verkligheten liksom går sönder och man inte ens är orienterad x 3. Skulle det inte vara normalt i ett välordnat valfrihetssamhälle, att man då kunde få välja att bli hjälpt?

Jag har träffat alldeles för många medmänniskor, som har valt att söka hjälp och som definitivt passar in i vissa beskrivningar i DSM-IV, allvarsamma beskrivningar. Det var bara det att de inte fick någon hjälp. En medmänniska jag känner väl erbjöds på stående fot antidepressiv medicin efter ett tvåminuters särtal

(inte samtal) med en doktor. Då sade den människan: "Jag vill ha någon att tala med!" När doktorn svarade: "Jaha, det är till att ha pretentioner" så gick den människan därifrån.

Nu råkar jag känna en mängd vårdarbetare också, läkare, skötare, psykologer och psykoterapeuter och sådana. En stor del av dem arbetar verkligen med hängivenhet och kompetens, en del sliter ut sig. Så måste det naturligtvis finnas en och annan som har givit upp eller inte passar för sitt arbete; det finns det i alla branscher, men **det** räcker inte som förklaring till att det är så svårt att få hjälp.

Detta att det finns ett tryck på oss att vi ska vara lyckliga, lyckade, sova gott och inte gråta. Det oroar mig lite. Det andra, att det är så svårt att få hjälp, när man verkligen behöver det. Det skrämmer mig. Ska detta vara normalt i vårt samhälle? Det får inte vara så. Vi måste ändra på det.

Ovanstående är högst subjektiva reflexioner utifrån iakttagelser under 26 år i psykiatris förtrollande värld.

Lars Blomgren  
F.d.sjukhuspräst  
Vällingby



Foto: Carol Schultheis

# NCP 2009

## Rapport från en nöjd åhörare

**Professor Michael Marmot, författare till flera böcker, på svenska finns boken "Statussyndromet".**

Dr Marmot talade engagerat och kloka var de som gick dit och fick förmånen höra på. MM är namnkunnig britt, uppväxt i Australien och aktiv på många sätt bl.a. i WHO. Sir Michael beskrev med skärpa och sympati sin 30-åriga forskning om hur social position påverkar hälsa och livslängd i ett fr.a. globalt perspektiv. Även dödlighet och utbildning: i Sverige visades 1990-96 sjunkande dödlighet med ökad utbildning, liksom på andra ställen. Konklusionerna var inte något kontroversiellt utan praktiska exempel ofta från fattigare områden. Fältet är enormt och orsakerna är komplicerade men det var spännande att följa och epidemiologiskt grundläggande för alla som är intresserade av sjukvård.

**Orbifrontal cortex function – from pleasure to pain.**

En fängslande dansk forskare, **professor Morten Kringelbach**, beskrev sin rykande färsk forskning för mer än fullsatt sal. Några fick ståplats och det var det verkligen värt. Dr K som skrivit boken "The pleasure center", där han beskriver belöningsystemen, redogjorde för läget och inte minst läget för de "pacemakers" man satte in i levande människors hjärnor. Ett känsligt ämne som illustrerades av en film om liten flicka som hade fått stor lindring av sin allvarliga motoriska sjukdom. Morten sa inte pacemaker utan kallade det "deep brain stimulation" där ett batteri implanterat i bröstkorgen ger pulsar av elektricitet till en elektrod insatt i hjärnan. Detta har visat sig kunna lindra tremor vid Parkinson och fältet är således inte bara forskning utan också klinik.

En annan tydlig och bra föreläsning var **dr Predrag Petrovic** från KI som på torsdagen redogjorde för "**Passive and active fear - from man to reptile in the same brain**" ett mycket intressant ämne.

Från fjärran NIH talade kände **professor Marcus Heilig**. Pedagogiskt, avslappnat och med humor beskrev han det mesolimbiska dopaminerga belöningsystemet och grunderna för att sedan gå in på sin grupps forskning. Att alkohol aktiverar frisättning av endogena opioider. Att genetisk disposition finns. Att det är visat ända ner till hur ett enda G är utbytt mot vad som borde varit ett A i vårt DNA (Bond 1998). Konklusionerna var inte svårbegripliga, fr.a. att det är meningsfullt behandla med naltrexon.

Från den mycket stora, välkända, psykiatriska kliniken i München talade **dr Anna Maria Möller Leimkuehler** om "**Gender specificity in suicide prevention**". Ett ämne som inte är lätt omsätta i klinik och där föreläsaren påtalade de riskassociationer man visat. Intressant var också att få utomnordiska jämförelser. Även äldres förhöjda suicidrisk beskrevs. Viktiga data som hör hemma i läroböckerna.

**Professor Zoltan Rihmer** på Semmelweis-universitetet i Budapest talade på ämnet "**GPS as the first line in suicide prevention - a need for personcentered approaches**". Dr Rihmer beskrev hur utbildningsinsatser för distriktsläkare lyckats minska suicidfrekvensen. Att farmakoterapi minskar suicidrisk och försök. Att 90 % av de som suiciderar eller försöker har minst en "major mental disorder" vanligen "major depression", missbruk eller schizofreni. Dr Rihmer framhöll med emfas att igenkänning minskade suicidrisk.

Många faktafyllda bra symposier fanns ofta med ganska få åhörare. Ett var t.ex. på onsdagen på temat "**Contributions of Liaison Psychiatry in Somatic Care**". Dels var det mycket givande presentationer och dels var det kul att se de positiva pedagogerna **Ulrik Fredrik Malt och Lisa Ekselius** excellera i entusiasm. Ingen forskning vore annat än stimulerande med dem som påhejare och symposiet desslikes med dem som chair-men.

**Robert Rydbeck**  
Vice ordförande SPF.





**Kunskapstörstande ST-läkare från BUP**

Ragnheidur Sigurdardóttir, Rosa Solerssi Hansson, Shireen Kadir, Daniella Devrnja



**Språkrör för den Samiska befolkningen**

Ole Mathis Hetta



**Kärt återseende**

Lil Träskman-Bendz, Åsa Westrin



**Fint samarbete bakom katedern**

Moderator Abdulbaghi Ahmad, Othman Rashid



**Nordinsk samling**

Lise-Lotte Risö Bergerlind, Jan-Olvav Johannessen, Halldora Olafsdottir, Ola Marstein

Foto: Lars Joelsson



**Skönt att det har kommit igång**

Lars von Knorring samtalar med en av kongressdeltagarna

# Schizofreni eller dissociation?

## – tillstånden blandas lätt samman och den rätta behandlingen missas!

De dissociativa psykoslika tillstånd, som tidigare kallades hysteriska psykoser, förväxlas lätt med schizofreni. Jag har märkt hur otillfredsställande DSM-diagnostiken är för att ge stöd åt en differentierad förståelse och behandling. Förhoppningsvis kan nedanstående synpunkter vara av nytta för andra som arbetar inom fältet och ge anledning till fördjupad diskussion. Under många år har jag arbetat med förstagångsinsjuknade patienter med psykostillstånd och nedanstående erfarenheter har vuxit fram huvudsakligen under de senaste tio åren.

Problemet med att inte skilja de två diagnoserna är att om man uppfattar och behandlar patienten som lidande av en psykos sjukdom sätter man ofta per automatik in neuroleptikabehandling. Denna har inte någon positiv effekt vid dissociativa hallucinationer och vanföreställningar, men ger genom dopaminblockaden negativa symtom, som kan stärka den felaktiga schizofrenidiagnosen. Efter något eller några år kan man ha en patient som knappast går att skilja från andra patienter med diagnosen kronisk schizofreni. Dessa patienter kan lätt ge upp sin grundläggande friska identitet med en auktoritativ psykosbehandling.

De **dissociativa pseudopsykoserna** finner man i DSM-IV närmast under Dissociativt syndrom UNS, alternativt som Posttraumatiskt stressyndrom. Men det ger inte mycket hjälp för differentialdiagnostiken mot psykos/schizofreni. Den kliniska bilden är polymorf och kan växla mellan normalitet och en hög grad av patologi – ibland under samma dygn. Många anger hallucinationer för hörseln men det är också vanligt att patienterna berättar om klara synhallucinationer. De senare förekommer knappast vid schizofrena psykoser, där man kan höra om ljusförmimmelser eller vaga bilder, däremot aldrig om de tydliga spöken, tomtar, djur eller personer som förekommer i samband med dissociativa psykoser – liksom vid deliriosa tillstånd. ”Hallucinationerna” är också i min erfarenhet starkt symboliskt präglade. De berättar om personens predikament eller om bakgrunden till dissociationen. Bildkaraktären påminner starkt om den nattliga drömmen. Vanföreställningarna viker vanligen ganska snart om en djupare kontakt kan etableras. Personen kan också ha lidit av en tidigare personlighetsstörning. Om man ytligt fastnar för symtomen blir diagnosen lätt ”prodromaltillstånd till schizofreni”.

Det kanske mest karaktäristiska är förekomsten av traumatiska erfarenheter – ofta i tidig barndom. Sexuella övergrepp, andra traumata eller allvarlig negligering är närmast regel.

Själv har jag sällan kunnat konstatera en traumatisk bakgrund vid schizofreni.

Bakgrunden till dissociationen kan alltså handla om en tidig och stark incestuös bindning och skam, som aktualiserats i plötsliga ångestgenombrott vid senare förälskelser eller andra upplevelser. Jag tror att många av de tidiga sexuella övergrepp som under senare år beskrivits som bakgrund till schizofrena tillstånd, kan handla om sådana upplevelser av tidiga ”omöjliga” kollisioner av världsbilder som då en älskad far plötsligt drar sig tillbaka från incestens intimitet men där lusten ligger kvar i dotterns kropp, och som hon inte får eller kan minnas med sin medvetna person - det finns inget språk för den. Men affekten hotar att väckas upp vid debuten av den vuxna sexualiteten. Den försvarsmekanism som aktualiseras är splitting, det vill säga att självbilden klyvs upp i flera modaliteter som fungerar avlastande för självet. Dissociationen är en flykt undan nuets omöjlighet till en som-om-värld. Den dissociierande personen har en omedveten dramaturgi där tillståndets kommunikatoriska karaktär framgår: ”Jag är galen, jag förstår inte världen, låt mej slippa ett vuxet ansvar”. Även om tillståndet kan vara nog så dramatiskt är patienter med dissociation potentiellt lättare att nå än de akut psykotiska vars ”friska jag” är svårare att mobilisera i en första kontakt och där en långsammare läkningsprocess kan förutses.

En **psykos** däremot, innebär dynamiskt sett att jagets förmåga att syntetisera och kritiskt bearbeta stimuli inifrån och utifrån är skadad. Sårbarheten för att jaget ska brista vid olika typer påfrestningar är till större eller mindre del genetiskt förankrad eller har att göra med små perinatale skador. Det är här inte tal om försvarsmekanismer – jaget är inte starkt nog till försvar. Eftersom jagets behov av sammanhang är viktigare än dess behov av rationalitet fyller psykotiska vanföreställningar ut bristerna i jagets gestaltskapande förmåga enligt *horror vacui*. Psykosen uttrycker inte i första hand en kommunikation. Behandlingen innebär att ge personens traumatiserade jag chansen att läkas genom triaden låg stimulusnivå, psykologisk trygghet/bekräftelse och försiktigt ökad farmakabehandling.

En viktig diagnostisk skillnad ligger också i kontaktens karaktär. Den som man möter vid ett akut schizofrent insjuknande ger ett tyngre och mera djupgående förändrat intryck. Den dissociativa patienten presenterar sig mera som en dramatisk gåta. Tillståndet är ofta djupt fascinerande.

Är man uthållig och lyckas förstå något av det som symtomen berättar, märker man en öppning och att personen bakom symtomen kan ge en ny kontakt som känns genuin, om än skör.

Ser man inte dissociationens dynamik missar man att det rör sig om ett desperat kommunikationsförsök, en avbruten berättelse som väntar på sin lyssnare och på att bekräftas. Jag har sett många patienter med dissociationsproblematik som länge behandlats med neuroleptika och psykosdiagnos. På nittio-talet gjorde jag tillsammans med psykolog Sonja Levander en efterundersökning av patienter med långvarig schizofrenidiagnos, och som framgångsrikt behandlats med psykoterapi. Först långt senare började jag förstå att det ofta handlade om kronifierade dissociativa tillstånd. Så småningom hade de antagit ett schizofrenibeteende tills de äntligen fick en korrekt behandling. Det är då lätt att tro att alla schizofrena egentligen ska behandlas med psykoterapi om man inte skiljer mellan dissociation och schizofreni.

Hur vanliga är de dissociativa jämfört med förstagångsinsjuknade psykopatienter? Jag vet inte, kanske handlar det om en tiondel av populationen med psykoser och psykoslika tillstånd. Men jag hoppas någon snart kan lockas att göra en studie över ett stort incidensmaterial av sådana patienter – ett spännande avhandlingsarbete! Det som komplicerar är ju också att det finns en överlappning mellan tillstånden. En schizofrent psykotisk patient kan ha dissociativa drag – och tvärtom. Det finns idag ganska bra diagnostiska formulär.

Den kanske viktigaste orsaken att vara medveten om denna diagnos är att den väsentliga behandlingen är psykoterapi. Om dynamisk eller KBT, är mindre intressant än att behandlaren har en känsla för vad patienten berättar med sina symtom och har tillräcklig erfarenhet och uthållighet för att inte lockas in i ageranden genom det engagemang som patienten väcker. Eller glömmer att det ofta ligger en tidigare personlighetsstörning i djupet. Dessutom är neuroleptika närmast kontraindicerade, något som visats vid flera studier.

**Johan Cullberg**  
Psykiater, psykoanalytiker  
Professor, Stockholm





## frågor till.....

### Lena Eidevall

Vi kommer i detta och i kommande nummer presentera styrelsemedlemmar från de tre föreningarna **SFBUP**, **SPF** och **SRPF**. Syftet är att belysa den mer personliga och privata sidan av personen. Först ut i vår serie var SPF's ordförande Lise-Lotte Risó Bergerlind. Nu är det SFBUP's tur.

#### Möt Lena Eidevall:

Lena fick barn under studietiden, hon läste halva utbildningen i Umeå, gjorde sin AT i Östersund, vidareutbildade sig i Växjö. Lena har varit Lund trogen sedan 1988. Maken heter Benny Anderberg, han arbetar som psykolog i Eslöv. Lena sjunger opera och var med i en Beatleskonsert för inte så länge sedan. Maken och god mat är andra höjdpunkter i livet.

#### 1. Född

I Stockholm

#### 2. Bor

I Skåne- centrala Lund året runt och "strax-norr- om – Österlen" på sommaren.

#### 3. Familj

Min man, Benny Anderberg, som arbetar som psykolog. Tre vuxna söner, min mans tre vuxna söner, alla deras flickvänner/ sambos, min mamma.



#### 4. Arbetar

Mycket. Divisionschef för Psykiatri i Lund sen 11 år. Suttit i styrelsen i SFBUP i nästan 10 år.



#### 5. Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Ja, det blir samma svar där - mycket, men andra saker än på jobbet. Sjunger – opera/operett mest i amatöroperasällskap men senast var jag med och sjöng och spelade på en Beatleskonsert. Jag läser ständigt minst en bok - mest deckare, annars skönlitteratur och biografier.

Umgås med folk, äter gott, går på opera och på rockkonserter och planerar och sköter (med hjälp av alla dessa familjemedlemmar och min bror och hans partner) vår ljuvliga trädgård på sommarstället.





#### **6. Favoritmat**

En riktigt krämig risotto.

#### **7. Senast lästa bok**

Dr Mumbai av Jukka Behm finns nu på nattduksbordet.  
Framtidens hemmafruar av Laurie Graham.

#### **8. Vad gör Dig lycklig?**

Min man och musik allra mest. Men också att vara vid havet och att få följa barnens väg genom livet - vilken gåva!!

#### **9. Vilka förebilder har Du?**

Oj så svårt!! Selma Lagerlöf, Gudrun Schyman och Lena Endre.

#### **10. Vilka är SFBUP's största utmaningar under de närmsta åren?**

Att få alla ST-läkare att förstå varför man ska vara medlem i vår förening och så att driva på utvecklingen kring första linjens vård för barn och unga.

Stina Djurberg  
SP Redaktion

Foto: Lena Eidevall

# Den psykodynamiska terapins utsatthet

Som privatpraktiserande psykiater och psykodynamisk psykoterapeut är jag givetvis kritisk mot innehållet i Socialstyrelsens preliminära rekommendationer i 'Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom', vilka sannolikt kommer att fungera som riktlinjer både för landstingen och privatläkarnas nationella taxa (om den får finnas kvar).

**Här följer ett kort inlägg till Socialstyrelsen om de i skrivelsen nämnda riktlinjerna. Det är en något modifierad epilog från en artikel om von Triers film Antichrist; en film som jag tycker skulle fungera väl som ett av underlagen för en diskussion om depression och dess fenomenologi. Den är publicerad i Psykisk Hälsa n:o 2/2009, vars redaktion också har godkänt den för publikation. Artikeln i sin helhet återfinns i pdf-format på nätversionen av Svensk Psykiatri.**

## En "häxjakt" på psykodynamiker!?

Jag menar att vi lever i en tid med ett synsätt som på ett paradoxalt vis kan likna medeltidens för oss så trångsynta livssyn, med dess hets mot häxeri och shamanism, men också mot den då gryende naturvetenskapen. I vår tid har i stället den ytliga rationaliteten tagit överhanden till förfång för en djupare rationalitet, som gäller vårt förhållande till livet; existentiella frågor om gott och ont. Religion och djuppsykologi är förlegade rester av gammalt tänkande och bör glömmas.

## Vårt symboliserande själv

En av det förra seklets största landvinningar var insikten att vårt liv kunde förstås och beskrivas med hjälp av vår symboliska förmåga (Cassirer, Freud, Jung, Wittgenstein, Langer m.fl.). Och kanske viktigare: vårt psykiska liv får sin (för individen) *unika* form och fortsätter att utveckla denna med hjälp av just denna symboliseringsförmåga. Känslor, drift och kognition länkas samman till olika övergripande förståelse- och handlingsalternativ av oss själva i förhållande till omvärlden; arbetsmodeller som i drömvärlden oftast antar formen av ikonisk symbolik.

## Längre psykodynamiska terapier riskerar att helt försvinna

I en längre psykodynamisk terapi (enligt Socialstyrelsen mer än 30 timmar) söker terapeuten tillsammans med patienten empatiskt och kognitivt förstå den senares komplicerade väv av helt egen och allmänmänsklig symbolik. Att utveckla en djupt tillitsfull överföring till terapeuten, dvs. en djupt tillit till den terapeutiska processen tar i allmänhet ett par år. Patienten kan då börja "känna-tänka" relativt fritt och djupt omedvetna processer kan då komma upp till ytan. Djupt förankrade, oftast omedvetna förhållningssätt, vilka kan tänkas ligga bakom eller bidra till en personlighetsstörning – ett övergripande diagnostiskt begrepp - kan då medvetandegöras och därmed bearbetas i terapin. Av och till är detta skrämmande, men alltmer vågar patienten ha en sådan tilltro till processen att hon i närvaro av terapeuten vågar låta släppa fram den slags lek under djupt allvar inom sig, som gör en djupgående överföringsterapi så fruktbar (Ramberg, 1992).

En förändring av patientens symboliserande själv sker huvudsakligen på ett omedvetet plan och resulterar oftast spontant i ett nytt, ofta för både patient och terapeut oväntat, beteende. Det är en *inifrån kommande förändring* av det symboliserande självet, vilket är ett av skälen varför psykodynamisk terapi (PT) och psykoanalys ofta åstadkommer kvarstående och fortsatt dynamiska förändringar också under lång tid efter avslutad terapi ( Se t.ex. Trowell et al, 2007).

Häri ligger också ett av skälen varför PT svårligen låter sig inordnas under ett sedvanligt naturvetenskapligt paradigm. Människans inre förändras efter lagar, vilka i många avseenden har mer gemensamt med den skapande processen än det positivistiska tänkandets rationalitet.

Inom psykiatrin har under det senaste decenniet psykodynamiskt tänkande och psykoterapi nästan raderats ut. I stället gäller kognitiv beteende terapi (KBT) och psykofarmaka. Det vetenskapliga underlaget för denna omvälvning är tveksamt och omdiskuterat. En viktig vetenskaplig grund för denna förändring var, att man under nittio-talet i USA och något senare i Sverige SBU (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering) förde in effektkriterier för psykoterapi, som liknar dem man använder vid kliniska utvärderingar av läkemedel: man har en visad effekt ('efficacy') om man kan visa på en symptomreduktion i minst två oberoende RCT (*randomiserade-kontrollerade experimentella studier*) vid *manualiserad* och *tidsbestämd* behandling av en *homogen* diagnosgrupp (fritt från Boalt Boethius et al, 2009). Jag har kursiverat kriterier som man sällan kan tillgodose i sin praktik, vilken jag i det följande benämner beprövad erfarenhet; detta eftersom man i och med denna "grunda" definition av vetenskap skapat en inre motsättning i Socialstyrelsens norm; att vi skall utöva vårt yrke utifrån 'vetenskap och beprövad erfarenhet'.

Detta vetenskapliga synsätt har dock skarpt kritiserats från många håll (för översiktlig diskussion, se Wampold, 2001) då kliniska effektstudier (effectiveness-, naturalistiska studier) ofta visar andra resultat. Kliniska effektstudier visade ofta imponerande resultat med varaktig symptomreduktion och ökad adaptiv kapacitet hos patienter i den kliniska praktiken, medan resultatet av den evidensbaserade forskningen ofta uppvisade kortsiktiga och mediokra resultat; en hög intern validitet uppnåddes på bekostnad av låg extern validitet/generaliserbarhet hos den senare (Westen, 2004).

## Kritik av Socialstyrelsens rekommendationer

Socialstyrelsen har i år givit ut en preliminär version av 'Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom' (artikelnr: 2009-126-85) där KBT och psykofarmaka är högt prioriterade behandlingsformer, och där visserligen PT också finns med - men märkväl: med bara 10 -30 samtal!

Under den tiden kan man använda sig av krisen som förändrande potential och arbeta på främst förmedveten nivå, vilket ofta kan ge goda resultat och ibland leda till djupa förändringar.

*Psykodynamiska/psykoanalytiska terapier med en tidsutdräkt på 2-3 år och med en frekvens av 1-2 gånger/vecka nämns överhuvudtaget inte av Socialstyrelsen!* Den än mer tidskrävande psykoanalysen inte heller. Det är under sådana terapier djupgående modifieringar av livsattityder, och t.o.m. personlighets- eller karaktärsförändringar, kan äga rum.

Så har många patienter, som redan prövat psykofarmaka och KBT med måttlig eller ingen positiv effekt, sökt upp mig och mina kollegor. De har därefter fullföljt en längre PT, vilket gjort det möjligt för dem att åter träda in i arbetslivet och lett till ett för dem och närstående mer fruktbart privatliv än tidigare. För våra erfarenheter talar flera vetenskapliga arbeten (t.ex. Trowell, J. et al, 2007).

*Socialstyrelsens 27 personer stora expertgrupp innehar inte någon kompetens inom psykodynamisk terapi och forskning, utan har enbart kunskap om biologisk och behavioristisk behandling!* Enbart tre är legitimerade psykoterapeuter och då med inriktning på KBT (Boalt Boethius et al. Sid. 8).

Forskning utifrån ett mer integrerat synsätt än det Socialstyrelsen grundat sina (preliminära) rekommendationer på, och som inbegriper både randomiserade experimentstudier ('efficacy') och kliniska effektivitetsstudier, presenteras i två tunga remissinlägg (Boalt Boethius et al. 2009 och Holmqvist, Sandell & Sohlberg, 2009). Mig synes dessa inlagor bättre leva upp till Socialstyrelsens "motto" 'vetenskap och beprövad erfarenhet' än dess egen arbetsgrupp hittills har gjort.

### Slutligen

Jag tycker avslutningsvis att vi lever i en tid av omnipotent arrogans inför det ekosystem vi lever i och med en till stor del omedveten och därför trångsynt lydnad under den positivistiska vetenskapens dogmer.

Det är ett synsätt som under de sista decennierna infiltrerat så djupt på psykoterapiens område, att de framsteg som gjorts de senaste decennierna i form av mer direktiva och medvetet kognitivt baserade terapimetoder, riskerar att slå över i sin motsats i form av en alltför trång vetenskapssyn med det reproducerbara experimentet som enda ideal. Naturvetenskap och djuppsykologi måste samverka i dialog och under viss konflikt (Bateson, 1979). Att en sådan kan bli konstruktiv visar bl.a. neuropsykoanalysen ([www.neuropsa.org](http://www.neuropsa.org)); ett interdisciplinärt och internationellt nätverk med internationella konferenser, egen forskning och

tidskriften Neuropsychoanalysis.

*I kliniken bör inte bara vetenskap utan också, som tidigare, beprövad erfarenhet beaktas.*

**Lennart Ramberg**

**Leg.läk, specialist inom barn och ungdomspsykiatri.**

**Leg. Psykoterapeut, psykoanalytiker och familjeterapeut.**

**E-mail: [lennart.ramberg@telia.com](mailto:lennart.ramberg@telia.com)**

**Hemsida: [www.lennartramberg.se](http://www.lennartramberg.se)**

Referenser till denna artikel finns publicerade på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)



Foto:Shutterstock



Åter energi i steget.

## Voxra<sup>®</sup>, ett alternativ för behandling av egentlig depression.<sup>1</sup>

Voxra är ett bra alternativ för deprimerade patienter med symtom som energilöshet, motivationsbrist och som verkar avskärmade.<sup>2-6</sup>

Voxra är en selektiv noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmare (NDRI).<sup>1,7-8</sup>

Voxra har antidepressiv effekt jämförbar med SSRI (paroxetin, sertralin).<sup>9-12</sup>

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

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



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 Solna. Tel 08-638 93 00. [www.glaxosmithkline.se](http://www.glaxosmithkline.se), [voxra@gsk.com](mailto:voxra@gsk.com)



Voxra<sup>®</sup>  
bupropionhydroklorid

Den enda selektiva noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmaren.

**Voxra<sup>®</sup>** (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<sup>®</sup>). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se [www.fass.se](http://www.fass.se). Datum för översyn av produktresumén 2008-08-15.

**Referenser:** 1. Voxra Produktresumé. GlaxoSmithKline, [www.fass.se](http://www.fass.se) 2. Nutt et al. J Psychopharmacol 2007; 21 (5): 461-7. 3. Stahl et al. Cambridge University Press; 2000. 4. Foote et al. Raven Press Ltd; 1995. p. 335-45. 5. Shelton et al. Psychiatry Serv 2001; 52: 1469-78. 6. Stahl et al. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1145-6. 7. Fava et al. J Clin Psychiatry 2005; 7: 106-13. 8. Stahl et al. J Clin Psychiatry 2004; 6: 159-66. 9. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005; 66: 974-81. 10. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000; 61: 196-202. 11. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997; 58: 532-7. 12. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006; 51: 234-42.

20090629VOXR:312



# Kalendarium

25 november 2009, kl. 18.30-21.00

NP-sektionen har föreningsmöte i Stockholm i samband med läkarstämman. Lätt buffé samt föreläsning av Björn Kadesjö " UPP-centrums arbete med barn- och ungdomars psykiska hälsa.

Lokal: Clarion sign Norra Bantorget

25-27 november 2009

Riksstämman, Stockholm  
[www.svls.se/riksstamman/811.cs](http://www.svls.se/riksstamman/811.cs)

25-27 november 2009

SFBUP:s sektionsdag och föreningsmöte  
Hålls i samband med Riksstämman, Stockholm

27 februari - 2 mars 2010

18th European Congress of Psychiatry  
München, Tyskland  
[www.kenes.com/epa](http://www.kenes.com/epa)

17-19 mars 2010

3:e Svenska Psykiatrikongressen  
Stockholm  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

25-26 mars 2010

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

10-14 april 2010

2nd Schizophrenia International Research Society  
Conference  
Florens, Italien  
[www.schizophreniaconference.org](http://www.schizophreniaconference.org)

12-14 april 2010

51th Annual Meeting of Scandinavian College of  
Neuro-Psychopharmacology, Göteborg  
[www.scnp.dk](http://www.scnp.dk)

22-26 maj 2010

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

3-5 juni 2010

The European Network for Mental Health Service Evaluation (Enmesh) Vilnius, Litauen  
[www.enmesh.eu/](http://www.enmesh.eu/)

6-10 juni 2010

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

28 augusti - 1 september 2010

23rd ECNP Congress (European College of Neuro-psychopharmacology)  
Amsterdam, Nederländerna  
[www.ecnp.eu/emc.asp?pageld=1713](http://www.ecnp.eu/emc.asp?pageld=1713)

3-7 oktober 2010

XVIIIth World Congress on Psychiatric Genetics  
Aten, Grekland  
[www.ispg2010.org](http://www.ispg2010.org)

17-19 november 2010

10th International Forum on Mood and Anxiety Disorders, Wien. Österrike  
[www.ifmad.org](http://www.ifmad.org)

29 maj - 3 juni 2011

10th World Congress of Biological Psychiatry  
Prag, Tjeckien  
[www.wfsbp-congress.org](http://www.wfsbp-congress.org)

17-21 september 2011

8th Congress of International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology, Berlin, Tyskland  
[www.isapp2011.org](http://www.isapp2011.org)



sfbup

# Aktiviteter i Östeuropa – erfarenheter och planer med fokus på yngre psykiatrer

## Från ett möte i Kaliningrad maj 2009

Några dagar i början av maj 2009 träffades ett 20-tal yngre psykiatrer, några äldre, några psykologer, en apotekare m.fl. i Kaliningrad för nätverksbygge och för att diskutera möjligheter för framtida gemensamma aktiviteter. Flera var "elever" i "Advanced course in psychiatric management and care" som under några år letts av lärare från Umeå i både Minsk och i Barentsområdet. Östeuropakommittén [www.oek.se](http://www.oek.se) finansierat.

Uppgift nr två var att undersöka förutsättningarna för fler konferenser i serien "*Mental Health in Civil Society*", som ÖEK nu under tre år sponsrat som ett oberoende forum för diskussioner med filosofisk touch: om värderingar, syn på avvikande från det "normala", val av arbetssätt, traditioner samt historik inom psykiatrin och i angränsande delar av samhället. Filosofen Immanuel Kant tillbringade hela sitt liv i staden som då var Königsberg. Hans ande svävade över konferenserna.

Deltagarna nu i maj kom från Murmansk i norr, Moskva i öster, Vänersborg i väster och Gomel i söder. Flera hade positioner i hälsoministerier och i psykiatriska föreningar, på universitet och på kliniker. I ÖEK-kurserna ingick mindre utvecklingsprojekt i den egna verksamheten som refererades: depressionsdiagnostik på vårdcentraler, psykoedukativt familjearbete med psykoser, suicidprevention, stigmatisering, samarbete med primärvården – allt mycket spännande.

Intresset för att konferenserna "**Mental Health in Civil Society**" skall fortsätta är starkt, trots att ÖEK nu endast kan finansiera aktiviteter i Vitryssland. Man har uppskattat den breda ansatsen och att halva tiden avsatts till diskussioner. Starten med en kulturell aktivitet och mingel kvällen innan själva konferensen har givit ett bra anslag för stämning, kvalitet och öppenhet. Konferenserna har genomförts utan deltagande från läkemedelsindustrin, vilket många upplevt positivt.

I maj 2010 avslutas ett projekt för rättspsykiatri som pågått några år på "Mental Hospital nr 2" i Kaliningrad med stöd från "Global Initiative on Psychiatry, [www.gip-global.org](http://www.gip-global.org) som har en bas i Holland. Avrapporteringen är ett fint tillfälle att ha en gemensam konferens där man bl.a. skulle kunna diskutera normalitet, värderingar och historik i våra länders rättspsykiatri, gärna med någon presentatör från Serbski-institutet i Moskva, känt från undersökningar av dissidenter på 1970-talet.



Andra förslag till teman som kan ingå är: samverkan med primärvård, stigmatisering, farlighet, avinstitutionalisering, biologisering och ekonomisering av psykiatrin, moraliska (deontologiska) aspekter på psykiatrin, mänskliga rättigheter och behov av patientorganisationers medverkan, rehabilitering i samhället.

Titel på konferensen 2010 skulle kunna vara "Mental Health, Stress and Social Security", tidpunkt troligen 10-12 maj.

IKSUR (Immanuel Kant State University of Russia) vill att konferenserna fortsätter och de kan äga rum i universitetets lokaler. Ekonomiskt stöd söks från ryska fonder och Sida. Om läkemedelsindustri deltar skall det vara t.ex. i diskussioner om dess roll i sjukvårdsutveckling och undervisning, hur läkemedel skall bekostas, hur man på en klinik kan samarbeta med företag. Man måste utgå från att företag måste ha ett eget utbyte för att delta.

Konferenserna har haft drygt 150 deltagare, de flesta från Kaliningrad. Bredare deltagande är önskvärt, dock inte på bekostnad av känslan av närhet. Våra föreningars webbsidor borde länkas för information om konferensen. Tidigare har vi använt <http://phil.gu.se/sffp.html>.

En målsättning vi satte upp nu i maj var att föreläsare skulle kontaktas innan sommaren – något som inte skett.

Tyvärr är det inte ovanligt i dessa sammanhang att beslut inte fattas i tid därför att någon viss nyckelperson inte har tid och att man inte vågar fortsätta då. Till slut brukar man ändå få ihop något bra.

**Yngre psykiatrers önskemål för erfarenhetsutbyte** kunde grupperas i några kategorier: oklar professionell identitet, svårigheter att nå alla mål som man själv och andra sätter upp, val av metodik i arbetet, psykiatriens (patienters och personals) ställning i samhället. Likheterna i problembeskrivning från olika

korta presentationer och/eller postrar samt seminarier som uppmuntrar jämförelser och erfarenhetsutbyte mellan länder. Lämpliga sociala aktiviteter skall stödja nätverksbygge.

Vi undersöker hur detta skulle kunna finansieras. Anknytningar till andra internationella nätverk och föreningar är önskvärda - utan för mycken formalisering.

#### **Intresserad av ovanstående?**

Vill du medverka? Hör av dig till någon av oss:

Marie Bendix, psykiater  
marie.bendix@sll.se  
Göran Björling, psykiater  
goran.bjorling@vgregion.se  
Bjarne Hanson, apotekare  
bjarne.hanson@hotmail.com  
Jerker Hanson, psykiater  
jerker.hanson@telia.com  
Johan Reutfors, ST-läkare  
johan.reutfors@ki.se  
Christer Svennerlind, fil. dr.  
svennerlind@filosofi.gu.se



länders delegater var tydlig. Man diskuterade olika möjligheter till nätverksbygge och erfarenhetsutbyte mellan länder i öst och väst. Ett internetforum eller en chatsida skulle kunna organiseras t.ex. genom en webbsida som tillhör Russian Psychiatric Association, se: [www.psychiatr.ru](http://www.psychiatr.ru). Vartannat år ordnar motsvarigheten till SPF-ST i Ryssland en konferens i Suzdal, 220 km nordost om Moskva. Här skulle man kunna ha någon internationell del.

3-5 juni 2010 har "The European Network for Mental Health Service Evaluation" (Enmesh) konferens i Vilnius, [www.enmesh.eu](http://www.enmesh.eu). Arrangörerna tar då gärna med ett satellitmöte med fokus på yngre deltagare, torsdag 3 juni, med plats för

**Foto/text i detta reportage: Jerker Hanson**







# Svenska Psykiatrikongressen



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

Södra Teatern  
Stockholm  
17-19 mars 2010



Om några månader är det dags igen - nu för tredje gången gillt! Svenska Psykiatrikongressen, eller SPK, har sedan starten 2008 vuxit sig allt större. Vid det senaste mötet i Göteborg besöktes mötet av inte färre än 500 besökare, vilket slog alla våra förväntningar.

Med tiden har SPK börjat finna sin form. Föreningens önskan är att kongressen ska bli en samlande kraft för hela den svenska psykiatrin. Inför mötet 2010 har vi valt att sätta samman en programkommitté med en så bred representation som möjligt. Resultatet har blivit ett stort och varierat utbud av både föreläsningar och seminarier.

Nästa gång äger SPK rum 17-19 mars på anrika Södra Teatern i Stockholm. Vi förfogar över stora scenen, kängelbanor och ett stort antal mindre lokaler. Det kommer att bli föreläsningar inom de flesta av psykiatris fält och därtill möjligheter att delta i seminarier med författare, skådespelare, föreningar och med experter från olika psykiatriska discipliner.

Styrelsen för Svensk Psykiatrisk Förening vill med detta hälsa kollegor från hela Sverige hjärtligt välkomna till 2010 års största psykiatriska möte!

### Onsdag 17 mars, 10.00-17.00

**Tvångsvård och etik**

**Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av ångest och depression**

**Gamla och nya antipsykotika - debatt**

**Läkemedelssymposier**

Jansen Cilag

AstraZeneca

**Aktuell svensk psykiatrforskning**

- Presentation av unga forskare i Sverige med psykiatrisk anknytning

**Sexualmedicin**

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

Tvångsmässigsexualitet/sexmissbruk, beskrivning av tillståndet och klinisk behandling.

Sexuella biverkningar av psykofarmaka. Manliga sexuella dysfunktioner och testosteronbrist.

### Torsdag 18 mars, 09.00-17.00

**Äldrepsykiatri**

"Bakom en glasvägg", en föreläsning om psykoterapi för äldre  
Psykotiska symtom hos äldre  
Bemötande vid beteendestörning vid demens  
Bemötande av äldre med psykisk funktionsnedsättning

**Neuropsykiatri**

ADHD, missbruk och kriminalitet  
Neuropsykiatri hos äldre

**Psykossjukdom**

Håller schizofreni på att försvinna?  
Ny objektiv diagnostik  
Kan kognition behandlas/förbättras?  
Riktlinjearbete (SoS) för behandling av schizofreni

**Läkemedelssymposium**

Sanofi Aventis  
BMS

**Konsultationspsykiatri**

Smärta och psyke  
Psykosomatik  
Funktionella motoriska störningar  
Konsultpsykiatriska fallbeskrivningar

**Missbruk**

Farmakologisk behandling av alkoholism.  
Neurobiologiska korrelatet  
Opiatberoende - farmakologiska interventioner. Aktuell forskning.  
Kvinnor, graviditet och alkohol, fosterskador och konsekvenser.  
Mindfulness - återfallsprevention

### Fredag 19 mars, 09.00-12.00

**Affektiv Sjukdom**

Återfallsförebyggande behandling vid affektiv sjukdom  
ECT - nuläge och framtid  
Medicinska mått som kvalitetsindikatorer vid behandling av affektiv sjukdom

**BUP**

Barn till psykiskt sjuka. Barn som anhöriga.  
Vad händer med BUP-patienter när de blir vuxna?  
Apatiska barn

**Rättspsykiatri**

Riskbedömningar  
Suicid inom kriminalvården  
Lagöversyn LPT och LRV

**Dessutom**

**Onsdag  
Kl. 17.00**

**Öppningsanförande och mingel**

**19.00 Psykiatriska aspekter på Macbeth - samtal med Lena Endre på Stora Scenen**

**Torsdag  
Kl. 17.00 SPF Årsmöte**

**Kl. 19.00 Kongressmiddag**

Följ programmets utveckling på vår hemsida [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

## Arbetsgruppen för SPK 2010 i fullt arbete



Foto: Carol Schultheis



## Är du läkare och vill leda den medicinska utvecklingen för patienter med missbruk/beroende på Södra Älvsborgs Sjukhus?



### Dina förutsättningar

- Du tillträder en tjänst som specialistläkare/överläkare på klinik (beroende på specialistkompetens) och får avsatt tid, 25% av din tjänst, för arbetet som processägare.
- Du får befogenheter att upprätta styrande medicinska dokument för diagnosgruppen, oavsett organisationsgränser inom SÄS.
- Du leder ett tvärprofessionellt processteam i utvecklingsarbetet.
- Du får administrativt stöd av en processekreterare, samt stöd i processbaserad verksamhetsutveckling.
- Du erbjuds relevant kompetensutveckling.
- Du ingår i processledningsgruppen, under ledning av sjukhusledningens processchef.

### Dina kvalifikationer

- Du är läkare med lämplig specialistkompetens inom barn och ungdoms- allmän- eller rättspsykiatri, även andra specialiteter kan vara aktuella.  
Du skall oavsett specialitet ha särskilt intresse och erfarenhet från missbruk-/beroendområdet.
- Du har ett starkt engagemang för utvecklingsfrågor och god samarbetsförmåga.

Är du erfaren specialistläkare? Då erbjuder vi dig möjligheten att leda och driva den medicinska utvecklingen för patienter med missbruk-/beroendeproblematik på SÄS. Detta gör du som specialistläkare/överläkare med tilläggsuppdrag som processägare.

SÄS värdegrund bygger på patientperspektiv, professionalitet och helhetssyn. För att ligga i framkant när vi möter världens framtida krav satsar vi på att kombinera linjeorganisationen med en processorganisation. Processägarna är kärnan i den utvecklingen. Vi garanterar dig förutsättningar för både personlig och professionell utveckling. I gengäld vill vi att du bidrar till att förbättra patientflöden och vårdkvalitet.



### Upplysningar

Lise-Lotte Risö Bergerlind, processchef,  
tfn 033-616 40 55, 0708 54 02 95.  
lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se

Facklig företrädare nås via växel, tfn 033-616 10 00

Ansökan sänds till:

Södra Älvsborgs Sjukhus, HR-service, Adm 1, plan 2, 501 82 Borås

Märk ansökan med ref. nr. VGR-54862-P

Sista ansökningsdag är 2009-12-06

Ansökan via e-post: [jobb.sas@vgregion.se](mailto:jobb.sas@vgregion.se)

**Välkommen med din ansökan!**