

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2024

TEMA

ÅNGEST



ANSVARIG UTGIVARE:
Martin Hultén



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 4 Redaktionsruta
- 4 Redaktionell ledare, **Tove Gunnarsson**
- 6 SPF styrelseruta, ledare, **Maria Larsson**
- 7 SFBUP styrelseruta, ledare, **Susanne Buchmayer**
- 8 SRPF styrelseruta, ledare, **Hedvig Krona**
- 9 Kommande temanummer
- 20 Bokrecension: Pappan som var rädd för hej då. Hjälpa ditt barn att hantera separationsångest
Kerstin Höfler
- 21 Bokrecension: Hej Ångest! Körskola till livet
Kerstin Höfler
- 24 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 60 Bokrecension: Den mjuka staten. Feminiseringen av samhället och dess konsekvenser
Thomas Silfving
- 61 Bokrecension: Evidensbaserad elevhälsa
Björn Wrangsjö
- 62 Bokrecension: Anknnytning i förskolan. Vikten av trygghet för lek och lärande
Björn Wrangsjö
- 63 Kalendarium

Tema:

- 11 Följeslagare
Lioudmila Mendoza
- 12 Ångest - Rädsla - Oro
Sigmund Soback
- 13 Prestationsångest? Nedan något till tröst från K. Kavafis
Jerker Hanson
- 14 Från ångestneuros till paniksyndrom. Återblick på en väg kantad av serendipities och revirstrider
Kjell Modigh
- 16 En vanlig ångestkälla. Är vi rädda för att prata om det svåra?
Imri Demisai
- 17 Är Ångest min arvedel?
Cecilia Gotby
- 18 Ångest är min arvedel?
Olle Hollertz
- 19 Den fria ångesten
Alessandra Hedlund
- 20 Pappan som var rädd för hej då. Hjälpa ditt barn att hantera separationsångest, **Kerstin Höfler**

Tema:

- 21 Hej Ångest! Körskola till livet
Kerstin Höfler
- 22 Blir vi lyckligare av pengar?
Daniel Frydman

Debatt:

- 16 En vanlig ångestkälla. Är vi rädda för att prata om det svåra?
Imri Demisai
- 40 Ske din vilja
Gunilla Nilson och Thomas Silfving

Övrigt:

- 23 Dags att nominera till "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne"
Styrelsen SPF
- 23 Dags att nominera Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen
Styrelsen SPF
- 26 Inbjudan att skicka in kongressbidrag för SPK 2025
Styrelsen SPF
- 27 Inbjudan att skicka in poster på SPK 2025
Styrelsen SPF
- 28 STP-konferens 2025, 22-24 januari
Styrelsen för STP
- 32 Svenska Psykiatriska Föreningens hedersledamot 2024 Professor Lars Farde - orädd vetenskapsman som förenar kropp och själ
Maria Larsson
- 35 Kognition - inte bara en fråga om demenssjukdomar. Svensk Förening för Äldrepsykiatri årsmöte, fredagen den 25 oktober 2024
Styrelsen för SFFÄ
- 49 Presentation av SFBUP:s medlemsenkät kring ADHD
Susanne Buchmayer, Carl-Magnus Forslund, Linda Haldner Henriksson, Anne-Katrin Kantzer, Cecilia Månsson, Jonas Nilsson, Maria Ungenge Hallerbäck
- 52 Artificiell intelligens och dess användning i psykiatrisk verksamhet
Cecilia Mattisson
- 54 Nytt från The Nordic Psychiatrist
Hans-Peter Mofors

Övrigt:

- 56 Öppet brev till Styrelsen för SPF
Det är dags för bättre behandling för personer med schizofreni och liknande tillstånd
Pia Rydell, Kristina Annerbrink, Ulf Malm, Lennart Lundin
- 57 Svar från SPF:s styrelse
Maria Larsson, Jonas Eberhard
- 58 SPF Kunskapstest 2024 i Umeå 10/10
Styrelsen för SPF
- 59 SSBS Höstmöte 2024
Styrelsen SSBS

Psykiatrins historia:

- 36 Grundandet av Svenska Psykiatriska Föreningen
Henrik Nybäck

Rapporter från möten:

- 30 Rapport från SPK 2024:
Om dödshjälpsfrågan, en partsinlaga?
Daniel Frydman
- 42 Psykiatrisk vård för unga vuxna i Tokyo. Rapport från en Cullbergstipendiat
Annika Tiger
- 44 Almedalen 2024. NSPH leder vägen och "Lyssnandet" invigs
Maria Larsson
- 46 Europeiska ST-läkare utbytte kunskap och erfarenheter. Rapport från EFPT-mötet i Riga juli 2024
Amy Bruta, Maria Gustavsson, Daniel Hedqvist, Alberto Perdomo Perez, Benjamin Raki, Eric Tapia
- 47 Internationellt utbyte för en stärkt psykiatri i norra Europa, Nordic Congress of Psychiatry den 6-7 juni 2024 i Riga
Maria Larsson
- 48 Hur vi stärker psykiatrins och professionens anseende Nordic Congress of Psychiatry den 6-7 juni 2024 i Riga
Steinn Steingrímsson

Psykiatriska nyheter:

- 38 COMPFOR - en ny interdisciplinär forskarskola i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatri
Peter Andiné, Anja Fernqvist
- 39 Nordic Journal of Psychiatry - den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift
Steinn Steingrímsson, Jonas Eberhard



Foto: Shutterstock/melitas



Tidskriften för
Svensk Psykiatri



"Vad är ångest?"...

SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE

Martin Hultén

HUVUDREDAKTÖR

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

REDAKTÖRER

Hanna Edberg
(hanna.edberg@regionstockholm.se)

Daniel Frydman

(daniel.frydman@icloud.com)

Alessandra Hedlund

(alessandra.hedlund@regionstockholm.se)

Anna Hillerberg

(anna.hillerberg@rmv.se)

Kerstin Höfler

(kerstin.m.hoeffler@gmail.com)

Björn Wrangsjö

(bjorn.wrangsjö@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR

Stina Djurberg
stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN

Carol Schultheis
carol.schultheis@buf.se
(där inget annat anges)

OMSLAGSBILD

pathdoc/Shutterstock

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

... frågade han. En kollega och jag höll en föreläsning om ångestsyndrom för läkarstudenterna på vår klinik, vi hade inte hunnit säga många ord förrän en ung man längst bak räckte upp handen. Han ställde just denna fråga om vad ångest är för något och verkade genuint undrande. Vi blev lite ställda, kollegan och jag, och vad vi svarade har jag lyckligtvis glömt bort, för det var nog ganska svamligt. Men frågan är relevant och några av detta nummers bidrag på temat ångest diskuterar definitioner och avgränsningar.

Nästa nummer...

... har temat *Insikt*.

När vi talar om insikt tänker vi väl ofta i första hand på våra patienter. Sjukdomsinsikt – som kan vara god, vacklande, obefintlig och allt däremellan. Men insikt, självkänedom, gäller förstås också oss själva, en nog så nödvändig del i att utvecklas till en bra doktor, kollega, chef.

Insikt ses i allmänhet som någonting positivt men är det alltid så? Att bygga sitt liv, eller en del av det, på en livslögn kan kanske ibland vara en förutsättning för att tillvaron ska vara dräglig? Är det alltid så dåligt, förutsatt att man inte skadar sig själv eller andra?

Vilka associationer får du när du tänker på ordet insikt? Fatta pennen och skriv!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Deadline till nästa nummer är den 13 november och författarinstruktioner hittar du på sidan 9.

ANNONS

Om inte ångest fanns

Jag har i många år hållit regelbundet i patient- och närståendebildning kring olika psykiatriska tillstånd med två psykologer. När vi höll patient- och närståendebildning kring ångestsyndrom fanns en del om känslorna och känslornas betydelse för oss. En form av mini "affektskola" med att belysa att det inte finns bra och dåliga känslor utan att de alla i grunden är viktiga för oss. Lite som en regionens version av Pixars filmserie "Insidan ut" som gläder mig att dagens generation barn växer upp med.

Under denna del av patient- och närståendebildning höll en av psykologerna som brukade delta ofta i en presentation för att lyfta att även tunga känslor har en betydelse för oss. Hon brukade börja med att fråga om deltagarna ville att ångest och andra mer "negativa" känslor helt skulle försvinna. Det kom alltid ett sus av ja från patienterna och deras närstående. Sen brukade hon berätta om hur det skulle vara om vi fick ett husdjur som vi tyckte mycket om, kanske en liten kattunge som vi kom att börja älska och som gjorde oss glada samt varma i vårt hem och som förgyllde våra liv. Sen fortsatte hon med att fråga hur det skulle bli om kattungen försvann. Skulle vi vilja vara lika lyckliga ändå och inte oroa oss för den bortsprungna katten? Suset hos deltagarna ändrades och hos det stora flertalet kom ett nej i stället. Nog ville man ändå känna sig orolig om det älskade husdjuret försvann men det är ju också skillnad på naturlig oro och ångesttillstånd när ibland extrem obefogad rädsla kidnappar individen.

Om övningen hjälpte någon att lättare förhålla sig till den svåra ångest som ändå lett dem till specialistpsykiatrin vet jag inte. Den andra psykologen som deltog hade en skylt på sitt rum där det stod "fuck ångest" som han ibland brukade berätta om och deltog på basen av det budskapet med att lyfta fram olika sätt att erkänna förekomsten av ångest genom att bland annat avdramatisera den för att minska den obehagliga, vid ångestsyndrom, överaktiva känslan.

Vi vet dock alla att vare sig vi vill att ångest inte ska finnas så finns den som en del av våra liv. "Ångest, ångest är min arvedel" skrev han väl en gång. Själv har jag efter en barndom där jag själv exponerade bort en del lindrigare ångesttillstånd idag dock relativt lite ångest efter troligtvis en neurobiologisk ombearbetning (eller kanske bara mognad). Jag kan dock fortsatt få stunder av ångest ibland. Senast var vid ett samtal om hur utvecklingen kring medikalisering och behov av medicinering för psykisk ohälsa pågår i samhället. Den kloka och engagerade kollegans ord löd något i stil med: "En spaning är ändå att oavsett vad vi gör kommer vi alla om tio år börja dagen med en tablett som innehåller lite centralstimulerande, vitaminer och andra tillägg". En välbekant och obehaglig känsla spred sig i bröstet. Är det verkligen så illa och dit vi är på väg?



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



MARIA LARSSON

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Maria Larsson
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE/INTERNATIONELL SEKRETERARE:
Jonas Eberhard
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE: Tove Mogren
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Denada Aiff
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Steinn Steingrímsson
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

FACKLIG SEKRETERARE: Matilda Naesström
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

REDAKTÖR SVENSK PSYKIATRI: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Tarmo Kariis
(kariis@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Cave Sinai
(sinai@svenskpsykiatri.se)

ST-REPRESENTANT: Daniel Hedqvist
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

ADJUNGERAD/ORDFÖRANDE EMERITUS: Martin Hultén
(martin.hulten@skane.se)

ADJUNGERAD/WEBMASTER: Karl Lundblad
(webmaster@svenskpsykiatri.se)

KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246, 400 16 Göteborg

(kanslisten@svenskpsykiatri.se)

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Både för att lyfta nya behandlingsmetoder mot ångestsyndrom och verka för en mindre medikalisering i samhället av vår naturliga oro ser jag fram emot att under hösten utveckla programmet för nästa års Svenska Psykiatrikongress då vi också firar 120 år. Ser fram emot ditt bidrag på något av dessa teman eller annat som kan bidra till ett mer mångfacetterat program. Deadline för abstracts är den 1 oktober.

Maria Larsson
Ordförande SPF

Om rimliga förväntningar och behov av att tänka nytt

Ångest och Antidepp. Trauma och PTSD. Mani och depression. ADHD. Autism.

På allt fler platser både läser och hör man psykiatriska begrepp användas. Personer får ångest för att dom inte pluggat tillräckligt för ett prov eller sagt något konstigt i ett socialt sammanhang. Andra beskriver trauman i form av en skilsmässa. Personer som är extra glada beskrivs som maniska. Och diagnoser som adhd och autism ställer gemene man på varandra i fikarummet eller på bussen.

Visst är det bra att stigmat kring psykisk ohälsa minskar och jag säger inte att inte många situationer kan var jobbiga eller plågsamma, men hyser en oro för hur vi använder begreppen. Jag tror att det finns en risk att vi genom att använda psykiatriska begrepp för att beskriva normala känslor och reaktioner på livet, eller personlighetsdrag som vi alla har, också tror att lösningen ligger i en behandling.

Alla är tämligen överens om att diagnosen adhd ställs på lindrigare symtom i dag. Vi lever i ett samhälle som ställer högre krav på oss både i form att ett ständigt flöde av intryck, förmåga att vara hyperflexibla och samtidigt förhålla oss till otydliga mål och instruktioner. Vår livsstil gynnar inte heller god sömn, sunda matvanor eller motion. Vi lever i ett samhälle som vi som biologiska varelser inte är speciellt lämpade för. Det skapar stress och oro. Och reaktioner hos oss. Men behöver det här behandling? Kanske ibland – men oftast inte. Jag tror vi kan komma långt med att lära oss förhålla oss till livet på ett sundare sätt och med anpassningar. Det som i många riktlinjer kallas tidiga insatser.

Vi har i styrelsen under sommaren genomfört en enkätundersökning rörande adhd som skickats ut till våra medlemmar. Resultatet redovisas separat i detta nummer av Svensk Psykiatri. Ett av budskapen är att många av våra medlemmar upplever att barn idag inte får psykopedagogiska insatser eller anpassningar i skolan, basala insatser som ska erbjudas innan utredning eller diagnos så väl som efter. Istället erhåller många läkemedelsbehandling i första hand. Vi hyser i styrelsen en oro för utvecklingen på många plan.

Och adhd är inte den enda diagnosen som ökat över tid. Detsamma gäller ångest och depression hos barn. Vi kan se en ökad prevalens och samtidigt ser forskrivningsmönstren mellan de nordiska länderna väldigt olika ut, där Sverige sticker ut med en klart högre forskrivning av SSRI till barn och unga jämfört med våra grannländer. Vi tänker att vi behöver förstå dessa siffror bättre – vad står de för? Och är det rimligt att alla dessa barn ska erhålla farmakologisk behandling?

Det finns också mycket som talar för ökade skillnader mellan socioekonomiska grupper – där de flesta diagnoserna ökar mer i socioekonomiskt välbärgade områden, tvärtemot vad vi förväntar oss utifrån hereditet och psykosociala belastningsfaktorer. Mycket talar för att vi inte når de mest utsatta.

Jag ställer mig frågan: är det verkligen så att stigmat kring psykiska sjukdomar minskat? De med svår psykiatrisk problematik tror jag tyvärr fortfarande det finns mycket stigmat kring.

Det är alltid lätt att problematisera och svårare att se lösningarna. Jag tror att vi behöver tänka nytt när det gäller den psykiska ohälsan hos barn. Basen är att vi behöver hjälpas åt att tänka kring hur vi skapar ett samhälle som är bättre för barn, med tydligare och rimligare förväntningar i hem och skola, mindre intryck, bättre



SUSANNE BUCHMAYER
Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Carl-Magnus Forslund
(carl-magnus.forslund@skane.se)

SEKRETERARE/FACKLIG SEKRETERARE:
Beata Bäckström, (beata.backstrom@skane.se)

KASSÖR: Cecilia Månsson, (kassor@sfbup.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE:
Linda Halldner Henriksson
(linda.halldner.henriksson@regionvasterbotten.se)

ST-REPRESENTANT:
Linda Jarawka-Ranneberg
(linda.jarawka-ranneberg@regionhalland.se)

MEDLEMSANSVARIG: Anne-Katrin Kantzer
(anne-katrin.kantzer@vgregion.se)

LEDAMOT: Susanne Buchmayer
(Susanne.buchmayer@gmail.com)

LEDAMOT: Tove Friskopp, (tove.friskopp@gmail.com)

LEDAMOT: Susanna Terling, (susanna.terling@sfbup.se)

LEDAMOT: Amelie Kjellstenius
(amelie.kjellstenius@vgregion.se)

LEDAMOT: Jonas Nilsson, (jonas.nilsson@sfbup.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

möjligheter till sömn och rörelse. Sen behöver vi förstå och lära våra barn hantera dom motgångar som är en del av livet.

Och för dom som behöver vård behöver vi hitta former för hur den ska se ut. Det finns fortfarande inte en fungerande vårdkedja för barn på de flesta platserna i landet. Med begränsade resurser behöver dessa användas på ett varsamt och samtidigt effektivt sätt för att nå så många som möjligt, med fokus på de svårast sjuka. Det här är ingen lätt uppgift och kommer både ta tid och kräva nytänkande. Men jag tror ändå att det är möjligt. Och positivt i sammanhanget är att det verkar finnas en politisk vilja att försöka hitta lösningar på dessa frågor.

Jag kommer nu lämna posten som ordförande i SFBUP vidare till Carl-Magnus Forslund. Det har varit fantastiskt roliga år och ska bli otroligt spännande att följa arbetet framåt.

Stort tack för ordet 😊

Susanne Buchmayer
Ordförande SFBUP

Möten i samtalsrummet på en intagningsavdelning

För att dömas till rättspsykiatrisk vård krävs förekomst av en allvarlig psykisk störning. Dess natur skiftar liksom sjukdomsförståelsen och det upplevda lidandet. Gemensamt för snart sagt alla samtal vid inledandet av en rättspsykiatrisk vårdtid är upplevelse av kris, oro och desorientering i tillvaron. Vårdinsatserna är inte nödvändigtvis välkomnade och med eventuella tidigare vårderfarenheter präglade av tvång kan den rättspsykiatriska vården associeras med obehag. Hur kan vård som utlöser ångest och själsmärta utmyнна i förbättrad hälsa? Hur formas man som vårdgivare när önskan att trösta, lindra och bota sker i en kontext av tvångsvård?

”Hej och välkommen till den rättspsykiatriska klinikens intagningsavdelning, du har kommit hit för att inleda den vård domstolen har bestämt att du ska genomgå.” Frasen upprepas ofta och utlöser inte så sällan en kris. Patienten är vanligen trött och tagen efter en lång resa från häktet och ett frihetsberövande som pågått i många fall flera månader. Vem är personen som ska ge vård och vad innebär tvånget? Får man ringa mamma och pappa? Det första samtalet omfattar informationsutbyte kring rättigheter, såväl juridiska som förväntningar på säker och trygg vård, samt en dialog kring medicinering och behandling. Vad kallas sjukdomen vi behandlar? Ibland är det första gången ordet schizofreni läggs upp på bordet för patientens beskådan. Är det verkligen rätt benämning för att rama in en lång tid av lidande och tilltagande funktionsnedsättning?

Ångesten i rummet är ibland så påtaglig att luften vibrerar. En människa i patientkläder, många andra iklädda regionens arbetskläder. Samma men ändå så olika. Kan man kalla något för vård när den ibland är ovälkommen? Från ett läkarperspektiv kan samtalen upplevas med grymhet övertydliga och upprepande, syftande till rätts säkerhet och en önskan om samförståelse kring ramverk och struktur. ”Så här kallas tillståndet, behandlingen är följande, det finns möjlighet att överklaga.” Vem skulle inte få ångest i denna kontext? När de psykiska tillstånd som vanligen omfattas av begreppet allvarlig psykisk störning dessutom ofta medför begränsad sjukdomsförståelse, kan vårdinsatsen te sig obegriplig och förhärskande.

För att en god och säker vård ska kunna genomföras krävs förståelse, respekt och ödmjukhet inför sjukdomens ibland komplicerade och svåra natur. Samtalsinnehållet upprepas, informationen överlämnas från nya synvinklar och försöken till samförstånd och begriplighet sker fortlöpande. Ångesthantering sker med medicinering men också försök till ett klagande, det sistnämnda utifrån ändrade livsperspektiv och försök till förståeliga narrativ. I ett nyfiken utforskande genom brottsbearbetning och psyko-koedukation i de steg patienten är redo för, bildas utrymme för återhämtning och egenansvar. Att för sig själv och sin terapeut



HEDVIG KRONA

Vice ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Peter Andiné
(ordforanden@srpf.se)

VICE ORDFÖRANDE/VETENSKAPLIG SEKRETERARE:
Hedvig Krona
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

SEKRETERARE/KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Hanna Edberg (sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Cilla Pillay
(kassoren@srpf.se)

FAKTLIG SEKRETERARE: Erik Dahlman
(facklige.sekreteraren@srpf.se)

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling
(strepresentanten@srpf.se)

ÖVRIGA LEDAMÖTER: Fredrik Åberg, Kristina Sygel, Erik Nilzén

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling
(webmaster@srpf.se)

Hemsida: www.srpf.se

försöka beskriva de omständigheter som föranledde symtomförsämring eller brottsligt beteende är viktigt för att dels tydliggöra utgångspunkten för patientens inställning till sig själv i relation till omgivningen, dels ger det en plattform för vårdgivaren att stå på inför den kommande vårdtidens innehåll.

Även läkare verksamma inom en rättspsykiatrisk kontext präglas av det ramverk vi verkar inom. Beslut kring sådant som frihet och inlåsning, medicinering och tvång fattas fortlöpande. Att hållbara ångesten patienten känner men också den som kan väckas i läkaren över att tvångsvårda, är en kontinuerlig utmaning. När vården besitter omfattande makt krävs fortlöpande att dess förhållningssätt och perspektiv utmanas och belyses. En levande dialog med kollegor och vårdlag skapar större gemensam förståelse för patienterna vi har ansvar för, men också för de utmaningar som det medför att arbeta inom rättspsykiatrin.

Trots alla utmaningar blir samtalen på intagningsavdelningen allt som oftast mindre präglade av ångest ju längre vården pågår. Medicinering och behandling ger symtomlindring, samtal och stöd skapar ett rum för förändring och stabilisering. Som läkare gläds man åt alla framsteg.

Hedvig Krona
Vice ordförande och vetenskaplig sekreterare SRPF



Tidskriften för SVENSK PSYKIATRI



SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

FÖRFATTARINSTRUKTIONER FÖR SVENSK PSYKIATRI

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

Om din artikel har fler ord och inte går att korta kan vi behöva publicera den på vår hemsida istället.

RUBRIKER: Vi är tacksamma om du förser din artikel med förslag på rubrik/titel och underrubriker.

FILFORMAT: Skicka den oformatterade texten som bilaga i e-brev, helst i Word-format.

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

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

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

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

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

Tema: *Insikt*

UTGIVNING 2024

NUMMER 4
Tema: <i>Insikt</i>
Deadline: 13 november
Utkommer: Vecka 49

Temat är avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatrin.

Men självklart välkomnar vi bidrag om mycket annat än temat.

Vi vill gärna ha artiklar om psykiatriska nyheter, kongressrapporter, debattinlägg, recensioner, fallbeskrivningar och intervjuer!

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Forskningsanslag ur Fredrik och Ingrid Thurings Stiftelse

Stiftelsen som administreras av SEB har till ändamål att dela ut anslag en gång om året till medicinsk forskning. Styrelsen har beslutat begränsa ändamålet till att avse psykiatrisk forskning, både med inriktning på barn och ungdomar och avseende vuxna. Klinisk forskning ges prioritet. Tiltänkta sökanden är dels registrerade doktorander relativt nära sin disputation med genomförd halvtidskontroll/mittseminarium, dels disputerade forskare där det har gått högst 5 år efter disputation vid ansökningstillfället.

Stiftelsen delar ut cirka 4 miljoner kronor årligen. Anslagen ligger i storleksordningen 50 – 300 000 kronor.

Ansökan sker elektroniskt via thuringsstiftelse.com.

Ansökningsperioden är öppen mellan 15 september och 15 oktober.



Foto: Shutterstock/Christian L Sweden

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:



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



Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se



ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se



Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



Följeslagare

Nattens plåga är här för att stanna,
sätter sig på en kant av min säng.
Inneboende hon eller granne?
Tog med sig plågoandar ett gäng!

Smärtan tog med sig ångest och ilska
och förtvivlan ihop med andnöd.
Och med glädje hon kroppen min piskar,
som befrielse vill i sin nöd!

Hon är här för att plåga och slita,
för att dra och uttänja inälvor.
För att krossa och vrida och bita
mina öppna oskyddade nerver!

Kroppen min slutar jobba och kämpa.
Efter luften den kippar oroligt.
Styrkan sinar och krafterna lämnar,
smärta dödar mitt hjärta kallblodigt!

Knarrar trappor i huset på vinden.
Mina minnen går nu på sin runda.
De är här för att lindra och skydda,
släppa ljus, släppa ljud! Morgonstunden!

Solen släpps inomhus, ljud och lukter
följer med i de öppnade fönster!
Nattens plåga upplöses och dunstar!
Livets pennor nu målar sitt mönster!!!

Att leva med ångest och smärta är en svår prövning för vår
förmåga att uthärda. Att hitta en relation med den är en av
många vägar ut ur det svåra.

Foto och text:
Lioudmila Mendoza
Psykiater
Södertälje

Ångest – Rädsla – Oro

”Det var en invärtes skakning, ett skalv och en bävan som berövade honom andan och kramade hans hjärta som tonen ur ett stort och starkt dragspel, ja det var förvisso som om hela bröstkorgen, hela hans inre hade antagit gestalten av ett gnyende och kvidande dragspel. Outhärdligt var vad det var. Något namn för detta tillstånd kände han inte till.”

Hadar tänker på Minna och barnet i Torgny Lindgrens bok Hummelhonung. Hadar har inget namn på vad han känner eftersom ”Känslor var en främmande och naturvidrig och ny-modig företeelse. Känslor var något som människor tillverkade åt sig när de hade behov av dem (...) Känslor var verktyg som man använde för att härska över sig själv och andra.”

Detta är nog den mest målande beskrivningen av ren ångest som jag har läst. Torgny Lindgren lyckas förmedla känslan av ångest så att den verkligen känns och antagligen känns igen av många som har haft ångest. Ångest drabbar ofta när individen är mer eller mindre oförberedd, när försvararen är försvagade, t.ex. vid insomning, under sömn eller vid uppvaknande. Även andra tillstånd av försvagade försvar, såsom psykotiska tillstånd, kroppsliga sjukdomar och missbruk kan släppa fram ångesten.

Ångestbegreppet har undan för undan vidgats till att omfatta allt fler känslor, vanligtvis kopplade till rädsla av olika slag. Detta är enligt min mening en urvattning av begreppet. Idag talar man om en mängd ångestsjukdomar som manifesterar sig i olika rädsor. I DSM-5 klassas 10 olika tillstånd under rubriken ångestsyndrom, lägger man till gruppen tvång- och tvångsrelaterade syndrom och trauma- och stressrelaterade syndrom så blir det väldigt mycket ångest.

Inte bara i psykiatri utan i hela samhället talas det om ångest, när man egentligen menar rädsla och oro. Själva innebörden i ångesten är att individen inte vet vad och varför den drabbar. Precis som Hadar i det inledande citatet, vet den drabbade varken när den kan drabba en och hur man kan bemästra den. Ångest kommer oftast som en blix från klar himmel och handlar om något okänt. Ångest i sin tur kan skapa rädsla men blir då mer konkret och specifik och borde inte kallas för ångest utan för just rädsla och oro. Begreppsförvirringen kommer sig av att man numera oftast kallar stark rädsla för ångest. Man kan vara rädd för en mängd saker som vanligtvis är konkreta och kan benämnas. Rädsla för att somna och nattlig ångest är inte samma sak. Visst kan man framkalla ångest genom att tänka på obestämda och ogripbara saker såsom rymden och döden. Rädsla för att dö och dödsångest är dock inte heller samma sak.

Var inte rädd, det är slut för denna gång men lite ångest inför vad som kan dyka upp nästa gång kanske är på sin plats. Eller är det oro?

Det första handlar om den konkreta döden, vilken många, inte minst inom de medicinska professionerna är bekanta med. Det andra handlar om tillståndet, som är okänt för alla.

Beteckningen hälsoångest är enligt min mening felaktig, eftersom individen är rädd för olika konkreta hälsohot och sjukdomar, inte sin hälsa i största allmänhet.

Ångest anses vara viktig för individens och mänsklighetens överlevnad. Jag anser dock att rädsla och oro är det, men att ångest inte har något egenvärde utan är lika anomalisk som att kvinnor måste föda barn under smärta. Ingendera kan på något begripligt sätt förklaras vara viktiga varför tillstånden har överlämnats till religionen, dvs. högre makter. Föreställningen om högre makter eller gudar har ofta varit en källa till ångest, varför mänskligheten genom historien har konkretiserat gudomligheterna, varvid ångesten har kunnat omvandlas till rädsla som kan dämpas genom tillbedjan och böner.

Sluta alltså att blanda ihop rädsla och oro med ångest!

Avslutningsvis, var inte rädd, det är slut för denna gång men lite ångest inför vad som kan dyka upp nästa gång kanske är på sin plats. Eller är det oro?

Sigmund Soback
Pensionerad barn- och ungdomspsykiater
Stockholm

Prestationsångest?

Nedan något till tröst från K. Kavafis

Vi har alla olika mål i livet. Ibland ser vi att vi har svårt att nå något viktigt mål. Då kan vi drabbas av prestationsångest. En praktisk och ofta klok lösning kan vara att revidera målen. Odysseus ville hem till Ithaka (och Penelope) från Trojanska kriget men seglade fel i avsaknad av t.ex. GPS. Rimligen bör han ha känt prestationsångest ibland. *Konstantinos Kavafis* (1863–1933), grekisk poet och regeringstjänsteman i Alexandria, lyfte fram det positiva i situationen och skrev denna dikt 1911 (Hjalmar Gullbergs tolkning, 1):

Ithaka

När du beträder hemfärden till Ithaka,
så önska dig att lång blir denna resa
och full av äventyr och full av lärdomar.

Kykloperna och laistrogynerna,
den rasande Poseidon – frukta inte dem,
dylikt skall du på resan aldrig finna,
om du är upphöjd i din tanke och en ädel
rörelse griper dig i kropp och ande.

Kykloperna och laistrogynerna
och vred Poseidon ska du inte möta,
om du inte själv hyser dem i själen,
om inte själen ställer dem framför dig.

(...)

Håll alltid kvar i dina tankar Ithaka.
Hemkomsten dit är målet och bestämmelsen.
Men skynda därför inte på med resan.

Bättre att den drar ut på tiden länge
och att som gammal man du lägger till vid ön,
rik av det myckna du förvärvat på din färd
utan att vänta dig rikedom av Ithaka.

Ithaka skänkte dig den sköna resan.
Du skulle aldrig seglat bort om det ej fanns.
Men det har inte mer att skänka dig.

Och finner du det fattigt, så bedrog dig aldrig Ithaka.
Vis som du blivit, med så mycken världserfarenhet,
fattar du redan vad det innebär, ett Ithaka.

Men jag tycker inte att Kavafis gör rätt i att nedvärdera mål för vår strävan. Mål är viktiga och bör väljas med omsorg! Att det sedan kan bli en häftig resa är en bonus – eller en tröst om man missar målet.

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

Referens

Hjalmar Gullberg. I väntan på barbarerna och andra tolkningar av Kavafis. Norstedts, Stockholm 1965.



Foto: Shutterstock/Lefteris Papaulakis

Från ångestneuros till paniksyndrom

Återblick på en väg kantad av serendipities och revirstrider

1957 var ett bemerkelseår inom psykofarmakologin. Då framställde det schweiziska läkemedelsbolaget Geigy den tricykliska substansen imipramin, som en vidareutveckling av antihistaminpreparatet prometazin/Lergigan. Psykiatern Roland Kuhn, som hade en nära relation till bolaget, prövade att erbjuda imipramin till patienter med schizofreni. Han fann att medlet inte hade någon nämnvärd antipsykotisk effekt, men att det föreföll lindra depressiva symtom. 1957 lanserades imipramin/Tofranil som det första riktigt användbara läkemedlet mot depression.

Nya diagnoser, gamla behandlingar

1962 är ytterligare ett bemerkelseår. Då rapporterade Donald Klein och Max Fink att imipramin tycktes motverka uppkomsten av panikattacker (1). Det berättas att Klein var konsultläkare vid ett sjukhem i New York där patienter med kronisk psykisk ohälsa vårdades. Det nya läkemedlet var värt att pröva och ordinerades till flertalet patienter. På sköterskeexpeditionen noterades man att patienterna som återkommande sökt deras hjälp på grund av svåra ångestattacker, nu föreföll ha blivit kvitt attackerna.

DSM-II och ångestneuros gällde vid den här tiden. Kleins och Finks rapport fick, under flera år, inte den uppmärksamhet den förtjänade. Detta trots att imipraminets antipanikeffekt bekräftades i flera kontrollerade studier (2).

Klein tänkte sig att ångest med panikattacker kunde avgränsas från andra ångestytringar, som bäst behandlas med bensodiazepiner (3) (4) och drog slutsatsen att diagnosen ångestneuros rymmer olika särskiljbara former av ångest. Detta innebar ett paradigmskifte, som återspeglades i DSM-III. Sedan dess skiljer man ju mellan paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom.

Ytterligare lyfte Donald Klein fram den starka kopplingen mellan återkommande panikattacker och agorafobi – att den oftast har sin grund i rädslan för att drabbas av panikattacker i utsatta situationer. Detta ter sig numera uppenbart, men så var det inte för några årtionden sedan.

De antidepressiva medlen förblev i huvudsak medel mot depression och vid läkemedelsbehandling mot ångest gällde främst meprobamat och senare bensodiazepiner. Larmrapporter om bensodiazepinernas beroendeframkallande egenskaper duggade tätt under 70–80-talen, vilket fick dåvarande Läke-medelsverket och Socialstyrelsen att utfärda restriktiva direktiv. Förskrivning under längre tid än några veckor sågs som olämpligt. Inte något alternativ för dem med ångeststörningar i psykiatrisk mening, där förloppet oftast är betydligt mer utdraget.

Tillgången till psykoterapi var vid den här tiden begränsad och utövades oftast på psykoanalytisk/psykodynamisk grund. Det var också den terapiform som rekommenderades i de tongivande läroböckerna.

Nya psykoterapiformer

Isac Mark, professor i psykiatri vid Maudsley Hospital i London, introducerade exponeringsterapi, som visade sig vara en mycket effektiv behandling mot enkla fobier och, i kombination med läkemedel, även vid paniksyndrom med agorafobi.

Den amerikanske psykoanalytikern och psykiatriprofessorn Aaron Beck, verksam vid universitetet i Pennsylvania, ses som upphovsmannen bakom kognitiv terapi. I kombination med exponering benämnd kognitiv beteendeterapi (KBT). Behandlingsformen introducerades på 60-talet och är nu den dominerande psykoterapiformen vid paniksyndrom.

Farmakologiska framsteg

1979 ombads jag att tala om ångestens farmakologi vid ett möte i Köpenhamn, "Behandling av tvångstillstånd", sponsrat av Geigy Läkemidler. Jag stod vid den tiden i begrepp att ta steget från farmakologi till psykiatri och hade en begränsad klinisk erfarenhet. Vid förberedelserna inför min presentation (5) stötte jag på Kleins arbeten, som tycktes ge hopp om effektiv behandling till dem med ångest och undvikandebeteende, en patientgrupp som dittills ofta varit osedd eller ansetts svårbehandlad.

När jag därefter mötte några av dessa patienter erbjöd jag dem att pröva, inte imipramin, utan den potenta serotoninupptagshämmaren klomipramin/Anafranil, som i några rapporter visats vara effektivt vid agorafobi (6) (7). Effekten hos dessa patienter föreföll mig anmärkningsvärt god, redan vid mycket låga doser.

Jag tog kontakt med produktspecialisten Gunnar Dahlgren vid Ciba-Geigy i Göteborg. Vi inledde ett samarbete med målet att sprida kännedom om de goda behandlingsmöjligheterna. Paniksyndrom blev en godkänd indikation för Anafranil. Tillsammans med kollegor skrev jag artiklar (8), arrangerade symposier och informationsmöten. Psykologen Christer Nordlund och jag författade en liten skrift, "Ångest med panikattacker", som fick stor spridning och översattes till engelska, franska och spanska (sic!) (9). Vidare startade jag, tillsammans med medarbetare, en placebokontrollerad studie, som visade att klomipramin är ett mer potent medel vid paniksyndrom än imipramin. Vi drog slutsatsen att "the antipanic effect of antidepressant drugs is due to the influence of these compounds on serotonergic rather than noradrenergic neurotransmission" (10). Följderiktigt visade sig SSRI-preparat vara likvärdigt effektiva (11).

Paradigmskiftet, vad gäller synen på panikångest och dess behandling, torde kunna betraktas som ett av de mest betydelsefulla framstegen inom psykiatri under de senaste decennierna. Jag tänker mig, från mitt pensionärsperspektiv, att antalet människor som begränsas av ångest och undvikandebeteende blivit avsevärt mindre under de senaste decennierna.

Kritik och debatt

Jag var tydlig angående mitt samarbete med Ciba-Geigy, när helst jag talade eller skrev om panikångest och mötte aldrig någon kritik för detta. Om detta finns att läsa i Ingrid Carlbergs bok "Pillret". Opinionsledande psykiatrer med psykoanalytisk/psykodynamisk profil var dock kritiska vad gäller budskapet. Den kände danske psykiatern Thorkil Vanggaard ogillade klassifikationen i DSM-III, där diagnosen "ångestneuros" sorterats ut, till förmån för "paniksyndrom". Han höll fast vid ångestneurosen. Dessa patienter känns igen genom sina anti-aggressiva personlighetsdrag och ett hjälpsökande "sekundärvinstbeteende". De reagerar ofta starkt mot biverkningarna, som de antidepressiva läkemedlen för med sig, och de svarar bra på psykodynamisk/psykoanalytisk terapi, enligt Vanggaard.

Johan Cullberg deltog i en debatt i Läkartidningen 1988 (13), där han inte ifrågasatte effekten av de antidepressiva läkemedlen för vissa patienter med återkommande panikattacker men, liksom Vanggaard, uttryckte oro för att den kriteriebundna diagnosen i DSM-III och det fyrkantiga behandlingsprogrammet bortser ifrån de värdefulla aspekterna som ryms inom begreppet ångestneuros. "Om man nöjer sig med vissa symtom och ett visst förlopp blir effekten med stor sannolikhet att patienten går ut med ett recept och stödsamtal."

Avslutningsvis

"Paniksyndrom" är nu ett moget terapiområde, där hörnstenarna i behandlingen är serotoninaktiva antidepressiva läkemedel och KBT.

Kjell Modigh

Pensionerad psykiater, docent i farmakologi

Referenser:

Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry* 1962; 110(9): 432-8.
 Modigh K. Antidepressant drugs in anxiety disorders. *Acta psychiatry Scand.* 1987; 76 (suppl 335): 57-71
 Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 1964,5, 397-08
 Klein DF. Importance of psychiatric diagnosis in prediction of drug effects. *Arch Gen Psychiatry* 1967,16, 608-13
 Modigh K. Farmakologiska aspekter på behandlingen av anankastiska tillstånd i: *Behandling av tvångstillstånd*. Ed: Tom Bolwig, Geigy Lægemedler, s 52-57, Köpenhamn 1980. R.

Escobar J I, Landbloom R P. Treatment of phobic neurosis With chlomipramine: a controlled clinical trial, *Curr. Ther. Res* 1976,; 20 : 680 - 5

Waxman D. A clinical trial of chlomipramine in the treatment of phobic and obsessional states. *J Int Med Res* 1977, 5: 99 - 110.

Modigh K. Biologiska aspekter på panikångest. *Nord Psykiatr Tidskr* 1984, 9, 47-53

Modigh, K Nordlund C; Ångest med panikattacker – ett behandlingsprogram Ciba-Geigy AB 1984, 1985, 1986. 1987 och 1989 S-AF-0389-005

Modigh K, Weestberg, Eriksson E: Superiority of Chlomipramine over Imipramine in the Treatment of Panic Disorder: A Placebo-Controlled Trial. *J. Clin Psychopharmacol* 1992; 12: 251 - 261

SBU: Behandling av ångestsyndrom, *Läkartidningen* 2005 / 11

Vaangaard T: Om amerikanisering i europæisk psykiatri belyst ved et svensk eksempel. *Nord Psykiatr Tidsskr* 1985: 167-72

Cullberg J. Spänningarna mellan dynamisk och biologisk kunskap beror vanligen ömsesidiga kunskapsbrister. *Läkartidningen* 1988 /85 sid 3811.

Foto: Shutterstock/ Tinnakorn jorruang





En vanlig ångestkälla

Är vi rädda för att prata om det svåra?

”Vi pratade i två timmar. Det finns ett stort dött område mellan oss där de två aborterade barnen ligger begravda. Beträdbart. Obeträdbart om jag inte vill väcka smärta och oförlöshet till liv. Ingen av oss vill beträda det, och vi kan inte låta bli. Vi gör det ju ännu mer genom att undvika det ... Vi såg inte varandra i ögonen när vi pratade. Vi var båda från varandra.” (1)

Den ofrånkomliga skulden

I min kliniska vardag möter jag ofta kvinnor med långvariga ångestbesvär och återkommande depressiva kriser. Efter en noggrann familjesystemisk kartläggning, med social och hereditär anamnes (Ångestpyramiden) (2), går vi igenom väsentliga händelser i patientens livslinje, så som antal graviditeter, förlösningar och eventuella missfall eller aborter. Dessa kvinnor svarar vanligen rätt på mina frågor men vill inte gärna prata om omständigheterna kring gjorda aborter. En del säger spontant att det var rätt beslut, att de har bearbetat allt och har gått vidare, men efter en stund eller vid ett kommande besök berättar de flesta att de har försökt att glömma bort det, och blir inte så förvånade över sin reaktion. Det är jobbigt att konfronteras med den icke-erkända skulden, men man inser samtidigt att det är nödvändigt att godta den eftersom man förstår konsekvenserna, vad man har hållit på med, att man har vänt livet ryggen på olika sätt. ”Abort är ett fenomen där divergerande perspektiv och oförenliga värden kolliderar.” (3) Forskningen går inte djupare än så. Det är vår uppgift att återskapa berättelsen och hjälpa patienten att förstå sitt beslut som något inifrån- och utifrånstyrt.

Som man frågar får man svar

Forskarens frågor fångar en uppfattning, en åsikt i ett givet ögonblick, och berör inte riktigt det vi kallar för ”själens nivå” även om patientnära forskare tycks vara medvetna om vad abort innebär, att ”man står inför ett val som är livsavgörande på många olika sätt” (3). Man kan alltså inte blunda för ett så stort beslut som påverkar levnadsbanan. Det är frågan om en genomgripande händelse som sätter djupa spår. Kvinnan har ”rätt till sin kropp” endast om hon står på livets sida. Det handlar inte om att moralisera här, men man kan inte blunda för det faktum att abort innebär att fostret offras. Kvinnan behöver mer adekvat hjälp för att kunna möta denna sanning, både före och efter aborten. När hon är medveten om detta har hon en frihet att handla, förutsatt att hon är beredd att ta konsekvenserna av sitt beslut. Hon måste veta att förhållandet tar i princip slut efter en abort, och att man kan ställa till det för sig själv på olika sätt under livets gång, som ett sätt att sona sin gärning. Vi styrs av vårt samvete som säger oss hur vi ska bete oss i olika situationer. På RFSU:s hemsida finns ingenting

om det. Man kan däremot läsa följande: ”Kvinnan ser på sina abortbeslut som ett sätt att ta ansvar i en svår situation.” (4) Kvinnan kan säga det, men hennes själ säger något helt annat. ”Här uppstår ett vakuum vilket leder till att kvinnors komplexa aborterfarenheter förblir privata och dolda.” (3) Det är ett allvarligt folkhälsoproblem. Hur förhåller vi oss till det?

Imri Demisai

Psykiater

imri.demisai@gmail.com

Actavita Rehabdialog



”Kinesisk lykta” Vanessa Stavenow, Göteborg

Referenser

1. Norén, L. En dramatikers dagbok 2005–2012, Bonnier Pocket (28 oktober 2008).
2. Demisai, I. Antidepressiv kognitiv stil. Actavita modellen. En ny strategi för psykisk hälsa. Actavita Rehab Dialog AB. Just nu, Göteborg 2024.
3. Kero, A. Abort - en tabubelagd rättighet. Läkartidningen Nr 48, 2005.
4. RFSU - Riksförbundet för sexuell upplysning. Argument och myter om abort.

Är Ångest min arvedel?

I postrummet på mottagningen ligger det på bänkskivan kvar olika informationsblad om insatser som erbjuds på mottagningen.

Det är insatser som Kognitivt stöd, Andnings- och avslappningsgrupp, Föräldragrupp och det är Ångestskola!

I informationsbladet "Ångestskolan" beskrivs att ångest är en normal reaktion som tjänar som varningssignal vid fara. Där förklaras olika strategier att ta till vid återkommande ångest som att Andas i 4-kant och Surfa på ångestvägen. Det står slutligen att ångest inte är farligt och alltid går över.

Jag tänker att det är som i Karl Ove Knausgårds roman "Natens skola", när sonen till huvudpersonen i romanen en morgon berättar för pappan att han drömt att han ska dö den dagen. Pappan svarar att det är klart han inte ska dö, det är bara dumheter... "Det har ett namn. Det heter ångest. När man är rädd för något man inte vet vad det är. När man bara är rädd. Men det är vanligt, det är många som har det så där. Det som gäller är att säga till sig själv att det bara är dumheter. Ingen-ting kommer att hända..."

Plömlätt liksom! Man bara andas rätt och tränar på sina färdigheter så går det över, även om det kan ta tid. Också jag har sagt det, och det kanske gäller vid viss ångest, och särskilt på BUP?

Men som vuxenpsykiater har ju jag erfarenhet av ångest som är av mycket allvarlig karaktär. Den går kanske aldrig över utan den är som en ständig mental tandvärk och kan leda till missbruk av alkohol och tabletter. Eller den är del av ett förvirrings- eller affektivt tillstånd med så stor rädsla och stort lidande att man tar sitt liv för att komma undan plågan.

Det finns de som säger att de aldrig känt ångest och det har alltid förvånat mig. Har de inte fått sladd på minsta lilla isfläck med bilen och nästan varit nära att fara av vägen eller känt sig hotade av misstänkta våldsverkare i mörkret? Har de inte varit unga och ställt sig de eviga existentiella frågorna som existensfilosofin sökt svar på i eviga tider: Var är vi och Varifrån kommer vi? Vart tar vi vägen när vi dör? Och vad händer när universum svalnar och expanderar?

Kanske är det också ett spektrum mellan ytterligheterna "Aldrig känt Ångest" och "Alltid känner Ångest"?

Pär Lagerkvist beskrev i diktsamlingen "Ångest" (1916), skriven under första världskriget, en sekulariserad värld utan Gud eller en tro på en gud som inte längre finns. Där finns i en dikt den kända och ofta citerade strofen "Ångest är min arvedel".



Även nu tycks ju den existentiella ångestarvedelen finnas, under olika namn som Klimatångest, Social ångest, Katastrofångest, Krigsångest och inte minst Dödsångest.

Men där verkar vi inom psykiatrin komma till korta med erbjudna behandlingsmetoder såsom att andas i fyrkant. Men vi kan ju alltid lyssna.

Cecilia Gotby
Överläkare
Leg psykoterapeut
BUP Stockholm



Ångest är min arvedel?

Foto: Shutterstock/Peopleimages.com

”Ångest, ångest är min arvedel,
min strupes sår,
mitt hjärtas skri i världen...”

Så diktade Pär Lagerkvist (1891–1974) långt innan panikångest blivit en vedertagen diagnos. Lagerkvist med rötter i det steniga Småland, beskriver en människa som kämpar för sin själ, för att begripa sitt öde och som finner sig stå ensam inför tomheten. Romantiken hade ympat in en längtan efter lycksalighetens land i den mänskliga själen. Om, om bara inte hindren hade funnits hade lycksaligheten, friheten, jämlikheten och broderskapet kunnat förverkligas här och nu. När det sedan visade sig att den mänskliga naturen var mer obändig och drömmarna inte kunde realiseras, kom besvikelsen, melankolin och ångesten krypande.

Ångesten kom att förknippas med den mänskliga existensen och för många har berusningen varit ett sätt att lindra obehaget. Ruset kan ha olika källor: droger, förälskelse eller passioner av olika slag. Ruset blev ett sätt att stå ut, men botade inte ångesten.

1927 utkom boken *Det besegrade livet*, där Pär Lagerkvist formulerade sin syn på den existentiella ångesten och det mänskliga predikamentet. Hans budskap till oss som arbetar inom psykiatri eller psykologin är hårdsmält, men väl värt att reflektera över:

”Hela detta överdrivna psykologiska intresse som griper sig omkring och på ett bekvämt sätt ersätter livsuppfattning och verkligt andligt sökande, som gesken av att innebära bäggedera, av att man sysslar med högre ting, det är i grunden blott andlig förslappning,

ömkligaste surrogat för mänsklig kamp och tro. Man tror sig ha andliga intressen, vara en sökare, en spörjare för att man sysslar med skvaller i människosjälens unkna baktrappor, samlas i förtrolighet med sina slaskhinkar och nattkärl i handen. Som skvallret helst sysslar med människors fel, olyckor och laster, så rotar man i de patalogiska skrymslen, de skummaste vråna, där fynden är lättast igenkända och bäst förstådda”

En annan budbärare var den ryske regissören Andrej Tarkovskij (1922–1986), som hade en uttalad religiös inställning till livet och filmkonsten. Han försökte med hjälp av bildspråk formulera vår tids viktigaste svar på frågan om livets mening och orsakerna till den existentiella ångesten. 1985 talade han på biografen Fågel Blå i Stockholm och sa då följande, som är värt att meditera över:

”Religionen och dess problem är något som på det hela taget är förenat med vår civilisations öde. Civilisationens slut kan komma innan den första atombomben faller. Utan religion och utan tro på skaparen är vi som en samling djur.”

Huruvida dessa sökare och deras budskap kan vara till gagn för oss i vår tid, när ångesten tenderar att ha mer strukturella än existentiella orsaker är osäkert. Vår tids ångest verkar snarare vara förknippad med oro för klimatet, med känslan av otillräcklighet när det gäller att hantera sociala medier, samt en förlorad inre kompass, som tidigare varit till hjälp att prioritera, värdera och organisera vårt vardagliga liv.

Olle Hollertz
Kristdala

Den fria ångesten

Bland det bästa med att föreläsa är att man får frågor som stimulerar till eftertanke och eget lärande. Man lär sig på köpet när man lär ut, så att säga.

Ett sådant tillfälle var när jag föreläste om psykiatrisk diagnos för specialister i allmänmedicin. ”Ångest!” brast kollegan ut, ”Jag tycker att det är så svårt att få en bra anamnes när patienten har ångest. Det blir på något vis platt med ångest. Jag vet inte vad jag ska fråga och mina patienter har ofta svårt att förklara.”

Bland det bästa med att ha arbetat inom psykiatri i olika länder är att man kan plocka russin ur kakan och förena olika tanke- och arbetssätt med varandra.

Allmänläkarens frustration fick mig att tänka till kring just ångest och hur jag fick lära mig att ta anamnes kring det när jag jobbade i Italien. Ett vanligt förekommande begrepp i italienska psykiatrijournaler heter ”ansia libera”, bokstavligen ”den fria ångesten”. Det är ett symptom som självklart även plågar svenska patienter, men jag aldrig hittat ett svenskt namn för det. Jag antar att ordet förekommer på andra språk och att några läsare därför kommer att känna igen det jag pratar om.

Den fria ångesten är alltså inte malande oro; det är ångest. Det är inte ”state” eller ”trait” (situationsbetingat respektive personlighetsmässig benägenhet). Det är inte heller en diffus upplevelse av ångest ”UNS”, utan det är en specifik form av ångest, dock utan givet objekt. Man skiljer den från annan ångest, t.ex. den somatiserade, den strukturerade, den situationsbundna, den fobiska, den generaliserade, den post-traumatiska, med mera (jag ber mina svenska läsare om ursäkt, på italienska använder man nästan uteslutande bestämd form och just här kan jag inte låta bli). Den fria ångesten är alltså obunden, icke-systematiserad, mer psykisk än fysisk. Per definition är den lindrigare än andra varianter av ångest och anses vara vanligt förekommande. Omvänt innebär det att svår ångest förutsätts vara kopplad till något annat – situationer, tankar, händelser, kroppsliga besvär.

Jag tycker att begreppet ”fri ångest” är användbart, inte minst då det understryker ångestens natur av transdiagnostiskt symptom. Det är annars lätt att bli vilseledd av DSM-systemet och tro att ångest enbart skulle finnas inom ramen för ångestsyndromkapitlet och vid depression. Alla psykiatrer vet att det inte är så, ändå är det inte lika självklart för dem som närmar sig psykiatri för första gången (läkarstudenter, AT-läkare, nya ST-läkare), än mindre för allmänheten inklusive våra patienter.

Med andra ord lönar det sig att ta en ordentlig ångestanamnes, så att man inte känner sig vilsen som allmänläkaren i inledningen. Hur gör man då? Som vanligt börjar man med öppna frågor och smalnar av så småningom. Jag föreslår följande steg:



Foto: Shutterstock/Salim Hanzaz

1. **Utforska med de vanliga frågorna:** Är det ångest eller oro som plågar patienten? Känns den i kroppen? Uppstår den i situationer eller av sig själv? Kommer den och går eller är den ständigt närvarande? Varierar den i styrka/intensitet? De här frågorna kan ni och det finns fler.
2. Den (i mitt tycke) **viktigaste frågan:** vad handlar ångesten/oron om? Här fångar du upp den fria ångesten, om den finns. Här får du också chans att sortera om det finns ett tema eller fler. Här plockar du fram papper och penna, om du inte redan gjort det.
3. **Följ upp:** Varför då? Vad är det värsta som kan hända?
4. **Gräv mer:** Vad tror du andra tycker? Vad tycker du själv om din ångest/oro? Tycker du att den är rimlig eller överdriven? Vad tycker de som står dig nära?
5. **När du tror att du är klar:** Hur hanterar du ångesten/oron? Vad har du provat och hur har det fungerat?

Gräv där du står, så ska du se att det inte alls blir platt. Lycka till!

Alessandra Hedlund
Psykiater
Stockholm



Pappan som var rädd för hej då
Hjälp ditt barn att hantera separationsångest

Lars Klintwall och Amanda LeCorney
Natur & Kultur, 2023

Separationsångest är en naturlig del av barnets utveckling under de första två tredjedelarna av uppväxtåren, men förekommer i allt från milda till starkt funktionsnedsättande former. Ibland är den övergående, men den kan också predicera andra former av ångestbesvär senare i livet som social- eller generell ångest. Det är inte alltid lätt för vare sig klinikern eller forskaren att bedöma vad som måste anses vara normalt och vad som är maligna former av symptomet och som kräver insatser från vården (1).

Legitimerade psykologen Lars Klintwall och illustratören Amanda LeCorney har skrivit en barnbok med ämnet som tema, *Pappan som var rädd för hej då. Hjälp ditt barn att hantera separationsångest*, som vänder sig till barn som uppmuntras till att utmana sina rädslor. Att undvika undvikanden är en princip som används vid behandling av tillståndet i vården, men som också utgör en strategi för föräldrar som lotsar sitt barn genom utvecklingsfaser där separationsångest förekommer. Boken ingår i en serie av sagor, *Rädda vuxna*, där författarna vill hjälpa barnet att få syn på och få perspektiv på sin egen ångest genom att studera känslorna och reaktionerna med dess konsekvenser hos vuxna med ångest. Man vänder på perspektivet, och låter barnet vara den kloka och lugna som hjälper föräldern att hantera sin oro. På detta sätt kan problemet läggas utanför barnet, och bidra till en avdramatisering och normalisering som gör det lättare för barnet att närma sig det svåra ämnet och kanske förstå vad det är som behöver göras för att minska ångesten.

Boken är roligt skriven, med en pappa som är polis i centrum. Schablonbilderna av en polis är en stark, tuff och orädd man. Den kommer på skam här. Pappan har svårt att lämna sin dotter på skolan, gråter och tvingar henne att följa med honom på jobbet. Därpå följer konsekvenserna skolfrånvaro för flickan och begränsade möjligheter att fånga tjuvar för pappan, som hela tiden har ett barn i polisbilen. Situationen blir omöjlig för både föräldern och barnet till sist, och man provar stegvis exponering med responsprevention med gott resultat. Historien slutar lyckligt, och boken avslutas med ett gäng diskussionsfrågor kring separationsångest, riktade till barn.

Att vända på perspektivet känns som ett roligt grepp, men influerad som jag är av mina patienter som ofta har autism eller autistiska drag, så funderade jag lite på om alla barn verkligen förstår ironin i boken, det vill säga att det egentligen inte är den stora starka polisen som inte kan säga hej då, utan den lilla

flickan som borde vara i skolan. Det är dessutom oftast bäst att vara rak i kommunikationen med barn, oavsett om de har utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar eller ej, eftersom man vill skapa trygghet hos barnet och undvika missförstånd. För att bättre kunna bedöma om idén med rädda vuxna fungerar i praktiken, har jag tagit hjälp av en nioårig flicka. Hon fick höra sagan uppläst och efteråt berätta vad hon tyckte. Hon tyckte att boken var rolig, lagom lång och hade fina bilder. Jag frågade henne vad boken handlade om och fick snabbt svaret:

”En pappa som inte kan säga hej då till sitt barn.”

Kerstin Höfler,
Barnpsykiater
Helsingborg

1. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am.* 2009 Sep;32(3):483-524.





Kollegan Sandra af Winklerfelt Hammarberg och journalisten och författaren John Leander går ut hårt i titeln på sin bok *Hej ångest! Körskola till livet*. De flesta av oss vill säkert leva med mindre ångest och ta del av en guide till hur livet bättre ska levas. Jag kastade mig över boken vars huvudförfattare har många års erfarenhet av arbete i primärvården, och som varit med och utvecklat en KBT-baserad gruppbehandling mot ångest.

Det är en ganska maffig bok på tvåhundra sextioåtta tätskrivna sidor, där författarna ordentligt går igenom vad ångest är, varför vi har ångest och vad som händer i kroppen när vi får ångest. Vad som är sjukt och hindrande skiljs från det som är svårt men naturligt förekommande i livet. Vidare följer avsnitt om diagnostik och behandling. Läsaren får ta del av panoramat både bland ångesttillstånden och förstämningssyndromen.

Efter all grundläggande fakta kommer själva guiden. Den inleds med en presentation av vad kognitiv beteendeterapi är. Tankar, känslor och handlingar diskuteras och i dessa avsnitt finns olika övningar insprängda. Författarna bjuder vidare på berättelser ur livet, som exemplifierar hur det kan vara att leva med ångest, men som också visar att det är möjligt att lära sig att hantera sin ångest bättre och inte låta den ta lika mycket plats. Levnadsvanornas betydelse för ångesthanteringen finns också med. Avslutningsvis bjuder författarna oss på erfarenheter från grupp-KBT vid vårdcentralen.

Det är en välskriven bok, som lätt fångar mig som läsare. Den frälser mig och får mig att bekänna mig till KBT. Den ger mig en tro på kognitiv omstrukturering och föder en längtan efter exponering med responsprevention. Tron övergår så småningom i förvisning. Självklart kan man bli hjälpt av kunskapen om var ångest kommer ifrån och hur man besegrar den genom att betrakta den från ett annat håll och ta kommandot över den. Det hela blir så självklart.

Boken vänder sig till behandlare i primärvården, tolkar jag det som. Den beskrivs i baksidestexten som en "hjälp till självhjälp". Alltså, jag läser den och hjälper någon att kunna hjälpa sig själv. Eller tänker jag fel? Den kanske vänder sig direkt till den som ska hjälpa sig själv. Genom att läsa den, begrunda det som står och göra övningarna hjälper man sig själv till ett liv mindre präglad av ångest. Blir ni förvirrade? Jag hänger upp mig lite på det. Den som är behandlare och ska hålla i en ångestgrupp har här nästan en manual att följa. Bakgrunden, inramningen och psykoedukationen finns också där. Men för den som har den rollen är troligen inledningen, bortåt halva boken, lite överflödigt. Allt det där borde kanske redan vara känt för behandlaren. Om man är utan kunskap om ångest, psykiatri och KBT och ska använda boken för att hjälpa sig själv, kan den vara en utmaning att ta sig an. Kanske drunknar det viktigaste i havet av ny fakta. Kanske orkar man inte hela vägen fram till de avgörande övningarna i guiden. Om jag allra ödmjukast fick ge lite råd till författarna av denna ut-

Hej Ångest!
Körskola till livet

Sandra af Winklerfelt Hammarberg och John Leander
Blue Publishing, 2024



märkta bok, skulle det vara att profilera den tydligare mot sin målgrupp, och ta bort förvirringen. Kanske skulle den kunna delas upp i två varianter, en för behandlaren och en för den som drabbats av ångest. Båda fick gärna vara kortare, med en läsvänligare sättnings. Fler illustrationer och sammanfattningar skulle kunna bidra till inläringen och möjligheten att gå tillbaka till det som tål att upprepas. I den utformning den nu har, känns den främst som den perfekta boken för kuratorn eller sjuksköterskan som skaffar sig en utbildning i gruppbaserad KBT.

Avslutningsvis är det en angelägen bok. Ångesten är en farsot som hindrar och förstör, som leder till mindre arbetskraftsdeltagande och sämre livsinkomster. Till sämre livskvalitet och livslust. En del av de drabbade når långt med självhjälp. De får nya perspektiv och strategier. Och en känsla av att de lyckades med det stora och viktiga på egen hand. Självhjälpböcker skrivna av dem som har verklig kunskap inom området och som förmedlar det som vetenskap och beprövad erfarenhet gett, kan vi aldrig få för många av.

Kerstin Höfler,
Barnpsykiater
Helsingborg

Blir vi lyckligare av pengar?



Ibland räcker det med verkligheten. Om ens liv kantrar, så att det normala och förväntade inte (längre) går att få till, om förutsättningarna plötsligt förändras. Plötsliga förändringar är nog ofta mer riskabla än de smygande, de som är väntade eller åtminstone anade. Att förlora ekonomiska möjligheter är ofta en källa till stark oro. Att stabilt ha för lite pengar förvärrar situationen.

Men blir vi lyckligare av pengar? Frågan är inte oviktig, många personer med psykiatrisk sjuklighet har betydligt sämre ekonomiska förutsättningar än andra i befolkningen. En studie om ekonomi och psykisk hälsa som Alain Topor genomfört, talar för att ekonomin har stor betydelse för hälsa och socialt liv.

Patienter med långvarig psykisk sjukdom – främst personer med schizofreni – fick under en period 500 kronor extra per månad. Dessa pengar låg utanför försörjningsstödsnormen och utanför alla andra formella styrvägar, studiedeltagarna fick femhundra i handen och behövde inte rapportera till någon, vare sig inom sjukvården eller socialtjänsten, om vad pengarna användes till. Det hade funnits farhågor att pengarna skulle gå till mindre konstruktiva ändamål – alkohol, droger, cigaretter – men resultatet överraskade. Det personerna gjorde för de extra kronorna var i väldigt stor utsträckning sådant som förbättrade de sociala sammanhangen. Hellre än en sup blev det fika med en god vän, deltagande i någon förening eller annat som intresserade personen. De extra pengarna gav helt enkelt en större självständighet genom att personerna kunde göra sådant som de tidigare på grund av fattigdom inte haft råd med. Just personer med långvarig psykisk sjukdom har tendensen att halka efter ekonomiskt jämfört med andra som uppbar sjukersättning, men på somatisk grund.

Mer överraskande än att personerna fick ett mer livaktigt socialt liv, var att patienter med schizofreni vid symtomskattning skattade klart lägre efter studien än innan. Dessutom hade studiedeltagarna haft betydligt färre slutenvårdsdagar under tiden de hade en bättre ekonomisk situation. Det drar åt att pengar är en effektiv medicin.

Förutom att studera extrapengar på det sätt som Alain Topor och andra före honom gjort, har det också på olika ställen i världen vid olika tidpunkter gjorts försök med att ge medborgare någon form av basinkomst, alltså även här en icke villkorad grundplåt. Många har argumenterat för och emot både en extra femhundra som i Topors studie och en grundläggande basinkomst. Det finns precis som i fallet med extrapengarna farhågor om att pengarna skulle gå till "samhällsnyttigheter" och att själva idén med ovillkorade pengar strider mot den s.k.

arbetslinjen. 2021 genomfördes en studie på Linköpings universitet där man tittade på de studier om basinkomst som gjorts runt klotet och intervjuade personer som arbetar i regionen. En generell farhåga när det handlar om något sådant som en basinkomst är att den som får pengar på ett så "löst" vis skulle falla ur på grund av att ingen kontrollerar eller styr personen. På de flesta ställen verkar de som blivit föremål för basinkomst ha varit personer som varit antingen utanför arbetsmarknaden eller på annat sätt haft för lite pengar och fått socialbidrag eller liknande. De system som finns för försörjningsstöd, inte bara i Sverige, har alla tvingande karaktär: "För att få stöd från oss måste du göra det eller det eller det, närvara vid olika möten, följa olika regler." Det brukar ses som nödvändigt och disciplinerande. För bidragsmottagaren ser det annorlunda ut, villkoren innebär ofta att det känns oklart huruvida man kommer få försörjningsstöd nästa månad. Oron och med den ångesten i tillvaron brukar vara stark.

Tvärtom mot många farhågor har det visat sig att deltagarna i de olika basinkomststudier som gjorts oftast deltar i aktiviteter de bjudits in till och dessutom fortsätter jobba om de har jobb. Dessutom har det på många ställen inneburit en oväntad trygghet, eftersom den grundläggande ekonomiska tryggheten (på existensminimumnivå) gjort att personer med otrygga arbetsvillkor som inte varit värdiga, istället för att huka och lyda för att få mat på bordet kunnat söka bättre arbetsplatser. Dessutom har de studier som också tittat på psykisk hälsa hos mottagarna av basinkomst sett att den psykiska hälsan allmänt blivit bättre när autonomi ökat.

Så ja, våra läkemedel mot psykiatriska sjukdomar är nog så verkningsfulla men med en trygg grundläggande ekonomisk situation så blir allt så mycket bättre. Kanske blir man friskare av lite mer pengar. Särskilt om man har väldigt lite. För den som har behoven täckta och mer därtill, där spelar det nog inte någon roll.

Daniel Frydman

Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Referens

"Interventioner inspirerade av basinkomst. Förutsättningar i lokal välfärdspolitik och förväntade effekter på livskvalitet och arbetsmarknadsdeltagande." Anna-Clara Fagerlind Ståhl och Christian Ståhl. HELIX Rapport 21:003, HELIX Competence Centre, Linköpings universitet



Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatri till

Raffaella Björcks minne

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2025.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:

raffaellapriset@svenskpsykiatri.se senast den 31/12 2024.

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

**Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen**

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.

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Hösten står för dörren, och med den kommer en tid av nya möjligheter och spännande utmaningar. Fortbildning, eller snarare begränsning av denna, har varit på tapeten senaste året. Därmed värmer det lite extra att SPF satsar på utbildning i höst och kommer att erbjuda ST-läkare och specialister i psykiatri "SPF fortbildar – Kunskapstest 2024". Ett tillfälle att få chansen att testa och fördjupa sina kunskaper under en gemensam eftermiddag. Under september och oktober kommer SPF att genomföra en turné till tre universitetsstäder: Lund, Stockholm och min kliniska hemort Umeå.

Förutom själva kunskapstestet kommer det att finnas möjlighet till fördjupade diskussioner med representanter från SPF:s styrelse och deltagande kollegor. Då även en viktig del i fortbildning är att få tid att kunna dela kliniska erfarenheter och lärdomar med varandra. SPF fortbildar-programmet inleds med en kort presentation av SPF och kunskapstestet, följt av själva provtillfället. Efter en fika fortsätter eftermiddagen med information om SPF som en kunskapskälla inom psykiatri och därefter en genomgång av ett urval av testfrågorna.

Detta är en chans att inte bara utveckla sina egna färdigheter, utan också att bidra till kollegors utveckling genom diskussion och reflektion.

Gå in på <http://www.svenskpsykiatri.se/> och anmäl dig till "SPF fortbildar – Kunskapstest 2024" och ta chansen att utveckla din kompetens, träffa kollegor och bidra till att stärka psykiatri i Sverige.

Ser fram emot att träffa dig där!



Matilda Naesström
Facklig sekreterare
Ordförande i utbildningsutskottet

Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU

ANNONS



Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)

Vi planerar redan nu för Svenska Psykiatrikongressen 2025 som kommer att gå av stapeln den 12-14 mars på Svenska Mässan i Göteborg.

Vi vill att du som är intresserad av att hålla en egen muntlig presentation skickar in en kort sammanfattning (abstract) till oss. Det kan handla om ny forskning, samverkansprojekt eller metodutveckling. Du kan också föreslå ett debattinlägg eller ett kulturinslag.

Vi förväntar oss att många tar chansen att bidra till att 2025 års kongress blir den bästa hittills! Ditt abstract skickas till abstracts@svenskpsykiatri.se.
Mall för abstract finner du på www.svenskapsykiatrikongressen.se och www.svenskpsykiatri.se.

Sista datum för inlämnande är den 1 oktober 2024.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2025 - ta kontakt med Stina Djurberg, stina.djurberg@buf.se, senast den 1 oktober 2024.

Mer och efterhand uppdaterad information om kongressen finner du på vår hemsida www.svenskapsykiatrikongressen.se.

Styrelsen Svenska Psykiatriska Föreningen



Inbjudan att skicka in poster på SPK 2025!

Svenska Psykiatrikongressen den 12–14 mars 2025 på Svenska Mässan i Göteborg planeras för fullt och en nyhet sedan i år är att det finns möjlighet att presentera poster. Du som har intressanta rön, vetenskapligt arbete, protokoll för pågående studie med mera är välkommen att skicka förslag till poster. Dessa kommer att presenteras elektroniskt på kongressen. Minst en författare förväntas vara registrerad på SPK för att på plats hålla en kort muntlig presentation av arbetet.

Vi har förhoppningen att många vill visa upp sitt arbete som posterpresentation och att vi kan ta del av varandras idéer och speciellt att ST-läkare, doktorander och även kandidater visar sina projekt.

Postern kan vara på svenska eller engelska och det utgör inget hinder om denna har presenterats tidigare i annat sammanhang.

Ditt abstract skickas till posters@svenskpsykiatri.se där författare med affiliationer ska framgå. Introduktion, metod, resultat och diskussion ska redovisas på max 300 ord.

Sista datum för inlämnande är den 1 februari 2025.

Steinn Steingrimsson
SPF:s vetenskapliga sekreterare
vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se

STP-konferensen

2025 22 - 24 januari,
Stenungsbaden, Göteborg

Datum för 2025 års konferens är klart och planering för program är i full gång.

Program kommer att finnas tillgängliga via vår hemsida under hösten.

Anmälan öppnar den 16 oktober kl 18 via vår hemsida!



Mer info: stpsykiatri.se

 @stpsyk

 @STP - ST-läkare i Psykiatri



E. Cullberg - psykiater



Varje gång du väljer förlaget Natur & Kultur är du med och bidrar till något större. Vi är en oberoende stiftelse som ska göra skillnad i samhället. Förutom att inspirera till läsande och lärande stärker vi röster i det demokratiska samtalet genom priser, stipendier och stöd.
Vi ger ordet till fler.

Cullbergstipendiet

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Ta chansen att resa ut i världen i Johan Cullbergs anda. Välkommen att ansöka om resestipendier för ST-läkare i psykiatri och psykiatrer senast den 1 februari. Stipendierna finansieras av stiftelsen Natur & Kultur.

Syftet med Cullbergstipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Resestipendiet ska användas till resa, boende och levnads-kostnader vid auskultation vid en psykiatrisk verksamhet utomlands under två till fyra veckor.

Det ska företrädesvis handla om att delta i kliniskt arbete eller metodutveckling. Forskning och deltagande i konferenser eller kurser kommer att ges lägre prioritet. Att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska

integrativa synsätt eller studera förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. Maximalt 60 000 kr kan sökas. På nok.se/cullbergstipendiet kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2025. Stipendiernas namn tillkännages i mars.

Diskutera med kolleger och läs färskna tidskrifter för att se var det bedrivs spännande psykiatriskt arbete! Ta sedan kontakt med

den arbetsplats där du vill vistas. Det går givetvis bra att mejla även framstående personer om att få auskultera.

Vid frågor kontakta cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna bedöms av Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Beata Bäckström (barn- och ungdomspsykiater), Hanna Edberg (rättspsykiater), Samuel Galindo och Petra Truedson (ST-läkare i psykiatri), Jörgen Vennsten (barn- och ungdomspsykiater), Pauliina Victorsson (psykiater) och Annika Schildt (Natur & Kultur).

nok.se/cullbergstipendiet

Om dödshjälpsfrågan, en partsinlaga?

Ett av de sista seminarierna vid vårens SPK handlade om eutanasi. Föredragshållarna var Erik Smedler, ST-läkare och docent i psykiatri och Mikael Sandlund, senior professor i psykiatri och sakkunnig i SMER.

Under timmen beskrev Mikael Sandlund inledningsvis hur frågan om döende och dödshjälp har hanterats genom historien, från antiken till våra dagar. Han gjorde en genomgång av olika kriterier för att bedöma om den enskilde ska villfaras önskan om dödshjälp och om hur olika argument för och emot dödshjälp har sett ut. Erik Smedler gick vidare med beskrivningen av ett studiebesök i Belgien, där de besökt en verksamhet som tar emot personer som funderar på om de vill ha hjälp att avsluta sina liv.

Båda föreläsarna hade en till synes icke-värderande hållning i själva frågan. Diskussionen lät som om det gällde en klinisk handläggning som vilken som helst. Erik Smedlers egen ingång var att han läst om en belgisk kollega som blivit polisämälld i ett dödshjälpsärende och utifrån det fallet bestämt sig för att ta reda på hur det gick till i Belgien.

Mikael Sandlund talade om terminologin kring dödshjälpsfrågan och om hur svårt det är att hitta termer som inte i sig är värderande. Ordet *eutanasia* är enligt Sandlunds beskrivning att någon annan administrerar läkemedlet, på *patientens uttryckliga begäran*, internationellt kallat "frivillig eutanasi". Frivilligheten anser Mikael Sandlund är något som ryms i eutanasiordets kärna; det ska vara efterfrågat av "den som det handlar om". Den undermeningen – att döendet skall vara uttryckligen begärt – finns inte i någon lexikal definition. Enligt Svensk Ordbok betyder det uteslutande barmhärtighetsmord.

Kollegan från SMER uttryckte ingen egen värdering av idén om dödshjälp, men hans framställan hade en tydlig ton. Han talade om hur argumentationen kring frågan varierade och sa bland annat "Det är ganska vanligt att man, i alla fall om man är väldigt avståndstagande, har ganska mycket emotioner i sin argumentering eller hur man tänker runt det här." Det är svårt att missa att han anser att de emotionella argumenten hos den som var mot dödshjälp saknade rationalitet. Möjligen tycker han också att det i hans ögon sänker argumentens värde.

Ett vanligt förekommande argument som Sandlund tog upp handlar om de "negativa rättigheter" som finns i vården, dvs rätten

att avsäga sig behandling. Dödshjälp skulle då enligt förespråkarna ligga i linje med dessa rättigheter. Dessutom pekar han på den möjligt suicidpreventiva verkan som dödshjälpen skulle kunna innebära.

Under Erik Smedlers beskrivning av besöket i Belgien läggs fokus på Vonkel, en frivilligverksamhet som har till uppgift att ta emot personer som vill dö med dödshjälp och som bedömer ifall det för den enskilde är rimligt att vidgå önskan. Verksamheten har skapats av en anhörig till en person som ville få dödshjälp och drivs som en öppen inkluderande verksamhet som förutom bedömandet också ska vara en plats där människor kan få tala allmänt om dödsönskan. Inte alla som beviljats rätten till dödshjälp har sedan dött den vägen, för somliga har det fungerat som en lindring av lidandet som tagit bort önskan, åtminstone tillfälligt.

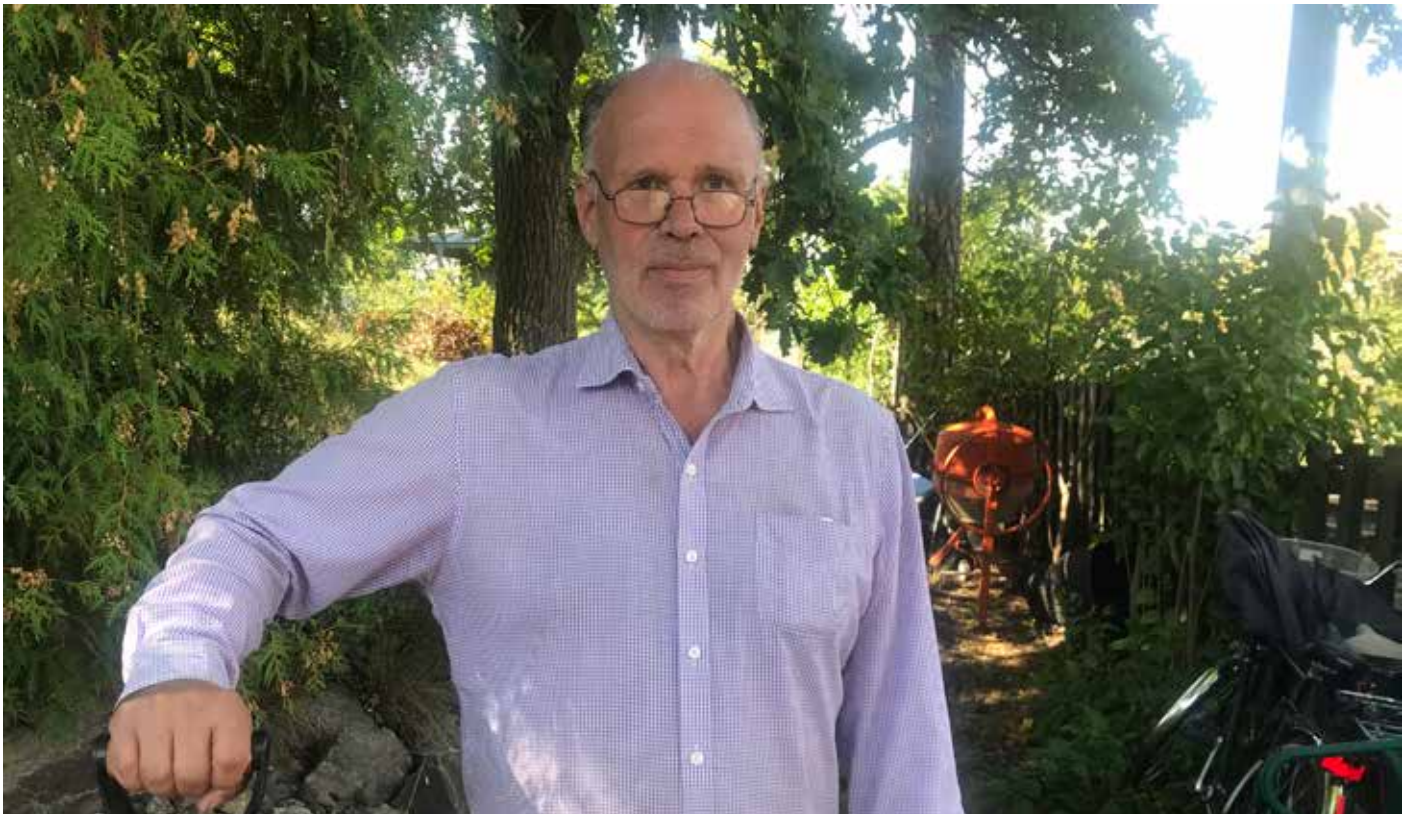
Både Smedler och Sandlund talar om att dödshjälp skulle kunna fungera suicidpreventivt. Rent teoretiskt skulle man kunna tänka sig att så skulle kunna vara fallet. Erik Smedler rundar frågan genom att säga att det är svårt att mäta och att det kommer att handla om en "empirisk fråga", utan att förklara vad han menar med det. Det är dock intressant att ingen av föredragshållarna noterat att det både i Belgien och Nederländerna, under de ca 20 åren med eutanasi, har varit en ökning av dödshjälpsfallen samtidigt som självmordstalen under samma period är inte minskat, i Nederländerna har de till och med ökat något. Istället har alltså människor som dött av egen önskan ökat i antal genom samhällets försorg.

Jag gick till föreläsningen med förväntningar på något intressant men fann den mest märklig, kanske framför allt på grund av bristen på ett etiskt resonemang gällande frågan om patienters död, utom att det nämdes att frågan kunde leda till etiska komplikationer. Den förment neutrala hållningen framstod snarast som ett maskerat gillande av dödshjälpsmöjligheten. Det är inget fel att människor har den sortens uppfattning, men det blir i mina ögon en tydlig komplikation när den underliggande uppfattningen inte blir uttalad. Det kan också vara så att jag är gammaldags som tänker att läkaryrket faktiskt handlar om att trösta, lindra och kanske bota. Dit hör inte, enligt min mening, hjälp till någon att dö. Så emotionell, nej så irrationell är jag.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

ANNONS

Professor Lars Farde – orädd vetenskapsman som förenar kropp och själ



Med nomineringen

”För sin vetenskapliga gärning som nått långt bortom landets gränser och som bidragit till ökad kunskap om neurobiologin bakom psykiatriska tillstånd. För sitt mångåriga arbete att med norrländskt lugn och kraft stötta och ledsaga Svenska Psykiatriska Föreningen. För sitt stora bidrag med engagemang, vishet och kärlek till föreningen i decennier.”

valdes professor Lars Farde under årsmötet 2024 till hedersledamot i föreningen.

Jag ville veta mer om Lars och bad om en intervju som han till min stora glädje tackade ja till. Det blev ett samtal om uppväxten i Västerbotten, det tidiga intresset för vetenskap, neurobiologi i allmänhet med fördjupning kring dopamin i synnerhet, livet som

helhet och hur det går att förena djupt intresse och kunskap om neurobiologi med att vara troende.

När blev du intresserad av vetenskap?

Jag har alltid varit intresserad av att förstå hur saker hör ihop och att lösa komplexa problem. Något som funnits i flera generationer inom min familj, även om de akademiska möjligheterna före min och min brors generation varit mycket begränsade. När jag som 10-åring fick skriva en uppsats om framtida yrkesdrömmar, skrev jag att jag ville bli professor i matematik. Min lärarinna försökte på västerbottniskt maner att tona ned denna något ambitiösa önskan och sa, när hon läste upp min text, att jag ville bli lärare i matematik. Nu blev jag ju varken professor eller lärare i matematik men mitt vetenskapliga intresse har jag nog alltid haft.

Hur uppstod ditt intresse för psykiatri och neurobiologi?

Jag började läsa medicin i min hemstad Umeå för att jag insåg att det var ett sätt att förena mina humanistiska och vetenskapliga intressen. Jag vikarierade under studierna, innan psykiatrikursen, som läkare och ingick i jourbemanningen på Umedalens sjukhus, ett av Sveriges största mentalsjukhus genom tiderna. Under en nattjour var det en orolig patient som behövde en tvångsinjektion. Det här var ju långt innan någon form av digital hjälp snabbt kunde bidra kring val av akutbehandling och jag letade febrilt i min egen kunskapsbank om vilken medicinering jag borde använda. Det slog mig att jag under farmakologikursen nog hört något om att man borde använda läkemedel inom en grupp som hette "neuroleptika" och jag kom ihåg ett preparat som hette Mallorol. Jag sa till nattöverskötarens som skulle utföra behandlingen att han skulle ge 10 mg. Den erfarna skötaren frågade om det var Haldol jag menade och jag bläddrade snabbt i FASS och sa ja. Patienten blev lugn. När jag senare den natten vandrade till jourrummet genom tallskogen funderade jag mycket på vad jag gjort och vad jag utsatt den oroliga kvinnans hjärna för samt om det varit farligt. Det kändes därför mycket skönt att dagen därefter få veta att natten varit lugn och av verksamhetschefen få en godkännande nick efter min åtgärd. Men frågan kvarstod: vad hade jag egentligen utsatt denna patient för? Vad hände i hennes hjärna?

Vad handlade din doktorsavhandling om?

Efter AT-tjänst i Piteå där jag inte riktigt hittade hem bland palt, jakt och skottrar, följde jag kärleken och flyttade till Stockholm och började arbeta på Karolinska sjukhuset i början av åttiota-

let. Jag kom i kontakt med Göran Sedvall som sedan blev min handledare. Göran var stringent i sin handledning och lärde mig mycket om konsten att skriva vetenskapligt och om hur användandet av ord har stor betydelse även i akademiska texter. Under hans handledning kunde jag fortsätta att fördjupa mig i frågorna som väckts under den nattliga promenaden under juren på väg genom skogen, om hur neuroleptika påverkar hjärnan, och påbörja min forskningsbana.

Med doktorsavhandlingen *Dopamine receptor binding in the living human brain* kom förståelsen för dopamins påverkan att öka och jag själv utvecklade ett stort intresse för bland annat PET-kamerans möjligheter till ökad kunskap. För på den tiden var PET en pionjärverksamhet vars utveckling bland annat leddes av neuroradiologen Torgny Greitz och neurofysiologen Lennart Widén, som jag fick arbeta med. Metoden har utvecklats genom åren och visat sig mycket användbar för förståelse på cell- och receptornivå beträffande hjärnans funktioner. Av stor vikt vid utveckling av psykofarmaka och förståelse för psykofarmakas effekter, bland annat. Samtidigt som varje svar jag fått gett nya frågor förstås. Min avhandling kom att ge helt nya rön och till viss del förändra synen på schizofreni.

Kan du på några rader kort beskriva dina fynd i doktorsavhandlingen?

Jag skulle säga att det viktigaste var att vi för första gången kunde visa i vilken grad antipsykotiska läkemedel blockerar dopaminreceptorer i hjärnan hos behandlade patienter.



Med din stora kunskap om neuroleptikas påverkan på hjärnan, vilka är dina rekommendationer om användande?

Använd monoterapi i största möjliga grad och försök hålla dosen så låg som möjligt.

Ditt forskningsområde sträcker sig ju emellertid långt bortom schizofreniområdet och jag vet att du bland annat även har forskat mycket kring alzheimer och till och med kring hur människors neurobiologi påverkar andlig öppenhet – vad driver dig?

Nyfikenheten och det privilegium det är att lära sig nytt om människan med fokus på hjärnan och själen.

Vad tycker du är viktigast när du själv handleder?

Bland det viktigaste är att bidra till att doktoranden ska öka sitt eget intresse och ansvar i att förstå metoderna på djupet och inte bara på ytan. Problem är ju ofta komplicerade och om vi inte vid forskning går i djupet för att förstå komplexiteten kan vi heller inte göra korrekta analyser för att hitta lösningar.

Vad tror du skulle öka det akademiska klimatet inom svensk psykiatri?

Förstås att forskningsanslagen börjar motsvara sjukdomsburden, men också en ändrad organisation. Jag tror att ledarskapet har stor betydelse och vi behöver fler ledare som också är forskare och/eller har ett stort intresse för forskning. Det ser mycket annorlunda ut nu än det gjorde på 80-talet då många klinikchefer också själva var professorer eller aktiva forskare.

Parallellt med att du är en av landets mest meriterade forskare inom neurobiologi är du ju också troende, går det att förena?

Ja. Det skulle vara svårare att vara ateist.

Kan du utveckla?

Absolut, men det är en fråga som inte går kort att besvara på ett rättvist sätt på några rader som del av en intervju. Får bli en annan artikel.

Intervjun som började med ett möte, fortsatte vid ett till och då vi inte var klara efter det andra mötet heller, avslutades den vid ett digitalt möte. Ändå kändes det som att intervjun bara börjat och förhoppningsvis fortsätter samtalet inom kort. Kanske över den burk surströmming som överlämnades av paret Farde–Gunnarsson vid intervjuens första del som ägde rum vid en middag hos mig? Jag vill veta mer om Lars insatta syn om vad god forskning är och hans klarsynta tankar om bästa utveckling av svensk psykiatri samt inte minst frågan om hur ovanligt hög kunskap om neurobiologi förenas med en aktiv tro. För det finns många bottenar bakom den lugna fasaden hos professor Lars Farde som man vill veta mer om. En hedersledamot som personifierar att Descartes hade fel i sin dualistiska uppdelning av kropp och själ.

Maria Larsson
Ordförande SPF

Tre röster om Lars

"Som min doktorandhandledare, mentor och vän har Lars haft en avgörande betydelse för mig. Jag tänker på alla samtal vi haft genom åren, där han med sin nyfikenhet och intellektuella spänst, kombinerat med underfundig humor och värme öppnade nya perspektiv och gav kraft att möta utmaningar. Utvecklingssamtal i dess rätta bemärkelse! Och sedan förstås språket: det dunkelt sagda är som bekant det dunkelt tänkta – hos Lars är lampan alltid tänd."

Simon Cervenka,
professor Uppsala universitet,
tidigare doktorand

"För Lars är den bästa avkopplingen från vetenskapen en stunds hårt fysiskt arbete på tomten. Han ägnar timmar åt att gräva gropar, arrangera komposthögar utifrån olika förmultningsgrad, flytta stenblock och använda cementblandaren. Sistnämnda är hans käraste ägodel; den som skymtar i bild är nummer två, den första fick han i disputationspresent. Ett annat brinnande intresse är potatisodling – för varje år blir det allt fler sorter och en allt större del av trädgården som omvandlas till potatisland."

Tove Gunnarsson,
redaktör Svensk Psykiatri, sambo

"Lars är i ordets bästa bemärkelse kompromisslös, i sin vetgirighet, sin vilja att förstå och sin kritiska stringens. Att skriva vetenskap tillsammans med honom har varit utmanande, utvecklande och roligt. Han ger sig aldrig! Han är också en djupt engagerad tänkare och lyssnare, så våra samtal har bokstavligen kommit att handla om det mesta mellan himmel och jord."

Svante Nyberg,
chefläkare i SLSO, ordförande för Fonden för Psykisk Hälsa,
tidigare doktorand

Kognition – inte bara en fråga om demenssjukdomar

Svensk Förening för Äldrepsykiatri årsmöte och preliminärt vetenskapligt program
Nobel Forum, Stockholm, fredagen den 25 oktober 2024

Tid	
09.00-10.00	Årsmöte för medlemmar i Svensk Förening för Äldrepsykiatri Nya medlemmar är välkomna
10.00-10.30	Registrering, mingel med kaffe och smörgås
10.30-10.40	Välkomna till Stockholm Sarantos Stasinakis, ordförande och Karin Sparring Björkstén, styrelseledamot SFÄP
10.45-11.30	Kognitionens betydelse vid BPSD Sibylle Mayer Standar, överläkare, Minnesmottagning Gävle/Hudiksvall, Geriatrik Gävle
11.30-12.00	Genetisk predisposition för psykiatriska sjukdomar i relation till risk att drabbas av demens och BPSD Jenna Najjar, ST-läkare, PhD, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska akademien och Amsterdam UMC
12.00-12.15	Diskussion och frågor
12.15-13.30	Lunch på egen hand
13.15-13.55	Gränslandet mellan kognitionsmedicin och äldrepsykiatri Maurits Johansson, MD, PhD, Kognitiv Medicin, Ängelholms sjukhus och Vuxenpsykiatri, Helsingborgs lasarett, samt Enheten för Klinisk Minnesforskning, Lunds universitet
14.00-14.40	Kognitiv nedsättning hos äldre med alkoholöverkonsumtion Theofanis Tsevis, MD, MSc, PhD, specialistläkare i geriatrik, ME Åldrande, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
14.40-15.10	Kaffepaus och mingel
15.10-15.50	Kognitiva nedsättningar vid depression hos äldre: förekomst, utredning och differentialdiagnostik Johnny Pellas, med dr och specialistpsykolog i neuropsykologi, associerad forskare i klinisk geriatrik vid Uppsala universitet
15.50-16.00	Aktiv paus
16.00-16.30	Cognition in psychoses in late life Dilip V. Jeste, Former Distinguished Professor of Psychiatry and Neurosciences, University of California San Diego
ONLINE	
16.30-16.35	Slutord av styrelsen för SFÄP

Anmälan och ytterligare uppgifter läggs ut på SFÄP:s hemsida inom kort www.aldrepsykiatri.se

Varmt välkomna

Sarantos Stasinakis, ordförande

Karin Sparring Björkstén, styrelseledamot

Grundandet av Svenska Psykiatriska Föreningen

På vår förenings tidigare logotyp framgick i klartext att den grundades 1905 (se bild till höger). Varför den byttes mot den nuvarande spretiga figuren förstår jag inte, men jag beklagar det och skulle föredra den gamla. Här ska jag berätta lite om föreningens tillkomst och de jubileer som varit sen 1905. Varför bildades föreningen då för snart 120 år sedan? Vilka var upphovsmännen?

Under slutet av 1800-talet hade psykiatri utvecklats alltmer mot en medicinsk specialitet avskild från allmän fattig- och socialvård. Nya mentalsjukhus hade byggts och fyllts med patienter för tillsyn och behandling med den tidens repressiva metoder och fåtal mediciner. Läkarna var få i förhållande till antalet intagna. Uppsala var först med att 1859 införa en kurs på två månader i psykiatri i läkarutbildningen. 1861 kom en kunglig förordning om att varje läkare skulle ha tjänstgjort två månader på en psykiatrisk klinik för att få legitimation. Uppsala var också först med att utse en professor i psykiatri, Nils Gustav Kjellberg, överläkare vid Uppsala hospital, senare Ulleråkers sjukhus.

Mellan 1861 och 1910 fördubblades antalet hospital/asylar i landet, från 9 till 18 (1). Vårdplatserna ökade under samma tidsperiod från 1 074 till 6 916 och hospitalsläkarna ökade från 13 till 45.

Utvecklingen av den psykiatriska vården följde utvecklingen i andra länder, läkarna läste rapporter från tyska och franska kollegor och gjorde studiebesök på mentalsjukhus i Tyskland och Frankrike. Sverige låg efter i omvårdnaden av psykiskt sjuka, som härbärgerades under bristfälliga materiella, sanitära och humanitära former. Anhöriga som behövde avlastas från tillsyn av de sjuka fick ofta vänta länge på en plats på hospitalen.

1904 träffades några uppgivna hospitalsöverläkare i Örebro för att diskutera **nödvändigheten av att bilda en förening för främjandet av utvecklingen av sinnessjukvården**. Tre betrodda kollegor utsågs till att förbereda bildandet av en psykiatrisk förening med stadgar, styrelse och arbetsformer. De tre var överläkarna Thure Björck i Vadstena, Teodor Nerander från Lund och Axel Enwall från Kristinehamn.

Upphovsmännen

De tre grundarna träffades hemma hos *Thure Björck* (1851–1913) i Vadstena den 10–11 juni 1905. Han hade läst medicin i Uppsala och blivit med. lic. 1885, arbetat vid Uppsala hospital och vid Lunds hospital innan han 1895 slog sig ner som överläkare i Vadstena. Han hade en organisatorisk förmåga och togs i anspråk för utredningar av nya hospital, alla med "övervakningsavdelningar". Han initierade och ledde en psykiatrikurs för "den lägre personalen". I nekrologen beskrevs han som

"Allmänt omfattad med aktning och förtroende inom det samhälle där han verkade, uppskattad för sin kärleksfulla välvilja mot de sjuka." Varje julafton bjöd han in några patienter och "uppsyningspersonalen" på middag i sitt hem.

Axel Enwall (1844–1912) hade studerat vid Karolinska Institutet till leg. läkare 1874. Han inledde sin läkarbana som militärläkare, flyttade till Kristinehamn 1887, där han tillträdde en överläkartjänst vid det nybyggda hospitalet Marieberg. Han införde sänglägesbehandling som i somatisk vård men även arbetsterapi med snickeri, lantbruk med husdjur och äppelodlingar. Han var också aktiv i kommun- och landstingspolitiken och blev hedersdoktor vid Uppsala universitet. Det var väl för hans mångsidighet och handlingskraft i utbyggnad och utveckling av vården vid Marieberg som han inkluderades i den trio, som skulle förbereda bildandet av en psykiatrisk förening.

Teodor Nerander (1856–1933) hade studerat medicin i Uppsala och Stockholm och gått mer direkt till psykiatri, även tjänstgjort i psykiatri i Lund som med. kand. Han sökte sig till professor Svante Ödman i Lund, där han forskade och disputerade 1894. 1901–02 uppehöll han en tjänst som e.o. professor i Uppsala men återvände till en överläkartjänst vid Lunds hospital, sedermera S:t Lars sjukhus. Han fortsatte den modernisering av sjukvården, som Ödman inlett, en utveckling mot mindre tvångsvård, mindre metafysiska spekulationer och mer vetenskap. Nerander undervisade även i psykiatri vid Lunds universitet.

Möten och jubileer

Föreningens första och konstituerande möte hölls i Lund den 26 augusti 1905 med Nerander som värd och förste ordförande. Stadgar, styrelse och arbetsformer fastställdes. Föreningens namn hade föreslagits bli "Svenska Hospitalsläkarföreningen" men blev efter diskussion "Svenska Psykiatriska föreningen". Elva medlemmar i föreningen deltog, bl.a. professor Frey Svensson från Uppsala. På programmet stod diskussioner om utbildning, rekrytering och lönesättning av "den lägre betjäningen", liksom av sjukskötare, översköterskor och läkare.

Nästa års möte, 1906, hölls i Stockholm den 7–8 september. Deltagarantalet var nu 18, inklusive inbjudna företrädare från Medicinalstyrelsen. De första föredragen hölls, en första remiss besvarades och den första hedersledamoten utsågs. Medlemsavgiften i föreningen fastställdes till 3 kronor.

1907 års möte hölls i Uppsala, där professor Bror Gadelius höll en föreläsning om psykiatriska sjukdomsformer. Olof Kinberg talade om behandlingen av kriminella sinnessjuka. Till ny ordförande valdes Frey Svensson.



Psykiatriska föreningens möte i Uppsala 1907. Stående från vänster 2 Bror Gadelius, 4 Frey Svensson, 5 Thure Björck, 7 Daniel Sellberg, 11 Alfred Petrén, 12 Teodor Nerander. Sittande från vänster 3 Axel Envall, 4 Georg Schuldheis, 5 Klas Linroth och Richard Stenbeck.



Vid mötet 1908 i Stockholm valdes Thure Björck till ordförande. Medlemsantalet steg successivt och de fortsatta mötena avhandlade liksom i nutid vetenskapliga, fackliga och kliniska angelägenheter.

Föreningens 25-årsjubileum 1930 firades i Stockholm. Psykiatrin hade nu blivit en mer respekterad specialitet som lockade unga läkare, överläkare och professorer till tjänster på de många nybyggda sjukhus som fylldes med ett ökande antal psykiskt sjuka.

När föreningen fyllde 50 år, 1955, höll Peder Björck, son till Thure Björck, ett föredrag (2) om sina minnen från det första förberedande mötet i föräldrahemmet i Vadstena. Han hade gått i sin fars fotspår, blev också psykiatriker i Vadstena, men senare medicinalråd och från denna position drivande för sinnessjukvårdens fortsatta utveckling. Stämningen var säkert optimistisk, eftersom de första kliniska försöken med klorpromazin, Hibernal, gett så positiva resultat på maniska och psykotiska patienter.

Föreningens 75-årsjubileum 1980 hölls i Linköping, där professor Gerdt Wretmark var värd. Tillsammans med Lennart Ljungberg, överläkare vid Beckomberga mentalsjukhus, sammanställde han en återblick på Svenska Psykiatriska Föreningen (3).

Vid 100-årsjubileet 2005 var vi tillbaka i Vadstena, på Birgittas sjukhus. Högtidsföreläsningen "Från Vadstena till Konradsberg - svensk psykiatri i historiens ljus" hölls av professor Lennart Wetterberg, Stockholm. Han illustrerade sitt föredrag med många bilder och avslutade med att propagera för vikten

av historia, särskilt medicinhistoria och i synnerhet psykiatrihistoria.



Henrik Nybäck
Docent
Pensionerad psykiatriker
Foto: Privat

Referenser

1. Appelquist, M. (2019). *Insania simplex – Empiriska studier av psykisk sjukdom kring förra sekelskiftet*. Akademisk avhandling, Medicinska fakulteten, Lunds universitet. ISBN 978-91-7619-782-0.
2. Björck, P. (1956). Minnen från Psykiatriska föreningens första sammanträde. *Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad*. Häfte X, Band IV, 271-274.
3. Ljungberg, L. & Wretmark, G. Red. (1980). *Svenska Psykiatriska föreningen – en återblick*. Liber Tryck Stockholm, ISBN 91-8565-805-7.



COMPFOR – en ny interdisciplinär forskarskola i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatri

Tvångsvård och kriminalpolitik består inte enbart av hårdare tag och strängare straff även om mediabilden är sådan. Sedan Bergwallkommissionens betänkande år 2015 har regeringens vid flera tillfällen satsat på kvalitet och evidens för metoder och behandlingar för en förbättrad svensk tvångsvård.

Vetenskapsrådet har nyligen glädjande beviljat anslag till två forskarskolor med målet att stärka forskningskompetensen inom tvångsvården. Vi presenterar här den ena, COMPFOR, en skola som kommer att ges till doktorander inom discipliner knutna till svensk psykiatri eller rättspsykiatri. Skolan innehåller fem kurser, digitala Workshops och Writing Retreats över fyra terminer.

Doktorander kan söka antingen hela skolan (15 hp) eller enstaka kurser. Första ansökningsperiod är 1–21 oktober 2024. Besök vår hemsida www.gu.se/celam/compfor.

För COMPFOR:s styrgrupp,

Peter Andiné, projektledare

Professor i rättspsykiatri

Göteborgs universitet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Rättsmedicinalverket

Anja Fernqvist, koordinator

Doktorand, överläkare

Göteborgs universitet, Rättsmedicinalverket

Övriga i styrgruppen är:

Anne Crocker, Université de Montréal

Mia Ericson, Göteborgs universitet

Anneli Goulding, Göteborgs universitet

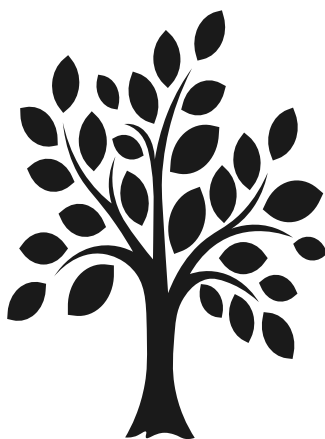
Malin Hildebrand Karlén, Göteborgs universitet

Björn Hofvander, Lunds universitet

Anders Håkansson, Lunds universitet

Steinn Steingrímsson, Göteborgs universitet

Märta Wallinius, Lunds universitet





Nordic Journal of Psychiatry – den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) bedriver viktiga internationella samarbeten, där ett centralt samarbete är de övriga nordiska psykiatriska föreningarna. Åtta gånger om året utkommer Nordic Journal of Psychiatry, en vetenskaplig tidskrift som är en del av detta samarbete. Som medlem i SPF har du möjlighet att ta del av utkomna artiklar och instruktioner för att komma åt dessa finns här:

<https://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/nordic-journal-of-psychiatry/>

I årets femte och sjätte utgåva finns flera bidrag från Sverige som kan ge värdefulla synpunkter på flera områden som är i aktiv utveckling inom svensk psykiatri. Några av dem är följande:

- En hälsoekonomisk analys av kort inläggning för patienter med självska debeteende (1) redovisas, där komplexiteten i sådan intervention belyses väl och att fokus på endast dagar i slutenvård kanske inte räcker för att närma oss en förståelse för ändring i livskvalitet. Denna studie är en uppföljning av en randomiserad studie som publicerades 2019 (2) men är lika relevant i dagens utformning av vård för individer med självska debeteende.
- En psykometrisk analys av självskattning av ADHD-symtom med Världshälsoorganisationens instrument ASRS hos patienter med överlappande symtom (3). Studien visar lovande utfall för att kunna urskilja ADHD-symtom även när andra symtom förekommer.
- En kohortstudie av individer med psykiatriska diagnoser eller intellektuell funktionsnedsättning följde upp risken för att dömas för brott och lyfter vikten av samarbete mellan psykiatri och andra instanser i samhället, som kriminalvård och socialtjänst (4).
- En webbenkät bland ST-läkare i psykiatri lyfter vikten av kollegiala diskussioner för pedagogisk utveckling och integrering av ny kunskap i klinisk verksamhet efter avslutade kurser (5). Studien utfördes med deltagare i METIS-kurser och det är viktigt att lyfta hur lärande påverkas av arbetsmiljö och kultur, då det kan finnas risk att fokus läggs på att gå kurser för att uppfylla formella krav och inte för den egna utvecklingen.

Självfallet finns många andra intressanta bidrag från våra grannländer och längre bort. Vi uppmanar gärna alla medlemmar att gå in på tidskriften och läsa bidragen samt även överväga att submittera bidrag själv till Nordic Journal of Psychiatry. Instruktioner för att skicka in artikel finns här:

<https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?show=instructions&journalCode=ipsc20>

Steinn Steingrímsson

Överläkare, docent och universitetslektor vid Sahlgrenska Akademien och vetenskaplig sekreterare för Svenska Psykiatriska Föreningen

Jonas Eberhard

Överläkare, docent och universitetslektor vid Lunds universitet, vice ordförande för Svenska Psykiatriska Föreningen och redaktör för Nordic Journal of Psychiatry

Referenser

1. Lindkvist R-M, Carlsson KS, Daukantaitė D, Flyckt L, Westling S. Brief admission by self-referral as an add-on to usual care for individuals with self-harm at risk of suicide: cost-effectiveness and 4-year health-economic consequences after a Swedish randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry* 2024; 78 (6): 497-506.
2. Westling S, Daukantaitė D, Liljedahl SI, Oh Y, Westrin Å, Flyckt L, Helleman M. Effect of Brief Admission to Hospital by Self-referral for Individuals Who Self-harm and Are at Risk of Suicide. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open* 2019; 2(6): e195463.
3. Pachaly SW, Isaksson J, Kouros I, Ramklint M. The WHO Adult ADHD self-report Scale used in a clinical sample of patients with overlapping symptoms – psychometric properties of and scoring methods for the Swedish translation. *Nordic Journal of Psychiatry* 2024; 78 (5): 382-391.
4. Hodgins S, Sivertsson F, Beckley A, Luigi M, Carlsson C. The burden for clinical services of persons with an intellectual disability or mental disorder convicted of criminal offences: A birth cohort study of 14,605 persons followed to age 64. *Nordic Journal of Psychiatry* 2024; 78 (5): 411-420.
5. Laksov KB, Knez R, Steingrímsson S, Alaoui SE, Sörman K. Beyond theoretical courses – A study of Swedish psychiatric residents' collegial learning through conversations in the workplace. *Nordic Journal of Psychiatry* 2024 (5): 440-447.



Ske din vilja eller mot din vilja

Som yrkesverksamma psykiatriker, psykologer och andra professioner inom psykiatrin lyder vi under lagstiftning och politiska beslut. Det mesta vi gör, och regler vi följer, är inte mot vår vilja. Ibland funderar man väl förstås på den nya managementfilosofin som är rådande och alltmer styr oss. I timmar sitter vi bakom skärmen och dokumenterar uppgifter om allt vi företar oss under varje behandlingstillfälle. Vissa patientsamtal kräver också extra tid för bedömning, handledning och dokumentation. Det går an så att säga. Vi gör ju det vi blir ålagda. Men när det gått så långt att vi inte längre kan utöva vårt yrke på ett tillbörligt sätt för alla påbud, som scheman som skall fyllas i och krav på snabba behandlingsresultat, finns risken att kompetent personal i offentlig sektor slutar.

Det som, enligt oss, sker mot vår vilja, är hur vi handskas med de patienter som vi vet inte kommer att ha nytta av den behandling vi erbjuder. I stället byts behandlare ut och vi försöker med ytterligare en behandlingsmetod, som givetvis är evidensbaserad. Metoden alltså. Men inte alltid förfaringsättet. Fler samtal, ny medicin och terapi erbjuds till många patienter fast man vet att effekten uteblir. På samma sätt som vi alltså talar om upprepningstvång och behandlingsresistens hos vissa patienter kan det även finnas en yrkesuppfyllande dito hos oss behandlare. Hur är det ställt med vårt sinne för (behandlings) proportioner och vår yrkesmässiga kompetens avseende förståelseskillnaden mellan tjänst och björntjänst?

Tidigare var både utbildning och vårdsektorn den psykodynamiska metoden mer trogen. Den användes flitigt inom olika behandlingsområden. Därtill fanns förstås också den medicinska behandlingen. Vi menade då att långa terapier kunde bota, ge insikt och lösa de inre konflikter patienterna brottades med. Så kom då där en ny lösning på hur att behandla psykiatriska åkommor, kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi. I dag presenterad i flera olika varianter. Man blev med ens metodorienterad och att utsläcka det dysfunktionella beteendet kom i fokus. Snabba resultat utlovades, ett löfte Socialstyrelsen och många terapeuter nog fortfarande är övertygade om är den huvudsakliga ambitionen. Förhållningssättet är ju evidensbaserat och visar goda resultat hävdar man. Så varför inte? Men vad beror det då på att den psykiska ohälsan bara ökar? Varför mår vi så dåligt när vi har det så bra?

Mot vår vilja kan det mycket väl vara så att vi inom vård och omsorg konfronteras med en patientgrupp som presenterar en hittills oemotsagd bild av offerrollen. Självklart syftar vi *inte* på patientgruppen **verkliga offer**, människor som varit utsatta för krig, våld, övergrepp och/eller de som är relationsskadade sedan tidigt i livet. Patientgruppen vi avser har inställningen att världen är deras, att allt skall falla dem i händerna. De som upplever sig kränkta av "allt" som inte passar dem. Att vara kränkt och offer är verkligen inget vi själva har mandat att bestämma. Att *känna* sig kränkt och att *vara* kränkt är alltså två helt skilda saker. Så att blanda samman livets naturliga livsoreda med psykisk ohälsa är att både leva i villfarelse och att vilseleda andra genom att iscensätta en sorts livslögn. Till den gruppen hör inte den paranoide, tvångsmässige eller den som i sin psykos är plågad, jagad och utsatt. Vi avser här den patientgrupp som remitterats och som redan behandlats ett otal antal gånger.

Ibland har de varit inlagda på avdelning. De är utredda och behandlade för allehanda diagnoser, har gått i olika terapier och prövat många olika mediciner. Men ändå kommer fortsatt remisser till de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna om önskad behandling. Ofta med suicidrisk som orsak. Det är patienter med lång behandlingsbakgrund, långvarigt hjälpsökande och med en önskan om att "bli bra". Motivationen man ser hos dessa patienter är lätt att tro på eftersom de suggererar ett hopp som kittlar ens behandlarhybris. Men att utge sig för att ha en förmåga att klara "testet" är nog snarare mer till stjälp än till hjälp. Eller så sker det motsatta: "ännu en svårbehandlad patient", "den behöver något annat än det jag har att ge" och så valsar patienten vidare i systemet. Tveksamheten ifall denna grupp blir hjälpt av standardiserad psykiatrisk behandling måste uppmärksammas. Att gå in i sådana behandlingar kan vara kontraproduktivt för både patient och behandlare. Ingen vågar riktigt säga ifrån. Gör man det blir man anmäld och en ny behandlare utses i ens ställe så att karusellen kan fortsätta snurra.

Hur fungerar då dessa patienter? Vilka drivkrafter motiverar dem att söka hjälp och samtidigt inte kunna ta emot den? Vår erfarenhet är att den grundläggande problematiken är just den genomgripande upplevelsen att mycket i livet sker mot deras vilja. Vården kommer därför aldrig kunna ge det som patienten önskar. Två besök per vecka är alldeles för lite. Är det en kvinnlig behandlare så är det fel. En manlig likaså. Går man i



gruppbehandling är det någon annan gruppmedlem som sagt något man inte kan hantera. Är patienten arg, uppgiven, ledsen, besviken är orsaken alltid "den andre". Hos dessa patienter är världen, världsordningen, lagstiftningen, common sense, vanlig hygglig mänsklighet, vardagen, festen, vänligt bemötande, rimliga krav och förväntningar, fel, misslyckanden... ja, allt som hör livet till, något som inte motsvarar och tillfredsställer deras önskningar och behov. Utgångspunkten och grundbehovet är att "må bra" och patienten utgår alltid från den egna känslan: hur det "känns". Men livet handlar inte om att "söka lyckan" och "må bra". Det är ett ouppnåeligt mål eftersom det främst kan betraktas som en del av lustprincipen som främst söker njutning och vill undvika smärta och lidande. Ska vi lyckas nå nämnda patientgrupp måste vi nog därför också ha mod att presentera in livets ofrånkomliga villkor i behandlingen. Villkor vi alla har att underkasta oss och som, tursamt nog, både är kvalitetssäkrade och oantastbart evidensbaserade.

Sammantaget: För att kunna hantera vissa patientutmaningar inom psykiatri krävs det en grundlig översyn av hur vi närmar oss behandling av psykisk ohälsa. Detta innebär att vi inte bara justerar våra behandlingsmetoder och töjer på oss själva, utan också att vi tar ett steg tillbaka och bedömer om våra grundläggande antaganden om vad som utgör effektiv psykiatrisk vård är korrekta. Genom att göra det kan vi hoppas på att inte bara förbättra patienternas livskvalitet utan även främja en mer hållbar och humanitär psykiatri.

Gunilla Nilson och Thomas Silfving
*Legitimerade psykologer, psykoterapeuter och specialister i
klinisk psykologi samt författare*

Litteraturförslag:

When Nothing Else Works (1998) av Herbert Stroom
Besvärliga människor – Offerrollen avkodad (2019) av Thomas Silfving
Kränkta människor – om offerrollens farliga lockelse (2011) av Thomas Silfving

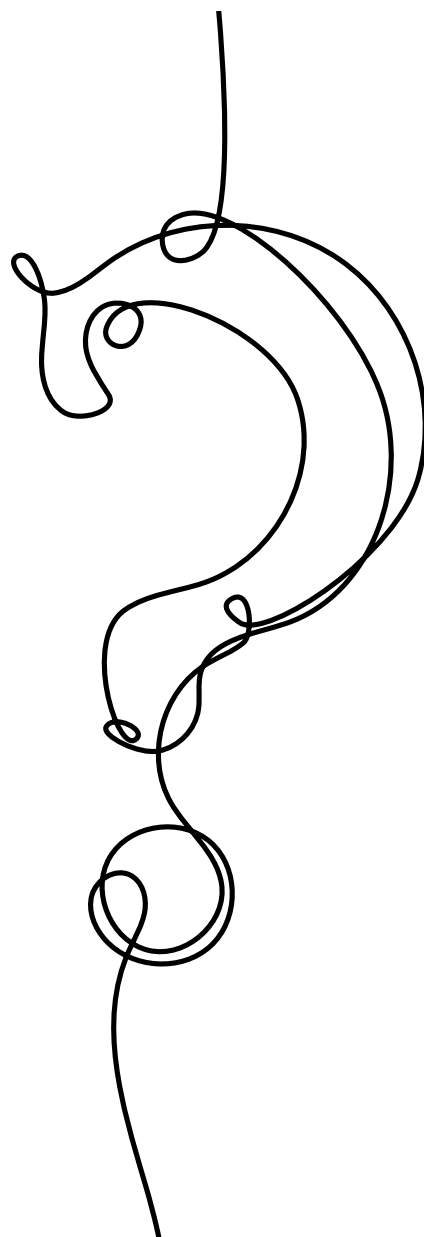


Foto: Shutterstock/sumkinn

Psykiatrisk vård för unga vuxna i Tokyo

Rapport från en Cullbergstipendiat

I juli besökte jag enheten för ungdomar och unga vuxna vid Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital (TMMH). Professor, psykiatriker och verksamhetschef Mizuno gav mig möjligheten att under två veckor få en inblick i hur psykiatrisk vård bedrivs för unga vuxna i Tokyo. Detta är min rapport om några av de saker som jag tycker var särskilt intressanta.

Bakgrund

Tanken att besöka enheten för ungdomar och unga vuxna vid TMMH väcktes av flera anledningar. I mitt kliniska arbete vid enheten för unga vuxna (18–24 år) i Region Stockholm fann jag studier från Japan som tog upp kliniska problem där våra riktlinjer och den tillgängliga vården kändes otillräcklig. Ett sådant problem var när anhöriga eftersökte psykiatrisk bedömning för sin unga vuxna som varken studerade eller arbetade, hade slutat att socialisera med andra, men där den unga vuxna inte förmådde komma till oss. Jag insåg att dessa individer identifierats för länge sedan i Japan, att termen *hikikomori* används internationellt och att hjälpinsatser har studerats. Ordet hikikomori kommer från "shakaiteki hikikomori", en direktöversättning från engelska "social withdrawal". Ett annat exempel var studier från Tokyo om hjälp till individer med autism och allvarligt självskadebeteende. Jag blev nyfiken på att lära mig i den japanska kontexten. Jag tycker dessutom att Japan är intressant, och många av mina patienter är intresserade av den japanska kulturen och språket. Att förstå den japanska kontexten är dessutom ett sätt att förstå mina rötter, då min mamma är från Japan.

Några saker var jag speciellt nyfiken på:

1. Hur organiseras den psykiatriska vården för unga vuxna i Tokyo, en av världens största städer? Vad kan vi lära för att förbättra vården för unga vuxna i Stockholm och Sverige?
2. Finns några specifika tillvägagångssätt för att hjälpa hikikomori?
3. Hur integreras forskning i det kliniska arbetet?

Psykiatrisk vård för unga vuxna i Tokyo

Invånarantalet i Tokyos storstadsområde är 14 000 000. Den psykiatriska vården är uppdelad i fyra geografiska områden som alla tillhandahåller akutpsykiatrisk och konsultpsykiatrisk vård. TMMH är en av dessa och är den största och en av de äldsta psykiatriska klinikerna i Japan (från 1879) med 800 psykiatriska vårdplatser.

Enheten för ungdomar och unga vuxna vid TMMH bedriver heldygn- och öppenvård. Avdelningen har 40 vårdplatser och i öppenvården tjänstgör tre specialitälkare.

För en mer fullständig bild av den psykiatriska vården för unga vuxna i Tokyo fick jag möjligheten att besöka ytterligare enheter:

1. den psykiatriska dagvårdsenheten vid sjukhuset
2. Tokyo Metropolitan Chubu General Mental Health and Welfare Center
3. det psykiatriska museet på sjukhusområdet
4. enheten för barn- och ungdomspsykiatri vid Tokyo Metropolitan Children's Medical Center

5. SODA, en enhet för tidiga insatser genom case-management till unga med risk för psykiatrisk sjukdom
6. Il Bosco, en dagvårdsenhet för unga med hög risk för, eller som har haft ett första insjuknande i, psykos

Likheter och skillnader

Flera av kollegorna upplevde att pandemin påverkat den mentala hälsan. Suicidprevalensen som under flera år minskat i Japan, har ökat sedan pandemin, också för ungdomar och unga vuxna, något professor Mizuno uttryckte oro kring. En specifik grupp som under pandemin ökat påfallande såväl i Sverige som Japan är patienter med anorexi. I Japan, liksom i Sverige, har diagnostisering av psykiatriska, och speciellt neuropsykiatriska, tillstånd ökat de senaste åren.

Till skillnader hör att tvångsvård måste godkännas av en familjemedlem. Detta krav har kritiserats av WHO och debatterats i Japan men kvarstår hittills.

En annan punkt som WHO kritiserat japansk psykiatri för, vilket flera av klinikerna jag träffade påpekade, är att andelen patienter som vårdas i psykiatrisk heldygnsvård är betydligt högre i Japan än i jämförbara länder.

Lärdomar

1. Mest inspirerande var att lära om hikikomori (se punkt 2) och att besöka SODA Kawaguchi.

SODA ligger i ett köpcentrum i ett område som många pendlare passerar dagligen. Tanken är att göra det lätt att söka hjälp. Enhetschef, psykolog Aoki och forskningsansvarige dr Uchino förklarade att enheten är ett sätt att försöka minska behovet av heldygnsvård genom att med tidiga insatser i bästa fall förebygga behov av psykiatrisk vård.

Tid kan bokas via exempelvis "Line", en social medieplattform som är populär i Japan. Första besöket sker ofta inom en vecka och varar i 60 minuter. Därefter bokas 30-minuterssessioner med tvåveckors-intervaller. Man går igenom familjesituationen, arbets- eller skolsituationen, ekonomin, interpersonella relationer och psykiatriska symptom inklusive substansbruk. Utifrån identifierade problem hjälper case-managern klienten att söka stöd i samhället. Det kan inkludera psykoterapeutiska insatser men inte mediciner. Kontakten varar upp till 6 månader. Sedan hänvisas vid behov till annan lämplig enhet. Min uppfattning är att denna typ av enhet kan nå individer som missas, så som psykiatrin är organiserad i Stockholm. Jag tror att det kan vara till hjälp för att navigera in i såväl som ut ur psykiatrisk vård, kan verka förebyggande och bidra till att bibehålla remission från psykiatrisk sjukdom.

2. Rörande hikikomori, så myntades termen av dr Tamaki Saito i hans bok som gavs ut 1998. I engelsk översättning har boken titeln "Hikikomori. Adolescence without End". Han beskrev hikikomori som ett symptom snarare än ett tillstånd.

Sedan 2013 finns ett hikikomori-forskningslaboratorium vid Kyushu-universitetet i södra Japan. Forskare där har föreslagit följande uppdaterade definition:

Hikikomori är en form av patologiskt socialt tillbakadragande eller social isolering vars väsentliga kännetecken är fysisk isolering i hemmet.

Personen måste uppfylla följande kriterier:

1. Påtaglig social isolering i sitt hem.
2. Varaktighet av kontinuerlig social isolering i minst 6 månader.
3. Betydande funktionsnedsättning eller stress i samband med den sociala isoleringen.

Rörande behandling, så finns inga etablerade evidensbaserade insatser och precisionsmedicinska (individ Anpassade) interventioner baserat på bedömningar rekommenderas.

Hikikomori anses inte längre enbart vara ett problem bland unga vuxna utan synliggörs ibland först när de äldre föräldrarna, i 80-årsåldern, inte längre kan försörja sina barn, i 50-årsåldern. Fenomenet har kommit att kallas "8050-problemet".

Den japanska myndigheten för hälsa, arbetsmarknad och välfärd rekommenderade i riktlinjer för hikikomori från 2010 interventioner i fyra steg:

- Steg 1: Familjestöd och en första kontakt med individen och dennes utvärdering
- Steg 2: Individuellt stöd
- Steg 3: Träning i grupp (till exempel gruppterapi)
- Steg 4: Försök till socialt deltagande

I en översiktsartikel om hikikomori från 2019 av Kato et al. beskrevs familjeinterventioner som avgörande då individer i hikikomori bor med familjen. Exempel på detta är psykoeducation om psykiatriska sjukdomar och Community Reinforcement and Family Training (CRAFT), anpassat för hikikomori. Hembesök nämns också som viktigt initialt, exempelvis av socialarbetare, som ett sätt att möjliggöra bedömningar för att komma vidare i interventionssteg.

Såvitt jag vet har omfattningen av hikikomori inte kartlagts i Sverige men en grupp av unga vuxna utan vare sig arbete eller studier har studerats i en rapport från 2023 från Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Enligt rapporten kvarstår 1 % i gruppen i 5 år eller mer. För dessa finns sannolikt ett värde i hjälp som är individuellt anpassad och helst tidigt.

3. Flera av kollegorna uttryckte frustration kring utmaningen att integrera forskning i klinikarbetet. Dr Inaguma har publicerat fallrapporter och planerar att samla in enkätbaserade data från patienter han träffar med spelproblem. Vid TMMH har man veckovisa diskussionsmöten där klinikerna kan diskutera forskningssidéer och få vägledning från seniora forskare. Enheterna SODA Kawaguchi och Il Bosco är del av Toho-universitetet, och professor Mizuno och dr Uchino har varit delaktiga i att grunda enheterna och i kontinuerliga utvärderingar genom forskning.

Annika Tiger
Överläkare vid Mottagning för unga vuxna, Psykiatri Södra Stockholm och doktorand vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet

Foto: Annika Tiger

Fotot på Masafumi Mizuno hämtat från sjukhusets hemsida, med tillstånd



Almedalen 2024

NSPH leder vägen och "Lyssnandet" invigs



Foto: Robin Stjernberg

Efter ett becksvalt Almedalen i samband med mordet på Ing-Marie Wieselgren 2022, vilket lämnade en mörk skugga över fjolårets mötesplats, var jag själv tveksam till att delta under årets Almedalsvecka. Jag lämnade dock ett Visby i solsken detta år efter givande samtal samt inspiration av konstverket som avtäcktes för att hedra Ing-Maries minne och ge påminnelse om lyssnandets betydelse för förståelse av både sig själv och andra.

Möte i bersån

Under 2024 närvarade jag i Almedalen genom att medverka i ett rundabordssamtal med ordföranden för Fysioterapeuterna, Cecilia Winberg; Psykologförbundet, Kristina Taylor; Sveriges Arbetsterapeuter, Ida Kåhlin; Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Conny Allaskog och NSPH:s intressepolitiska ombud, Zarah Melander.

NSPH anordnade mötet i en blomstrande innergård i centrala Visby. Under samtalet fick deltagarna inledningsvis lyfta frågor som är extra viktiga för respektive förening just nu. Samtalet fortsatte sedan med att olika områden berördes där samverkan är möjlig för att stärka svensk psykiatri. Bland annat lyftes frågan om hur vi tillsammans ska kunna verka för att "tidiga insatser" ska erbjudas långt innan värden kopplas in. Viss del av samtalet handlade också om delade förhoppningar kring att den Nationella strategin för psykisk hälsa, som 26 myndigheter tagit fram under ledning av Socialstyrelsen och Folkhälsomyn-

digheten, och som överlämnades till regeringen den 1 september 2023, kommer att antas som grund för utveckling av mer konkreta handlingsplaner. Beslut om den ska antas har skjutits upp till början av hösten och förhoppningsvis har ett positivt besked tagits när du läser denna tidskrift.

Mötet avslutades med att NSPH bjöd in till ett nytt möte under hösten och rekommenderade regelbundna avstämningar tillsammans kring möjliga samarbetsområden.

Konsten att lyssna

Almedalsveckan inleddes emellertid med att den 3,5 meter långa bronsskulpturen "Lyssnandet", som är utformat som en björk som böjer sig lyssnande mot marken, med citat från Ing-Marie Wieselgren inristat i barken, invigdes. Konstverket är skapat av Anja och Thomas Örn och är placerat mitt i Almedalsparken. Det kändes fint och högtidligt att delta vid invigningen vid en passande plats att alltid hedra Ing-Marie och påminnas om vad hon stod för, som bland annat handlade om att lyssna på sina medmänniskor och våga lyfta även det allra svåraste.

Almedalen 2024 i sin helhet blev för egen del ljusst, hoppfullt och gav mersmak. Den största frågeställningen jag tog med mig när jag lämnade Visby detta år var frågan om hur väl vi verkligen "samverkar" på riktigt eller om det enbart är ett ord vi använder? För att få fördjupning kring frågan beslöt jag där-



Konstverk och foto:
Lyssnandet
Anja och Tomas Örn, 2024

"Det krävs förvånansvärt lite att lära känna en människa. Små inblickar i någons liv är tillräckliga för att den första empatin och fröet till förståelse ska uppstå.

Ing-Marie Wieselgren visste att lyssnandet är en förutsättning för samtal. Utan att hon kände oss och utan att vi visste om det, har hon lyssnat, och fört vår talan. Hon har sett till allas vår rättighet att inte lämnas utanför.

Vi vet inte om det är havets vindar eller tyngden av blöt snö som fått björken att böja sig ner, men den står här med örat mot marken och lyssnar. Trädet samlar berättelser från de förbipasserande och de som stannar upp kan finna några av Ing-Maries ord ristade i barken."

för att bjuda in Kristina Taylor och Conny Allaskog samt även socialutskottets ordförande, Christian Carlsson, till SPK 2025 för att diskutera hur den i grunden fina innebörden av ordet samverkan kan realiseras och inte bara stanna vid ett ord som vi använder oss av för att det låter bra och är politiskt gångbart.

Ser fram emot att ses på SPK 2025 eller varför inte över en kaffe vid "Lyssnandet" i Almedalen nästa år?

Maria Larsson
Ordförande SPF

Europeiska ST-läkare utbyte kunskap och erfarenheter

Rapport från EFPT-mötet i Riga juli 2024

I början av juli fick några ur STP-styrelsen återigen möjlighet att delta i den europeiska ST-läkarorganisationen EFPT:s årliga möte som detta år hölls i Riga.

I fokus för EFPT Forum står alla formella och informella möten med medföljande kunskapsutbyten som skapas under de fyra konferensdagarna. Under en eftermiddag presenterade varje land en **aktuell bild av situationen för ST-läkarna i sitt hemland** och det är tydligt att de stora skillnader som framkom vid förra årets konferens består. ST-läkarna i flera länder är fortfarande oavlönade och måste ibland, som i Georgien, till och med betala för att få genomgå sin ST. Delegationerna från Kroatien berättade i sin tur hur de får söka sig till utlandet för att hitta motsvarande METIS-kurser medan man i Kosovo kan bli dubbelspecialist inom barn- och ungdomspsykiatri samt inom rättspsykiatri efter endast ett års extra arbete. Fyra år är annars en vanlig ST-längd i många länder, till exempel i Lettland. På Malta måste läkare som tar ut studietid betala tillbaka genom att förbinda sig till sin arbetsplats sex månader per ledig vecka.

Vår franska kollega Ilia Humbert redovisade tidiga resultat från en **europeisk enkät om psykosociala riskfaktorer för ST-läkare**. Enkäten inkluderar även svenska deltagare. Väsensskilda villkor framkom jämfört med våra svenska förhållanden och flera delegater berättade att de betraktar de svenska ST-villkoren som en förebild. Det kan sporra oss till att inte slå oss till ro med rådande villkor utan fortsätta sträva efter en ännu bättre utbildning.

Ett av länderna med en kortare ST än Sverige är Ukraina. Landet erbjuder en tvåårig ST och fokuserar för tillfället på att utveckla psykiatrisk rehabilitering för barn och för soldater, som svar på det **ökande antalet PTSD-fall efter Rysslands krig mot Ukraina**. Detta var temat för Ukrainas posterpresentation och vi hoppas få höra mer om det i samband med STP-konferensen 2025. Posterpresentationen hölls i år i digitalt format och årets tema för EFPT Forum, *Advancing equality – Diversity – Inclusion*, genomsyrade även posterpresentationen.

Vi fick vidare möjlighet att lyssna på ett antal intressanta föreläsningar. Läkaren och politikern Fabian Kraxner från Schweiz erbjöd en intressant föreläsning om **överlappet mellan politiska färdigheter och att vara psykiatriker**. Bland anledningarna till varför psykiatriker särskilt lämpar sig som politiker menar han att psykiatriker generellt är intresserade av att kommunicera idéer, antar en ledarroll till vardags men ändå hänger oss åt teamarbete samt att vi har en god förståelse om hälsa och sjukdom på både individ- och gruppnivå. Fabian Kraxner berättade vidare om sin "tillitsformel" för att bli en bättre politiker, där tillit från folket faciliteras av autenticitet, reliabilitet och närhet samt skadas av egocentricitet och dolda



Foto: Marianne Smetop
Från vänster: Benjamin Raki, Amy Bruta, Daniel Hedqvist, Maria Gustavsson, Eric Tapia, Alberto Perdomo Perez

agendor. Kan Fabians formel användas även till alliansen mellan doktor och patient för att i förlängningen öka compliance?

En annan föreläsning handlade om **hur kultur påverkar vår bild av patienter** och hölls av professor Femi Oyebode från Birmingham. En tredje föreläsning i regi av professor Carmen Schroder från Strasbourg lyfte på ett ytterst konkret sätt **vikten av sömn**, ur främst ett barn- och ungdomspsykiatriskt perspektiv.

En uppskattad nyhet för i år var ett **interaktivt fallseminarium om perinatal psykos**. I samband med detta uppstod diskussioner om ECT, där Sverige ligger i framkant.

Sist men inte minst berättade chefredaktör Joan Marsh från The Lancet Psychiatry om **arbetet med att välja artiklar för publicering**; en föreläsning som gav många konkreta tips.

Späckade dagar fick vi således och kvällar likaså. Den **internationella kvällen** hölls i år på en båt omvandlad till ett kulturcentrum och den svenska delegationen blåste blå-gula ballonger till dess att luften tog slut. I år gjorde vår egen Loreen ett bejublat framträdande och hennes dansare gjorde vad de kunde för att hålla samma takt. En annan kväll fick vi en tur till Rigabukten.

Sammanfattningsvis kom vi även i år hem med ny kunskap och nya erfarenheter, men mest av allt med en övertygelse om att psykiatri inte låter sig begränsas av landsgränser utan att vi behöver lära av varandra.

Amy Bruta
Specialistläkare BUP, Stockholm

Maria Gustavsson
ST-läkare vuxenpsykiatri, Visby

Daniel Hedqvist
Specialistläkare vuxenpsykiatri, Skellefteå

Alberto Perdomo Perez
Specialistläkare BUP, Hässleholm

Benjamin Raki
ST-läkare vuxenpsykiatri, Göteborg

Eric Tapia
Specialistläkare vuxenpsykiatri, Stockholm

Internationellt utbyte för en stärkt psykiatri i norra Europa

Nordic Congress of Psychiatry den 6–7 juni 2024 i Riga

Den 34:de internationella kongressen Nordic Congress of Psychiatry (NCP) hade temat *Knowledge and humanity in psychiatry* och ägde rum i början av juni i Riga, Lettland. En lokal organisationskommitté under ledning av professor Maris Taube och överläkare Liene Sile ansvarade för programmet, men hela Nordic Psychiatric Association (NPA) bidrog. Så även Sverige som tillsammans med övriga nordiska och de tre baltiska länderna utgör de åtta medlemsländerna i NPA. Organisationen utgör också World Psychiatric Association (WPA) Northern Europe.

Suicidprevention genom livet

Alla medlemsländerna i NPA bidrog med varsitt nationellt symposium. I Sverige valde vi att lyfta suicidprevention. Vi bad ordföranden för WPA, professor Danuta Wasserman, att inleda det svenska symposiet *Suicide prevention throughout the lifespan*. Danuta föreläste utifrån sitt arbete på Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) och i WPA om vikten av tidiga insatser, bland annat för unga för att minska suicidtal. Danutas föreläsning följdes av att vice ordföranden för WPA, professor Thomas Schulze, lyfte senaste genetiska forskning kopplat till suicidologi. Om det finns möjligheter att minska risker redan i fosterstadiet vore ju det en form av optimal suicidprevention. Symposiet avslutades med att professor Margda Waern föreläste om suicidprevention i den geriatriska populationen. Vikten av att hela samhället behöver hjälpas åt och att det aldrig är för sent för suicidprevention, betonades. Margda inspirerade till det goda åldrandet och föreläsningen avslutades med en bild på konstverket *Glädjen att leva* av Ernst Josephson. Jag kan inte annat än hoppas att mitt eget åldrande kommer motsvara stämningen i den bilden.

Det var i sedvanlig ordning många olika inspirerande föreläsningar under kongressen. Som exempel se gärna vår vetenskaplige sekreterare Steinn Steingrimssons referat här intill. Ett inslag som flera svenska deltagare diskuterade mycket efteråt var det isländska, där ännu fler i populationen behandlas med ADHD än i Sverige. Jag hoppas att de isländska föreläsarna tackar ja till inbjudan de fått om att hålla motsvarande föreläsning under SPK, så jag får chansen då att ta del av deras erfarenheter. Anledningen att jag själv missade den intressanta föreläsningen var en oväntad inbjudan som det inte gick att tacka nej till.

Inspiration via studiebesök och blommor

För bland det bästa med att delta på psykiatriska kongresser är de oväntade mötena, som jag personligen nästan alltid fått ut mest av. Så även denna gång. Under lunchpausen första dagen fick jag och vice ordförande Jonas Eberhard frågan av de svenska kollegorna Vineta Juhnevica och Tatjana Dobrosh-

tane, som båda utbildat sig i Lettland, om vi ville följa med och träffa deras tidigare studiekollega, och numera direktör, Sandra Puce, på Rigas psykoneurologiska centrum för psykisk ohälsa (RPNC).

Tillsammans i en bil åkte vi till det psykiatriska sjukhuset i Riga (och missade därmed det isländska föredraget). Det visade sig vara ett stort sjukhus med både öppenvård, dagvård och heldygnsvård samt inkluderade även rättspsykiatrisk vård. Lokalerna har storrenoverats de senaste åren och var i inspirerande gott skick. Fint i samband med att sjukhuset i år firar 200 år. Mitt intryck var att psykiatrin var i kraftig utveckling, men också att de verkar värna om innehåll som vi inom svensk psykiatri minskat de senaste decennierna till förmån för mer processtyrd vård. Det var fint att se bilder från bildterapi, deras fina rum för rörelse och också det rum med olika känslkort som de använde för att hjälpa patienter att berätta och förstå sina känslor. Extra glad blev jag också när vi kom in i ett rum där en kollega firade namnsdag och därför fick blommor av alla sina kollegor och bjöd på fika. Tydligt lettisk tradition. Kanske något vi också skulle införa?

NCP 2024 Riga – NCP 2027 Sverige

Under de två kongressdagarna var det i sin helhet tydligt att viljan till utbyte för en stärkt psykiatri i de nordiska och baltiska länderna var stor. Diskussioner avlöste varandra om ekonomiska och andra förutsättningar för vården, utbildningen och forskningen inom psykiatri i de olika länderna. Tydligt att det finns mycket att lära av varandra. Hur vi kan stärka de olika medlemsländernas psykiatri, inkluderat vår egen, kommer fortsätta diskuteras på NPA-möte senare i september, där Sverige har sekreterarrollen i organisationen de närmaste tre åren.

Under de närmaste tre åren kommer Sverige dessutom ha ett särskilt uppdrag – att anordna nästa NCP. Den internationella kongressen äger rum vart tredje år och anordnas omväxlande av medlemsländerna. År 2027 är det vår tur och vi har redan försiktigt påbörjat organiseringen av denna kongress.

Har du tankar om vad vi bör ha med under NCP 2027, hör gärna av dig för att vi om tre år på bästa sätt ska kunna bidra till psykiatrisk utveckling både i Sverige och resten av norra Europa!

Text och foto:
Maria Larsson
Ordförande SPF

Hur vi stärker psykiatrins och professionens anseende

Nordic Congress of Psychiatry
den 6-7 juni 2024 i Riga

På kongressen i Riga var det många intressanta bidrag, som vanligt på den Nordiska Psykiatrikongressen. Två bidrag talade särskild till mig: **Norman Sartorius** och **Swaran Singh** pratade var sin dag, där den förstnämnde inledde kongressen. Det som båda talarna tog upp var hur lätt vi kan dras in i en pessimistisk syn på psykiatri, utan grund, och det är viktigt att vi arbetar aktivt för professionens anseende då det är stora framgångar och livsviktig vård som psykiatrin står för.

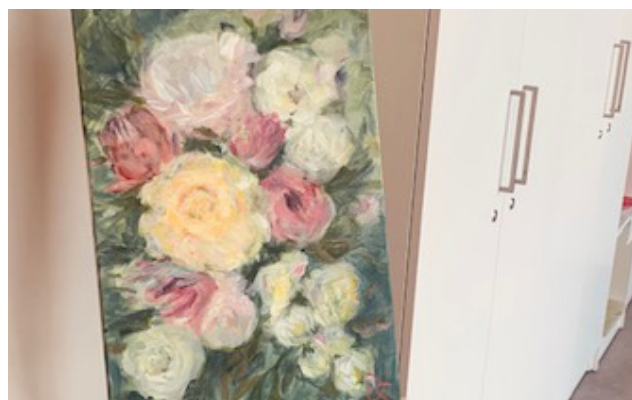
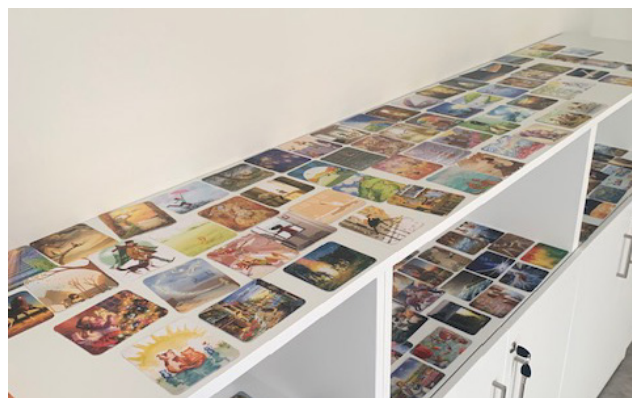
Sartorius tog upp viktiga aspekter av hur psykiatrin bör anpassa sig till ändringar i samhället, baserat på en gedigen erfarenhet av att följa samhällsförändringar och psykiatri.

Singh tog upp flera felaktiga påståenden som har varit skadliga för patienter, där olika inslag inte alltid baseras på empirisk eller rationell grund. Som avslutning hade Singh fem meddelanden till psykiatrer om hur vi kan arbeta med psykiatrins anseende i samhället:

1. Välj nyfikenhet över paternalism/konsumerism/ideologi
2. Var stolt och högljudd
3. Interna konflikter försvagar professionen utåt
4. Argumentera för att helheten är robust och inte bara enstaka delar på bekostnad av andra
5. Försvara din profession (då ingen annan gör det)

Sammantaget var båda föreläsningarna inspirerande och underströk vikten av att vi vågar vara stolta över vår profession samtidigt som vi argumenterar på saklig grund och alltid har för mål att förbättra psykiatrin.

Steinn Steingrímsson
Överläkare, docent och universitetslektor vid Sahlgreńska Akademin och vetenskaplig sekreterare för Svenska Psykiatriska Föreningen
Foto: Maria Larsson
Foto nr 4: Tatjana Dobroshtane



Presentation av SFBUP:s medlemsenkät kring ADHD

Med anledning av debatten kring ökningen av ADHD-diagnoser (1) och oron kring denna komplexa fråga har styrelsen för Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) genomfört en enkätundersökning med syfte att efterfråga medlemmarnas syn på diagnostik och behandling av ADHD.

Enkäten skickades ut via mejl till samtliga medlemmar (ca 550) i SFBUP (2). Den besvarades av totalt 182 personer (33 % svarsfrekvens): 138 specialister i barn- och ungdomspsykiatri, 25 ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri, 7 specialister i vuxenpsykiatri, 3 specialister i allmänmedicin/skolläkare, 2 specialister i barn- och ungdomsmedicin samt 7 ”annan”.

Diagnostik

Forskning har visat att ökningen av antalet individer som får diagnosen ADHD idag snarare handlar om förändrad diagnostik än en reell ökning av antalet individer med ADHD fenotyp, dvs diagnosen ställs idag på basen av färre symtom och lindrigare funktionspåverkan än tidigare (3). Detta återspeglas i klinikernas erfarenhet enligt enkätsvaren, där 66 % rapporterade att diagnosen ställs på lindrigare symtom. 27 % ansåg att fler barn idag har en faktisk funktionsnedsättning. Då vi hört att utredningar görs utan att läkare involveras ställde vi en fråga om det, där en tydlig majoritet (86 %) anger att läkare alltid träffar patienten fysiskt som led i utredning av ADHD.

I enkätsvaren framkom vidare att de främsta orsakerna till det ökade antalet ADHD-diagnoser ansågs vara, i fallande ordning: Ökade och orimliga krav i skolan, Ökad medvetenhet om diagnoser i samhället, Ökad skärmtid, Ökad efterfrågan på farmakolo-

gisk behandling, Minskad fysisk aktivitet, Ekonomiska intressen, Ökade krav på barnen i hemmet.

Tillgänglighet

Tillgänglighet till vård är en fråga som ofta lyfts fram med tanke på långa väntetider på utredning och behandling (4). Sedan tidigare finns en förstärkt vårdgaranti på en månad till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, och under våren lyfte regeringen att man önskar lagstadga om denna. Samtidigt har vi enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) en skyldighet att prioritera resurserna till dem som bäst behöver dem (de svårast sjuka?) om resurserna understiger behoven. Med ökat inflöde av patienter och bristande resurser är detta en ekvation som inte går ihop. I SFBUP:s enkät uppger över 90 % av de svarande att antalet patienter med ADHD-diagnos påverkar tillgängligheten för andra patientgrupper; en majoritet av dessa anser att det påverkar tillgängligheten för andra patientgrupper mycket.

Behandling

Stommen i ADHD-behandling utgörs av s.k. psykoedukativa anpassningar. Det är av största vikt att patienten och dess omgivning, föräldrar och skola har god kunskap om tillståndet men också resurser för att kunna genomföra de anpassningar som rekommenderas generellt, men också specifikt för den enskilda patienten (5). Först när dessa insatser är uttömda och en funktionsnedsättning kvarstår ska farmakologisk behandling erbjudas. Detta synsätt tycks förankrat bland medlemmarna enligt enkätsvaren där hela 93 % av de svarande rangordnar anpassning i skola och hem, samt psykoedukation till barn och föräldrar, som den viktigaste insatsen vid konstaterad ADHD. Oroväckande nog rapporterar 45 % att deras patienter inte får dessa basala och ytterst essentiella insatser. 18 % rapporterade att läkemedelsbehandling gavs som första insats vid ADHD.

Läkemedelsbehandling av ADHD sker i första hand med metylfenidat eller andra centralt stimulerande läkemedel. Många patienter har en god effekt av medicinering. Biverkningar av läkemedelsbehandling är samtidigt vanliga. De mest kända biverkningarna är aptitnedsättning, sömnsvårigheter, huvudvärk samt kardiovaskulär påverkan med t ex stegring av puls och blodtryck. Nyligen har en studie också påvisat långtidseffekter med kardiovaskulär påverkan (6). Vi i styrelsen uppfattar att några av de mest vanligt förekommande och inte så ofta diskuterade problemen med medicinering är nedstämdhet och att patienter känner sig mer emotionellt avstängda och flacka i sina känslouttryck. De tappar mycket av ”det roliga” med ADHD: kreativitet, kvicktänkthet, humor osv. I enkätsvaren rapporterade de flesta att de uppskattar att 50–75 % av patienterna hade en god effekt av medicinering men att en ganska stor andel även hade relativt mycket biverk-



ningar (25–50 eller 50–75 %). Samtliga rapporterade aptitnedsättning som en av de två vanligast förekommande biverkningarna, följt av sömnstörningar men även av avstängdhet/nedstämdhet, vilket är intressant då denna biverkan mer sällan diskuteras i den allmänna debatten eller framkommer i studier.

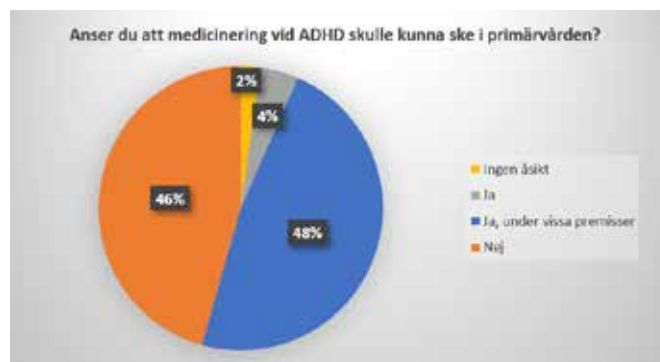


Uppföljning i primärvården?

Flertalet av de preparat som används vid behandling av ADHD får endast förskrivas av specialistläkare inom de psykiatriska specialiteterna och av specialister i barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Det ökar ytterligare trycket på den specialiserade vården. SFBUP har tillsammans med Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) tidigare lyft frågan om utökad förskrivningsrätt och möjlighet till uppföljning av stabila ADHD-patienter i primärvården.

Under våren 2024 gav regeringen Läkemedelsverket i uppdrag att, i samverkan med flera andra myndigheter, öka kunskapen hos berörda aktörer om ADHD och användningen av ADHD-läkemedel i Sverige med målet att främja en jämlik, säker och ändamålsenlig vård (7). En fråga som lyfts i anslutning till detta är just utökad förskrivningsrätt och uppföljning i primärvården.

I enkäten framkommer att ca hälften av de svarande anser att medicinering av ADHD-patienter under vissa premisser kan ske i primärvården. Cirka hälften anser inte att så är fallet, i denna grupp uttrycks en oro framför allt för bristande kunskap inom primärvården.



Diskussion

Sammanfattningsvis tycker vi enkätsvaren stödjer den syn och oro SFBUP:s styrelse har i frågan.

Den stora ökningen av individer som får diagnosen ADHD uppfattas framför allt gälla de med lindrigare symtom. När barn förväntas vara koncentrerade och arbeta med otydliga uppgifter i stora klasser så leder även en lindrig ADHD-problematik till en funktionsnedsättning i vardagen. Det ökar efterfrågan på läkemedelsbehandling som förbättrar koncentrationsförmågan.

Vi behandlar idag i Sverige en betydande andel av barn med ADHD med potenta läkemedel. Läkemedel som många gånger har god effekt men också mycket biverkningar. Vi önskar en ökad dialog och medvetenhet om detta i samhället.

Vi uppfattar det också som oroande att emotionella biverkningar rapporteras som så vanligt – vi upplever att detta inte lyfts fram tillräckligt i tidigare studier. En teori eller tanke som kräver mer undersökning och forskning är huruvida biverkningsmönstret eventuellt förändrats utifrån den nuvarande diagnostiken? Kanske att patienter närmre en subklinisk tröskel mer störs av dessa biverkningar och att detta uppmärksammas av våra medlemmar? Eller förhåller det sig tvärtom? Vi efterfrågar mer forskning avseende emotionella biverkningar av ADHD-läkemedel och vilka psykologiska och utvecklingsmässiga konsekvenser det får för barn att behandlas med ADHD-läkemedel.

Tidiga insatser vid ADHD-liknande svårigheter är viktigt och något som diskuteras på många nivåer i samhället och även lyfts i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (8). Tidiga insatser och anpassningar handlar i många fall om insatser som ges innan en eventuell diagnos ställs. Sådana insatser ska primärt inte tillhandahållas av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Vi skulle vilja se ett fortsatt arbete där man på nationell nivå tydliggör vilka patienter som ska behandlas inom den specialiserade vården och vilka patienter som kan ges insatser genom andra instanser, till exempel inom skolan, socialtjänst eller primärvården. Man behöver tydligare definiera vad tidiga insatser innebär och vem som har ansvaret för att erbjuda dessa. Man behöver också säker-

ställa att det verkligen finns resurser att genomföra dessa insatser på respektive nivå. Vi i styrelsen uppfattar med stöd av enkätsvarerna att såväl tidiga insatser, men även de basala psykopedagogiska insatserna vid konstaterad ADHD sällan genomförs i en mycket ansträngd skola och barnpsykiatri med bristfälliga resurser.

Det är även viktigt att adressera möjliga drivande faktorer bakom den ökade diagnostiken. Till vissa delar kanske det handlar om att komma med rekommendationer om minskad skärmtid och förbättrade sömnrutiner; i andra delar om att skapa en skola med mer åldersadekvata krav och ett samhälle där barn ges möjlighet till motion och lagom mycket stimulerande intryck. Samtliga faktorer har positiv effekt på barns förmåga till koncentration. Dessa ”insatser” är bra för alla och bör därför riktas till alla.

Det finns i nuläget inte någon fungerande vårdkedja för barn med psykisk ohälsa. Ett nationellt barnhälsoprogram som integrerar elevhälsans uppdrag är under utarbetande på uppdrag av regeringen (9).

Så som barn- och ungdomspsykiatri idag är organiserad och med resurser som inte matchar behoven ser vi med oro på framtiden. Det finns även en risk för att fortsatt ökad efterfrågan på diagnoser som en förklaringsmodell leder till förenklade utredningsprocesser (många med tveksam kvalitet), vilket ytterligare leder till ökat antal diagnoser och ökat tryck på den specialiserade vården.

Vi behöver dra i bromsen när det gäller ADHD för att kunna upprätthålla en acceptabel kvalitet i vården, kunna följa upp patienter och deras problematik och prioritera de svårast sjuka. Att prioritera de svårast sjuka är ytterst en fråga om etiska principer, patientsäkerhet och yrkes stolthet som vi som profession behöver upprätthålla. SFBUP:s styrelse ser frågan kring barns och ungas psykiska ohälsa som ett växande folkhälsoproblem, vilket lätt förenklas till att handla om vårdens oförmåga till styrning, brist på produktivitet etc. Vi förordar därför en bredare diskussion i samhället och med beslutsfattare kring komplexiteten i frågan, där områden som kravnivå på barn och unga, skola, föräldraroll, skärmtid, motion osv måste ingå. Det måste undersökas var resurserna bäst ger utdelning och att man säkerställer att dessa finns på rätt nivå.

Styrelsen vill tacka våra medlemmar för deltagandet i enkätundersökningen. Den har gett oss mycket värdefull information som vi tar med oss vidare i denna mycket viktiga fråga. SFBUP:s styrelse kommer att prioritera denna fråga högt i det fortsatta arbetet.

För SFBUP:s styrelse

Susanne Buchmayer,
ordförande; specialist i barn- och ungdomspsykiatri, PhD

Carl-Magnus Forslund,
vice ordförande; specialist i barn- och ungdomspsykiatri

Linda Haldner Henriksson,
vetenskaplig sekreterare; specialist i barn- och ungdomspsykiatri, PhD

Anne-Katrin Kantzer,
ledamot; specialist i barn- och ungdomspsykiatri, PhD

Cecilia Månsson,
ledamot; specialist i barn- och ungdomspsykiatri

Jonas Nilsson,
ledamot; specialist i barn- och ungdomspsykiatri

Maria Unenge Hallerbäck,
tidigare vetenskaplig sekreterare, adjungerad; specialist i barn- och ungdomspsykiatri, PhD

Referenser

- 1) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-11-8862.pdf>
- 2) <https://slf.se/sfbup/om-sfbup/dokument/adhd-enkat/>
- 3) Rydell M, Lundström S, Gillberg C, Lichtenstein P, Larsson H. Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Aug;59(8):863-871. doi: 10.1111/jcpp.12882. Epub 2018 Feb 27. PMID: 29484650.
- 4) <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/barnochungdomspsykiatribup.54393.html>
- 5) <https://slf.se/sfbup/app/uploads/2022/03/Riktlinjer-adhdtryckny-logga-82-2018.pdf>
- 6) Zhang et al *JAMA Psychiatry*. 2024;81(2):178-187. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.4294
- 7) <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/05/lakemedelsverket-far-uppdrag-att-oka-kunskapen-om-adhd-och-lakemedel/>
- 8) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-10-8100.pdf>
- 9) <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2023/08/nationellt-halsoprogram-for-barn-och-unga-ska-ge-bättre-och-mer-jamlik-halsa/>

Artificiell intelligens och dess användning i psykiatrisk verksamhet

Det talas och skrivs mycket om artificiell intelligens, AI, och det är svårt att få en uppfattning om detta område (författarens åsikt). Begreppet myntades 1956 av John McCarthy som var datavetenskapare och kognitionsvetare på Princetonuniversitetet och som var en pionjär inom AI-området.

Många är entusiastiska inför den snabba utvecklingen men det finns också de som varnar för att AI kan vara ett hot mot mänskligheten. Världsekonomiskt forum i Davos i år uttalade att desinformation och "fake news" kan vara stora faror i framtiden. Det finns farhågor om att manipulationer med hjälp av AI kan leda till social oro och destabilisera samhällen.

I diskussionen ingår också farhågor för att arbetstillfällen för människor ersätts av datorer. En definition av artificiell intelligens, även maskinintelligens, är förmågan hos datorprogram och robotar att efterlikna människors och andra djurs naturliga intelligens. Artificiell intelligens kan vara färdigheter som visuell perception, språkkunnande och beslutsfattande. Utvecklingen går mycket fort och det verkar finnas applikationer i många områden. Vanliga AI-termer förklaras i faktarutan.

Tillämpning av AI i sjukvården

Tolkning av mammografier är ett område där sjukvården kan dra nytta av AI, liksom analys av tumörvävnad. Man tror också att AI kan vara ett verktyg för att förbättra diagnostik vid kardiovaskulär sjukdom. Det finns förhoppningar om att AI ska kunna hjälpa till med diagnostik och spara tid. Andra områden är prediktion av patientflöden och vårdbehov som kan göra vården effektivare. Det finns försök med sensorer som kan kopplas till mobiltelefoner. Genom att ha en sådan sensor till fragila patienter kan motoriska avvikelser upptäckas och detta kan leda till undvikande av fallolyckor, vilket kan spara mycket lidande. AI kan också användas på mottagningar för att dokumentera läkarbesök, men det blir visst inte alltid korrekt (LT, 2024). Enligt artikeln i Läkartidningen hade man börjat att använda taligenkänning (tal som översätts direkt till skrift) i Region Kronoberg. Men en del översättningar blev visst inte helt lyckade; "buk" blev "kuk" och "pares" blev "sparris" enligt Edvard Lekås, sjukhusläkarnas lokala ordförande. Läkarna fick rätta många fel i journalerna, vilket tog tid och systemet verkade inte vara helt färdigutvecklat ännu.

AI inom psykiatri

En artikel *Artificial intelligence and Psychiatry, an overview* (2022) från Indien inleder med att den psykiska ohälsan är utbredd i värld-

den och att den dessutom ökar. AI har hittills haft en begränsad användning inom psykiatri i Indien. Författarna beskriver att covidpandemin ökade den psykiska ohälsan med ett ökat antal suicid, mera ensamhet och missbruk som följd. Man påpekar att det är brist på resurser för psykiatri, t.ex. för få psykiatrer. Tillämpning av AI skulle kunna avhjälpa en del av resursbristen. AI-teknologi skulle kunna utveckla olika screeninginstrument vid diagnostik av tidiga psykiatriska symtom.

Författarna beskriver att det finns viss användning av AI vid olika psykiatriska sjukdomstillstånd i Indien. En sjukdomsgrupp som man tar upp är affektiv sjukdom, där EEG baserad på djupinlärning och så kallade faltande neurala nätverk (convolutional neural networks, vanligt inom datorseende) har använts för att skilja depressiva patienter ifrån friska, med en träffsäkerhet på 90 %. Via AI har psykoterapeutiska chattbotar utvecklats som testats vid ångest och depression.

En annan sjukdomsgrupp är psykosjukdomar där man använt maskininlärning för diagnostik. AI har tillämpats på patienter med misstänkt psykosjukdom där språket analyserats för att hitta inkoherenser i patienternas språk. Avatarer (en datorbaserad visualisering av t.ex. en person) har använts vid schizofreni för att öka följsamheten till medicinering.

Ett svenskt exempel från Lunds universitet på hur AI kan vara till nytta är vid diagnostik av psykiska störningar, där man använt sig av ordanalys. Det är professor Sverker Sikström som utvecklat ett AI-verktyg som gör att patienter kan beskriva sina symtom i texter, vilket patienterna föredrog jämfört med skattningskallar. Språket är ju viktigt i psykiatrisk verksamhet och det som kallas NLP (natural language processing) kan användas för att analysera stora textmassor i journaler och konversationer som kan vara underlag för terapeutiska interventioner.

I barn- och ungdomspsykiatri har AI-tekniker använts vid diagnostik av ADHD och robotar har använts för att hjälpa barn med autism. Robotterapi (användning av socialt assisterande robotar) har använts för att förbättra språket och den sociala förmågan.

Fördelar och nackdelar med AI

Vid de flesta psykiatriska sjukdomar verkar det som att AI har provats. De olika författarna beskriver att det finns många fördelar med att tillämpa AI i psykiatri. Det kan vara mer tilltalande för en patient att "prata med en robot" som inte moraliserar över patientens psykiska besvär. En maskin blir inte heller trött

och stressad och behöver antagligen inga fikapauser. Möjligen är också robotar billigare i längden och kan kanske hålla nere sjukvårdskostnaderna.

Naturligtvis finns det nackdelar med AI också och många tar t.ex. upp att den terapeutiska relationen är viktig i det psykiatriska behandlingsarbetet och kanske en riktig människa är bättre än en robot på att observera patientens känslor och beteende. Man ska inte heller underskatta vikten av ett uppmuntrande leende och bekräftande tonfall. En annan nackdel kan vara felbedömningar och att chattboten saknar förmåga till individanpassat stöd och att möta patientens behov. Det finns också en rädsla för felbedömningar och vems är ansvaret om diagnosen är ställd av AI. Det har också uttryckts farhågor för en dehumanisering av psykiatrin.

Avslutningsvis

Detta är inget lätt område och utvecklingen går i rasande fart; spännande är det. Det finns naturligtvis många etiska och juridiska aspekter på AI. EU har inrättat en kommission som beskriver stora möjligheter som kan knytas till AI, t.ex. samhällsutveckling som gynnar utveckling av bättre sjukvård och utbildning, men också farhågor för bristande integritet t.ex. poängsättning och övervakning av människor (Etiska riktlinjer för tillförlitlig AI, kommission i EU). Förhoppningen är att de goda krafterna segrar och att individerna får god hjälp av AI och att de negativa aspekterna blir så små som möjligt.

Cecilia Mattisson
Pensionerad psykiater, docent

Referenser:

1. *Läkare sågar nya AI verktyget för journalföring: Övertro på teknik*, Läkartidningen, 19–20, 2024.
2. *Artificial Intelligence and Psychiatry, an overview*, Adwitia Ray et al, 2022, Asian journal of Psychiatry.
3. *Träffsäkra diagnoser med AI vid psykisk ohälsa*, Sverker Sikström, Vetenskap och hälsa.
4. *"Därför ska inte AI översätta böcker"*, Cecilia Berglund Barklem et al, debattartikel SvD 2024-07-17.
5. *AI act, EU*, European Commission 2023.

Faktaruta

Förklaring av vanligt förekommande AI-termer

Ett **artificiellt neuralt nätverk (ANN, artificial neural network)** är en komplex typ av beräkningsalgoritm. Det efterliknar den mänskliga hjärnans nervceller och kan beskrivas som ett system av sammankopplade noder där varje nod reagerar på den viktade summan av insignaler eller utsignaler från andra noder. Om den viktade summan överskrider ett tröskelvärde avfyras en utsignal. Den viktade summan utgör ett mönster av insignaler och ett ANN är mycket bra på att känna igen olika mönster. Olika former av ANN kan sägas vara grunden för AI i alla dess former.

Maskininlärning (machine learning även big data) beskrivs som att AI kan läras, eller lära sig, att analysera gigantiska mängder data, förutsäga framtida händelser och automatisera olika arbetskrävande uppgifter. Prövning av hypoteser är en vanlig tillämpning för att t.ex. utvärdera olika parametrars beroenden för en population och dessas egenskaper.

Djupinlärning (deep learning) är en variant av maskininlärning där en algoritm förses med ett känt set med träningsdata och sedan lär sig på egen hand, eller med vägledning, att självständigt lösa uppgifter. Djupinlärning kan t.ex. känna igen komplexa mönster vilket sägs likna den mänskliga hjärnans sätt att arbeta. Genom djupinlärningsmodeller kan komplexa modeller hittas i bilder, texter och musik och detta kan i sin tur leda till bättre förutsägelser. Att tolka mammografiundersökningar kan vara en applikation. Prediktiva analyser kan utföras med hjälp av AI. Då kan t.ex. sannolikhet för framtida händelser beräknas.

Virtuell assistent, eller chattbot är ett system som är inriktat på språkliga färdigheter och som förstår innebörden, avsikten och känslan i användarens naturliga språk och som erbjuder relevanta konversationer, ofta textbaserade. I en artikel i somras i SvD, från översättare av språk, hävdades dock att AI-översättningar resulterade i en stolpig och utslätad svenska (Cecilia Berglund Barklem m fl 2024). Chat GPT är en chattbot baserad på en språkmodell som kan konversera naturtroget. Jag testade själv chattboten Eliza på 80-talet (Eliza utvecklades på MIT redan 1966) och hade roligt åt att den faktiskt lät som en psykiater (en med psykodynamisk inriktning).

Naturlig språkbehandling (natural language processing, NLP) är en del av AI, där funktionen är att bearbeta och tolka språket.

Ambient AI, en beskrivning kan vara att informationsteknologi integreras i vardagliga miljöer som kan innehålla konsumentelektronik och telekommunikationsutrustning och detta kan hjälpa personer som vistas där, t.ex. med hjälp vid olika situationer.

Mer praktiska exempel på AI kan vara självkörande bilar, robotar och digitala assistenter. AI kan användas i appar, t.ex. vid fysisk träning för att optimera resultaten. En del personer menar att AI kan vara till pedagogikens hjälp och förbättra diskussioner och inlärning.

Nytt från The Nordic Psychiatrist



Kära kollega,

Som medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen är du också medlem i vår nordiska förening, Nordic Psychiatric Associations. Tillsammans ger vi ut The Nordic Psychiatrist, som publiceras online två gånger per år, www.thenordicpsychiatrist.com. Där skriver vi artiklar med psykiatrilaterade teman, av intresse för kollegor även utanför Sverige. Tidskriften är öppen för alla att läsa.

Nästa nummer kommer att handla om psykiatri och döden. Jag tror detta tema är av intresse för många och kan inspirera flera att skriva artiklar med olika infallsvinklar, allt från etiska och filosofiska perspektiv till mer kliniskt eller kanske juridiskt orienterade texter. I vilket fall tas ditt bidrag gärna emot. Längd på texten väljer du själv, lång eller kort. Den ska vara skriven på engelska (lätt att översätta med AI numera) och med en bild på författaren.

Hör gärna av dig om du vill veta mer eller bara skicka material, som emotses senast i slutet av oktober.

Hans-Peter Mofors
Redaktör
hanspeter.mofors@regionsormland.se

Ta del av våra remissvar!

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

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor

www.svenskpsykiatri.se

www.sfbup.se

www.srpf.se



TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri



Det är dags för bättre behandling för personer med schizofreni och liknande tillstånd!

Öppet brev till Styrelsen för SPF

Menar ni i styrelsen för SPF verkligen allvar med er vision om vetenskap och humanism för patienter med svåra psykiska sjukdomar? Vill ni förverkliga dem i samarbete med patient- och närståendeföreningar?

Det finns idag nationella riktlinjer och vårdförlopp framtagna. År 2022 gjorde emellertid Socialstyrelsen en genomgång om dessa efterföljs gällande patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Resultatet förskräcker – i princip ingenstans i landet har man genomfört merparten, eller ens delar av de insatser som föreslås. Detta resultat beskrevs med ord som ”förfärligt” och ”skrämmande” i media, men ingenstans har det efter det gjort avtryck. Genom att använda etablerade metoder som till exempel resursgruppsmodellen uppnås bättre behandlingsresultat genom att gapet mellan vad vi vet och vad vi gör minskar. Varför använder vi inte de riktlinjer och vedertagna metoder som finns? Var är diskussionen om hur vi sviker de mest sjuka människorna?

En person som upplever världen utifrån ett psykotiskt perspektiv måste lyssnas på. Som Christina Nilsson skriver i sin bok från 2009: ”Jag kräver att bli respekterad som en resonerande varelse”. Om vi från sjukvården ger den respekten kan vi bygga en arena, en resursgrupp, där vi tillsammans med patienten och familjen skapar skraddarsydda planer för hur läkemedelsbehandling och psykoterapeutiska insatser kan ges för att förbättra en persons tillvaro.

Vi som skriver detta brev brinner för att specialistpsykiatri ska ge varje nyinsjuknad patient med en svår och långvarig psykisk sjukdom bästa möjliga behandling. Det är möjligt. Det är möjligt att göra utan kommersiella intressen. Läkemedelsbehandling med rätt avvägda preparat och doser för att minimera biverkningar är grunden i behandlingen, men kan inte vara den enda insatsen som ges för individer med schizofreni. Läkemedelsbehandling måste kombineras med andra insatser. Behandlingsinsatser måste även kombineras med en förståelse kring hur symtomen påverkar människors vardagsliv och hindrar personer med svåra psykiska sjukdomar från att ta del av samhället och försvårar deras relationer med närstående och vänner.

Vi anser att SPF bör skapa en nationell handlingsplan med konkreta förslag för hur en bättre behandling av personer med allvarlig psykisk sjukdom ska genomföras. NU!

Med vänlig hälsning

Pia Rydell
*Överläkare, verksamhetschef psykiatri psykos,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
pia.rydell@vgregion.se*

Kristina Annerbrink
*Med dr, sektionschef, chefsöverläkare psykiatri psykos,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

Ulf Malm
Docent, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Lennart Lundin
Psykolog, förste vice ordförande Schizofreniförbundet

Svar från SPF:s styrelse



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Tack för ert brev!

I korthet är svaret ja, vi i styrelsen menar allvar med att vi vill att vetenskap och humanism ska genomsyra svensk psykiatri. Ja, vi vill förverkliga förbättrad vård tillsammans med patient- och närståendeföreningar inom psykiatri och ja, det är verkligen dags för bättre behandling för personer med schizofreni och liknande tillstånd.

Liksom ni förfäras vi över resultatet från genomgången av Socialstyrelsen 2022 om hur nationella riktlinjer kring patienter med schizofreni och liknande tillstånd efterföljs. Särskilt när man ser att i stort sett inget skett sedan motsvarande genomgång några år tidigare. Vi vill att SPF aktivt ska arbeta för en förändring till nästa genomgång och välkomnar ert uttalande som ligger i linje med pågående diskussion i styrelsen om hur vi får till denna nödvändiga förändring.

Ni föreslår att vi i SPF ska ta beslut om en nationell handlingsplan med konkreta förslag för hur en bättre behandling av personer med allvarlig psykisk sjukdom ska genomföras. Vi i styrelsen ser gärna att vi får ett motsvarande mandat att utveckla en nationell handlingsplan kring frågan, men i nuläget hoppas vi på beslut från regering och riksdag att anta den nationella strategin som tagits fram, som utveckling för handlingsplaner på olika områden. Oavsett det är det självklart att vi i SPF vill arbeta nationellt för att stärka behandlingen för personer med schizofreni och liknande tillstånd och vi beskriver nedan styrelsens tankar så här långt.

- Det är viktigt att vi i SPF arbetar för att stärka implementering av det nya Vård- och Insatsprogrammet (VIP) Schizofreni.
- Vi vill arbeta för stärkt kvalitetsregistrering via Bi-Psy med stärkt återkoppling till regionerna om resultat.
- Vi vill också verka för att de som styr vården i regionerna tar ökat ansvar för täckning och uppföljning av kvalitetsmått kring vården och att dessa indikatorer blir mycket viktigare vid beslut om resursfördelning, organisation och motsvarande.
- Vi har redan, och vill fortsätta lyfta till beslutsfattare vikten av att vi inte glömmer patientgrupper som inte alltid har en så stark egen röst att driva sin sak vid beslut inom psykiatri

och för psykisk hälsa.

- Vi kommer fortsätta verka för att Samsjuklighetsutredningens resultat realiseras för möjlighet till förbättrad behandling bland annat för patienter med skadligt bruk av alkohol eller droger och schizofreni.
- Vi anser också att det är självklart att alla människor, patienter eller inte, ska ses och mötas med respekt och ses som analyserande varelser. Inom vården vill vi arbeta för patienters och närståendes delaktighet i vård genom att bland annat stärka vårt samarbete med NSPH.
- Vi har fått information om att det finns flera som är intresserade av att utveckla en subsektion till föreningen för personer med schizofreni och liknande tillstånd och välkomnar varmt det initiativet.
- Vi planerar att ha flera olika inslag kopplat till arbetet för att stärka vården för patienter med schizofreni och liknande tillstånd under Svenska Psykiatrikongressen 2025 i Göteborg. Call for abstracts stänger den 1 oktober 2024 och vi välkomnar alla att skicka in fler för att stärka temat, se www.svenskapsykiatrikongressen.se.
- Vi vill även särskilt bjuda in er som skrivit detta brev till ett seminarium under SPK 2025 där ni får presentera era tankar för fortsatt dialog och stärkt väg framåt.

Ser fram emot gott samarbete och att nästa utvärdering av nationella riktlinjer för schizofreni och liknande tillstånd kommer visa att vi är på rätt väg!

Med vänlig hälsning för styrelsen

Maria Larsson
Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

Jonas Eberhard
*Vice ordförande och internationell sekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen*

ST-läkare och specialister

SPF Kunskapstest 2024 i Umeå 10/10

SPF fortbildar kunskapstest 2024 har nu ägt rum i Lund och Stockholm. Än finns dock möjlighet att skriva testet i Umeå på World Mental Health Day den 10/10 kl. 13:00 – 16:30 på Norrlands universitetssjukhus.

Missa inte chansen!

Testresultatet är helt anonymt och kunskapstestet är lika bra för ST-läkare som specialister.

Gratis för medlemmar i STP eller SPF och annars 450 kronor för ST-läkare och 900 kronor för specialister, så öppet för alla intresserade läkare inom psykiatin.

Anmäl dig senast 3/10:

<https://www.svenskpsykiatri.se/nyheter/2024/06/19/spf-fortbildar-hosten-2024/>

För er som inte kommer ha möjlighet att skriva testet 2024 är ni varmt välkomna att anmäla er till att göra det under STP-konferensen eller SPK 2025.



**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**



Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom presenterar stolt:

SSBS Höstmötet 2024

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom (SBBS) anordnar sitt höstmöte den 15 november 2024, i Grilliska Huset i Stockholm. Årets tema är "Bipolär sjukdom genom livet". Seminariet vänder sig både till medlemmar och icke-medlemmar samt alla yrkeskategorier som arbetar med bipolär sjukdom. Varmt välkomna!

Ur programmet:

- **När piller inte räcker - Depotinjektioner vid bipolär sjukdom**
Jari Tiihonen, professor, Karolinska Institutet, Stockholm
- **Ärftlighet vid bipolär sjukdom**
Mikael Landén, professor, Göteborgs universitet, Göteborg
- **Braining springer vidare: hur går det med forskning och spridning av Braining i kåren?**
Åsa Anger, överläkare, Beroendecentrum Stockholm
- **Psykofarmaka vid graviditet**
Marie Bendix, överläkare, med dr, Psykiatri Sydväst, Stockholm
- **"Bytt är bytt, kommer aldrig igen"!? – om diagnosers beständighet i ungdomsåren...**
Hannes Bohman, överläkare, docent, BUP Stockholm
- **Diagnostik och hjärnstimulering hos äldre med bipolär sjukdom**
Robert Sigström, överläkare, docent, Psykiatri Affektiva, Göteborg
- **Polyfarmaci och somatisk samsjuklighet hos äldre patienter med bipolär sjukdom**
Daniela Enache, överläkare, Psykiatri Sydväst, Stockholm
- **rTMS vid bipolär depression**
Robert Bodén, professor, Uppsala universitet, Uppsala
- **"Galningar i Gamla Stan", guidad visning**
Hjalmar Olsson, spec. i allmänmedicin, Liljeholmens VC

Möte inklusive middag kostar 800 kr för medlemmar, 1400 kr för övriga. Anmälan görs senast den 25 oktober till Kristina Lindwall Sundel på kls@medicalresource.se.



Den mjuka staten
Feminiseringen av samhället och dess konsekvenser

Erik J. Olsson och Catharina Grönqvist Olsson
Karneval förlag, 2024

”Den mjuka staten” handlar huvudsakligen om kvinnors ökade makt i dagens samhälle. Främst i yrken inom den offentliga sektorn såsom skola, polismyndighet och kultur. Boken belyser även vissa negativa konsekvenser i samband med nämnda samhällsutveckling. Det är en tankeväckande och i vår tid kontroversiell bok som kan provocera.

Enligt författarna har, sedan 1960-talet, den kvinnliga ökningen inom den offentliga yrkessektorn också inneburit att vårt svenska samhälle blivit betydligt mjukare och snällare, vilket också gjort oss mer undfallande. Tidigare var vi, enligt författarna, mer vänliga men bestämda. Ordning och auktoritet har fått stå tillbaka. Och ett mer ”kvinnligt” och vårdande förhållningssätt har successivt vunnit mark. Samhälleliga institutioner är idag alltså mer mjuka och intonande till sin karaktär, lyssnar in sina anställda. Inte så vassa, fyrkantiga och hierarkiska som förr i tiden, chef och underställd.

Ett exempel på det kan man se i skolans värld där läraren idag mer är som en coach än en auktoritet som står framme vid svarta tavlan och lär ut traditionell kunskap. Det man tidigare kallade korvstoppling. Denna utveckling sker, enligt författarna, inom flera offentliga och vitala yrkesområden. Även inom vård och omsorg kan man se att, liksom eleven i sitt skolarbete, även patienten som vårdtagare vet sin rätt att bestämma och delta i sin behandling. Hen ska känna sig inkluderad.

Enligt författaren är denna utveckling ett uttryck för att vårt svenska samhälle blivit allt mjukare och snällare. Det har med andra ord ”feminiserats” och blivit mer vårdande och omsorgsinnat, mindre hårt och fyrkantigt som förr. Författarna nämner två hypoteser som tänkbara orsaker till utvecklingen av ”det feminiserade samhället”: den *moraliska kompasshypotesen* och den *könsdemografiska hypotesen*.

Med den första finns en tro (illusion?): I och med att vi anser att vi har blivit snällare och mjukare på en rad samhällsområden tror vi också att det inneburit att vi blivit bättre människor, att vi har en ”mission” gentemot hela mänskligheten. En tro som är djupt förankrad i den svenska självbilden. Så samtidigt som vi tar avstånd från all form av nationalism anser vi att vi på många olika samhällsområden är ett föredöme för resten av mänskligheten. I boken talar författarna här om en svensk ”övernationalism” som kanske gått så långt i sin allmängiltighet att den blivit så urlakad och slutkörd att den ”inte ens existerar”.

Vad beträffar den könsdemografiska hypotesen belyser bokens innehåll både fördelarna och nackdelarna med övergången till ett mjukare och snällare samhälle, och dess utveckling i samband med den ökade kvinnliga representationen på den svenska arbetsmarknaden – feminiseringen. Författarna skriver: ”Slutpunkten är det mjuka samhället – ett samhälle där ett typiskt kvinnligt förhållningssätt har blivit normerande och anses vara självklart giltigt för alla.” De poängterar att de samhälleliga förändringarna är strukturella och har inget med ideologisk infiltration att göra.

Duon Olsson pekar också på riskerna med att inte bejaka att det faktiskt finns skillnader mellan könen. Med referens till personlighetsforskningen finner författarna betydande skillnader mellan kvinnor och män. Vilka de, utifrån aktuell forskning från ett flertal olika vetenskapliga områden, redogör för på ett både intressant och idag kanske lite provocerande sätt. Boken behandlar även vad som kan tänkas komma ske om maktbalansen mellan könen fortsätter att förskjutas i den riktning den gör för närvarande.

Boken vänder sig till alla som är intresserade av hur skillnaderna mellan män och kvinnor lever kvar på gruppnivå i samhället men tenderar att alltmer försvinna på individnivå. Innehållet väcker också tankar om hur långt man kan tänja jämställd- och jämlikhetstänkandet utan att det får de ”negativa” konsekvenser som det har som uppdrag att råda bot på genom att jämna ut: ”Varför detta svenska fokus på jämställdhet?” Med anledning av det kanske vi alla måste våga höja blicken något för att våga se att det i vissa sammanhang kanske inte alls handlar om vare sig ”det kvinnliga” eller ”det manliga”, utan en skillnad som faktiskt existerar och som vi människor har att anpassa oss till och försonas med såsom varande ett oantastligt livsvillkor vi alla måste underkasta oss.

Erik J. Olsson är professor i teoretisk filosofi vid Lunds universitet.

Catharina Grönqvist Olsson har mångårig erfarenhet av att arbeta inom offentlig sektor med inriktning på artificiell intelligens, digitalisering och arkiv- och informationshantering. Båda författarna företräder en tvärvetenskaplig forskningsinriktning, vilket kommer väl till uttryck i bokens många exempel.

Thomas Silfving
Leg psykolog och författare



Evidensbaserad elevhälsa

Redaktörer:
Josef Milerad, Carl Lindgren och Louise Forslund
Studentlitteratur, 2024

Denna bok ger en bred och djup översikt över skolans ansvar vad gäller barns och ungdomars hälsa och utveckling såväl psykiskt som somatiskt samt över skolmiljöns betydelse för dessa områden. Den speglar elevhälsans breda uppdrag och specifika åtagande och är en reviderad och utökad upplaga av 2017 års utgivning. Den omfattar nu 34 kapitel av 37 författare. En utgångspunkt är en ökande ohälsa hos skolelever, ökad skolfrånvaro och stillasittande och att en minskad andel elever går ut grundskolan med gymnasiebehörighet. Likaså visar internationella jämförelser att svenska elever inte bara upplever sig må sämre än unga i jämförbara länder utan även till en del presterar sämre i de kunskapsprov som ingår i de internationella Pisa-undersökningarna.

Boken vänder sig till blivande och redan yrkesverksamma skolläkare och skolsköterskor, men kan även rekommenderas till rektorer, specialpedagoger, skolpsykologer, kuratorer och allmänt intresserade av skolfrågor.

Framställningen är väl genomtänkt vad gäller layout och samordning mellan bidragen, med bildmaterial som ger ett visst liv åt den tidvis ganska mastiga texten. Varje kapitel avslutas med en sammanfattning samt lista över referenser. Trots innehållets avsaknad av kliniska vinjetter och att elever sällan kommer till tals, kommer man dock ofta nära eleverna, men mindre nära lärarna, skolkuratorerna och specialpedagogerna. Lärarnas omvittnade frustration ligger utanför bokens ansvarsområde.

I denna upplaga har en del nya relevanta ämnen inkluderats: barn som utsätts för våld och barn som våldsutövare; en fördjupad syn på neuropsykiatri; elevers oro för klimatförändringar; samhällets digitalisering och påverkan på lärande och elevhälsa. Vad gäller elever som utsätts för våld innebär barnkonventionen som lag i Sverige att barn har rätt till skydd mot alla former av våld, skada, övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel och utnyttjande inklusive sexuella övergrepp. Cirka 15 % av eleverna som blivit utsatta för en potentiellt traumatiserande händelse uppvisade posttraumatiska stressymtom.

Man diskuterar även det digitala våld som kan innebära utpressning, hot, kränkning och sprida rykten över digitala plattformar och att ungdomar själva kan inse att de använder digitala medier på bekostnad av sömn, motion och skolarbete. Vad gäller upplevelser av existentiella hot uppgav hälften av alla elever oro för klimatkris och framtid, men många elever upplevde sig också trötta på klimatfrågan och förnekade till en viss del att klimatutvecklingen är ett problem.

Vad gäller problematiska ungdomar skall det finnas samarbete mellan elevhälsan, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. I praktiken tycks det dock vara så att bristande kapacitet inom såväl barnpsykiatri som socialtjänst gör att skolans elevhälsa, tillsammans med vårdnadshavare, blir "sittande med elevernas problem i knär". Elevens familjeförhållandens betydelse för hur samarbetet med skolan utvecklas betonas dock inte.

Bokens titel anger att innehållet baseras på ett naturvetenskapligt synsätt. Jag har funderat på hur det skulle kunna te sig om man kompletterade perspektivet med ett systemiskt förståelseinriktat humanistiskt perspektiv. Kanske fick man då lägga till utvecklingspsykologi vad gäller barn och ungdomar, personens känslor och psykiska mående, synpunkter på familjens interaktion med skolpersonal och skolhälsovårdens samverkan med eleven och föräldrar. Med ett fokus där lärandet ses som en hälsopromotor kan elevhälsan med rektor i spetsen skapa goda förutsättningar för fler elever att nå sina kunskapsmål.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Broberggruppen har igen lyckats presentera en bok som ger fullödlig professionell läsupplevelse. Den är skriven för blivande och verksamma pedagoger som arbetar med de yngsta barnen i förskolan, samt för föräldrar och andra intresserade. Författarna väver på ett elegant sätt ihop de teorier som utgår från Bowlby, Piaget, Stern, Mahler och Winnicott och gör en bred översikt över olika faktorer av vikt för barns utveckling. De diskuterar framför allt situationen för de yngsta barnen och poängterar förutsägbarhetens betydelse för deras trygghet.

Anknytningsteorin anses idag allmänt vara den viktigaste teorin vad gäller hur såväl barn som vuxna förhåller sig till å ena sidan närhet och beskydd och å andra sidan självständighet, upptäckarglädje, upplevande av egen styrka och förmåga. För att barn skall utveckla ett tryggt anknytningsmönster skall den vuxne vara en trygg bas för barnets utforskande och utgöra en säker hamn dit barnet kan återvända vid upplevelse av hot eller fara.

Till förskolan kommer barn med olika anknytningsmönster och förutsättningar. De som i hemmet utvecklat en *trygg anknytning* kan bland annat ha lättare att utveckla ett bra kamratskap. Barn med *undvikande anknytning* söker inte lika lätt tröst hos någon vuxen utan försöker klara upp situationer själva, de kan vara mer inriktade på t ex leksakerna än att söka känslomässig kontakt med de vuxna eller de andra barnen, något som gör att pedagoger lätt kan förbise dessa barn. Otrygga barn ropar inte alltid på hjälp och får då inte den tröst de skulle behöva, de verkar lugnare utanpå men kan ha ett högt inre stresspåslag. Om *anknytningen är ambivalent* söker barnet ofta tröst men blir sällan lugnat vilket kan väcka vuxnas irritation mer än medkänsla. Om barn blir skrämde av sina föräldrar kan deras anknytningssystem slå på så starkt att det blir kaotiskt – *en desorganiserad anknytning* kan utvecklas. Om en vuxen är fysiskt eller psykiskt otillgänglig och inte kan trösta barnet lär detta sig att *koppla ur anknytningssystemet*. Anknytningssystemets utveckling och separationsångesten når ofta sin topp kring 18 månaders ålder och under andra levnadsåret omfattas barnets relationer av flera personer – allföräldraskap vilket har evolutionsbiologisk grund.

När ett barn blir oroat släcks deras utforskandesystem omedelbart ner och barnet koncentrerar sig på att åstadkomma en önskad närhet till en trygghetskapande vuxen, dvs anknytningssystemet slås på. Om barnet då får den närhet och trygghet det behöver kan anknytningssystemet växla över till viloläge och barnets utforskandesystem kan åter aktiveras och barnet kan återgå i lek. Författarna poängterar att anknytningssystemet dock i allmänhet inte helt stängs av utan är redo att aktiveras om situationen förändras. Det är viktigt i förskolans vardag att barnets anknytningssystem i hög utsträckning befinner sig i viloläge. Barnet behöver åtminstone en anknytningsrelation i förskolan och pedagogens egna omvårdnadsfärdigheter har

Anknytning i förskolan
Vikten av trygghet för lek och lärande

Malin Broberg, Birthe Hagström och Anders Broberg
Natur & Kultur, 2023

betydelse för att lyhört kunna förutse barns signaler. Likaså behöver föräldrarna också känna sig trygga med att även om barnet har det bra på förskolan så kommer pedagogerna inte att ta över deras plats i förhållandet till barnet.

En inskolning utan tecken på "reaktioner" från barnet kan vara en fälla, det kan tyda på att anknytningssystemet är avkopplat som ett yttersta tecken på stresshantering. Både föräldrar och personal kan misstolka sådan brist på reaktion hos barnet som ett hälsotecken, när det istället kan vara tecken på desorganiserad anknytning.

Barns temperament har betydelse för hur lätt de anpassar sig till förskolan och barnets anknytning i förskolan påverkas av faktorer som familjens situation och kulturella bakgrund samt barnets kön, ålder och temperament. Så kallat sköra barn med egna svårigheter och/eller med en hemmiljö som präglas av stora brister i omvårdnaden kan ha svårigheter att skapa nya anknytnings.

När det gäller att lämna barn på förskolan skiljer föräldrar sig åt, en del kan ha alltför lätt att lämna även om barnen är överväldigade och mycket ledsna, medan andra kan ha svårt att släppa taget även om barn som har anpassat sig väl. Det är då underlättande att känna till att anknytning är hierarkisk och ett litet barn låter sig inte tröstas så länge någon högre upp i hierarkin finns närvarande.

Boken rymmer rikligt med illustrativa vinjetter där man får följa barns utveckling och samspel och där man kommer nära såväl barnen som personalen. I boken betonas också vikten av att förskolepedagogers utbildning vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet när det gäller såväl innehåll som arbetssätt. De högt ställda förväntningarna på förskolan som ställs från politiskt håll rimmar dock dåligt med den situation som råder vad gäller såväl resurser som tillgång till utbildad personal och problem med hög personalomsättning.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



En Pudel!

Det händer att saker blir fel och att saker förändras
Datum kan kastas omkring, konferenser ställs in och bokstäver byter plats

Det händer alla och det har säkert hänt i den här tidskriften

DEADLINE

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

Tema: ***Insikt***

Kalendarium

24th World Congress of Psychiatry
14–17 november 2024, Mexico City, Mexiko
<https://wcp-congress.com/>

STP-konferensen
22–24 januari 2025, Stenungsbaden
<https://stpsykiatri.se/stp-konferensen.html>

Svenska Psykiatrikongressen
12–14 mars 2025, Svenska Mässan, Göteborg
www.svenskapsykiatrikongressen.se/

33rd European Congress of Psychiatry
5–8 april 2025, Madrid, Spanien
<https://epa-congress.org/>

American Psychiatric Association Annual Meeting
(APA)
17–21 maj 2025, Los Angeles, USA
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting>

SFBUP-kongressen, tema Diagnostik i utveckling
17–19 september 2025, Södra Teatern, Stockholm
<https://slf.se/sfbup/>

Fler kongresser och utbildningstillfällen hittar du
på www.svenskpsykiatri.se, www.sfbup.se och
www.srp.se

AVS. Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246
400 16 Göteborg

B **PP** **Sverige, Port Payé**