

Psykiatri

Psykoser och schizofreni

Kompetensmål: Hallucinationer/vanföreställningar

- Samtala med patienten och hantera misstro, rädsla och fientlighet som denne kan ha inför vård
- Identifiera störd verklighetsuppfattning (tankestörningar, vanföreställningar och hallucinationer)
- Väga in närståendes och vårdgrannars information
- Föreslå initial medicinsk behandling utifrån ett patofysiologiskt, farmakologiskt och psykosocialt perspektiv
- Avgöra vårdnivå, förklara beslut och om tvång ska tillämpas

Psykos = så pass försämrad förmåga att kunna **tänka, känna, kommunicera med andra** och **uppfatta verkligheten** att man har besvär med att hantera verkligheten. Symptomen är hallucinationer, vanföreställningar, splittrat tal och övriga (katatoni, desorganisation, negativa symptom etc).

Illusion = perceptuell misstolkning av ett verkligt fenomen. Illusioner sker ofta, ffa när man är trött. De sker ofta vid delirium och organiska tillstånd. Ex pat tror att en sladd är en orm.

Hallucination = en falsk sensorisk perception trots avsaknaden av verkligt sensoriskt stimuli. 20% har haft enstaka hallucinationer och det är inte psykotiskt. En hallucination är psykotisk om patienten inte förstår att det han/hon upplever inte är verkligt. Hallucinationer när man somnar eller vaknar är helt normalt. Ex pat ser en kamel där det inte finns något alls.

Det finns olika typer av hallucinationer: de kan ske i alla sinnesmodaliteter. Hallucinationerna kan vara enkla (mer organisk betingade) eller komplexa (schizofrena, frontotemporallobsproblem).

- Hörsel:** absolut vanligaste
 - Ljud:** tex skratt
 - Röst:** Antingen en 2:a person som pratar med en, eller en 3:e person som pratar om en. En 3:e person är väldigt kännetecknande för schizofreni. Ofta är rösten väldigt kritisk. Kan ibland säga "du får inte berätta om oss, isf dödar vi dig" – mycket vanligt ffa hos unga. Man kan ha flera olika röster. Det kan vara en röst från en känd eller okänd person, oftast är det ett mummel från en okänd. Rösterna kan ofta vara trevliga, men man vet inte när de vänder mot en. Rösterna kan vara som ett samtal, kommenterande eller imperativa (säger till att pat ska göra något – OBS fråga vad rösten säger, vad är det meningen att pat ska göra?).
- Visuella:** ser skuggor eller människor/djur
- Taktila:** pat kan känna att något kryper på huden eller elektricitet i huden
- Doft:** gas, ruttande saker
- Smak:** vanligen obehagliga smaker
- Somatiska:** man känner att hjärnan rör sig, känner att det finns maskar i tarmen

Vissa patienter kan aldrig stå emot, andra kan alltid göra det. Man kan inte förutse när något ska ske (ex suicid). Om patienten "svarar" rösten högt då vet vi att han inte har några hämningar kvar alls – mycket farligt.

Vanföreställningar

Patienten har en falsk fix idé som inte delas av andra i subkulturen. Ibland kan patienten tro på helt absurda saker, men de behöver inte bizarra/absurda. Ibland kan det vara svårt att avgöra, isf får man

gå på hur logiken är uppbyggd i resonemanget – ”varför tror du det?”. Idén kan möjligen stämma, men om logiken bakom är helt befängd så är vanföreställningen ändå bizarr.

- **Paranoida: dessa patienter kan döda okända ”förföljare”.** Ffa om de namnger individer, då är nästa steg vanligare. Patienterna trakaseras, attackeras eller motarbetas.
- **Svartsjuka: tror att maken är otrogen för att det ligger ett godispapper i fickan**
- Grandiosa: Oftare vid manisk psykos, man tror att man är här för att rädda världen
- Erotomani: tror att ngn annan är förälskad i pat
- Religiösa: tror att man är Jesus, gud eller satan
- Nihilistiska: vid depressiv psykos, tankar på att allt är dött och att kroppen inte längre existerar.
- Hypokondriska: ”jag har AIDS” trots negativa labb-svar
- Hänsyftningsidéer: ”de skrattar åt mig”, ”de pratar om mig på TVn” eller ”killen på TVn pratar till mig, det som står i tidningen är skrivet till mig”
- Somatiska: innehåller kroppens utseende eller funktioner
- **Styrningsupplevelser: känslor, impulser, tankar eller handlingar styrs av andra eller krafter**
- **Tankedetraktion: ”ngn tar aktivt bort mina tankar”**
- **Tankepå sättning: ”ngn stoppar in tankar i mitt huvud”**
- **Tankeutbredning: det pat tycker är värst, deras tankar kan uppfattas av alla**

Kan vara väldigt farliga.

Mer specifika till schizofreni.

Tankestörningar (tal)

Detta är det av tankarna som kommer ut i talet.

- Störningar i tankeflödet: mängd, takt, hastighet, distraherbarhet. Ex fåordig om deprimerad, ”kulspruta” om manisk
- Störningar i formen av meningarna
 - Tankeflykt – splittring: strukturproblem
 - Lösa associationer – ordsallad: orden blandas och man förstår ingenting, oftast OK fraser men osammanhängande fraserna.
 - Ovidkommande tal: information som ej är relevant
 - Förbisvar: pratar utan att svara, eller svarar på ”fel” fråga
 - Neologismer: skapar egna ord för att beskriva saker
 - Ekolali: upprepar allt den andra säger, kan ske på tankenivå också (pat tänker det den andre sagt)
 - Perservation: intern upprepning (framförallt frontallobsskador), tex ordupprepning, vanligast är upprepning av meningar eller tema ”jag har upphovsrätt till jorden, vattnet och luften”. Ofta är patienterna omedvetna om att de sagt det.
 - Omständighet: ger **alla** detaljer, långa utläggningar.

Schizofrena har ofta monotont och uppdelat tal.

Katatoni

Detta är beteendemanifestationer, motoriska störningar.

- Stupor: helt rörelseförlamad, okommunicerbara men allt registreras av patienterna. Vid svår depression eller schizofreni.
- Excitation: rusar fram, dansar. Låg medvetenhet när det pågår. Mildare form är rastlöshet, psykomotorisk agitation (stereotypa rörelser).
- Katalepsi: ”waxy flexibility”, eftersvängningar efter tryck
- Onaturliga ställningar: patienten kan stå i timtals i en ställning som en vanlig kropp inte skulle klara av
- Rigiditet

- Autonoma störningar på blodtryck, puls, temp, muskeltonus: kan gå både uppåt och nedåt. Thalamusreglering?

Desorganisation

Desorganisationen kan vara i tankar, känslor eller beteende och reflekterar försämrade kognitiva processer. Ex kan man lägga kläder i kylan och mat i garderoben, men patienten inser först när de är friska att sakerna ligger på fel ställe. Man kan påbörja 10 saker men inte avsluta något, samla massor av saker på hög, ta på sig kläder bakomfram eller inout. Insikten kan variera: det kan kännas verkligt i akuta fasen men när patienten behandlas inser de ofta att de varit sjuka. Vissa har dock aldrig någon sjukdomsinsikt och tar medicinerna för att "grannarna är lugnare då och stör inte lika mycket".

Negativa symptom

Ovan beskrivna symptom är positiva och har tillkommit. Det finns även negativa symptom, och dessa är saker som försvinner eller "skruvas ned" på patienten, de fynd som det är "för lite av".

- Få tankar, få ord
- För lite aktivitet: passivitet, apati, viljelöshet
- Få känslor, minimal ansiktsmimik
- Få beslut

Bleuler 4A: ambivalens (beslutsoförmåga), associationer (splittrat tal), autism (drar sig undan), affekt (minimal mimik).

Definitioner

- Syndrom: en samlig av symptom som ses tillsammans, beskrivning av dessa utan antagande om orsak till symptomen.
- Störning: används som begrepp när något **stör** funktionen (störande för andra eller patienten själv).
- Sjukdom: används bara när den biologiska orsaken till ett beskrivet syndrom är känt.

Kortvarig psykos

Kommer plötsligt, man vaknar upp och något är annorlunda. Detta är för psyket en mycket stressande situation. Psykosen kan vara från 1 dag till 1 månad och kan bestå av hallucinationer, vanföreställningar, desorganiserat tal, beteende eller katatont beteende. Genesen är ofta stress.

Schizofreni

- Minst två av följande symptom under en period av en månad (eller kortare om behandlad)
 - 1) Vanföreställningar
 - 2) Hallucinationer
 - 3) Desorganiserat tal: ex uppluckrade associationer, splittring
 - 4) Påtagligt desorganiserat eller katatont beteende
 - 5) Negativa symptom: dvs affektiv avflackning, utarmat tankeliv eller viljelöshet
- Social eller yrkesmässig dysfunktion:** minst ett viktigt område i tillvaron (arbetslivet, mellanmänniska relationer, personlig omvårdnad) har fungerat påtagligt sämre jämfört med före störningens debut.
- Kontinuerliga sjukdomstecken under minst 6 månader.** Detta måste innefatta minst en månad (kortare tid om behandlad) med symptom som uppfyller kriterium A (aktiv fas-symptom). Övriga tiden innefattar prodromal- eller residualsymptom. Under dessa perioder kan störningen visa sig i form av enbart negativa symptom eller i form av två eller fler av symptomen under kriterium A, fast i försvagad form. Detta är en slags uppluckring av hur man uppfattar saker runt sig, ibland man det vara bara en känsla av att något inte stämmer, eller en oro om det. **TAKE HOME MESSAGE: OBS, detta kan bara vara en depression, så man måste fråga om psykossymptomen (men de kan utebli i upp till år).**

D. Schizoaffektivt syndrom har uteslutits

E. **Andra orsaker till psykos har uteslutits:** ex droger eller somatisk sjukdom

F. Samtidig genomgripande störning i utvecklingen: om det också förekommer framträdande vanföreställningar eller hallucinationer under minst en månad (eller kortare tid om symptomen behandlas framgångsrikt)

Sammanfattande

- Positiva symptom >6 månader (över en månad enl ICD-10).
- Debut i 15-25 åå, varierar mellan olika kulturer, tidigare debut ju tidigare man går ut i arbetslivet.
- 1% av befolkningen. Har båda föräldrarna sjukdomen är det 40% risk att barnet också får det.

De flesta patienterna insjuknar i ung ålder. Sjukdomen kan debutera i tonåren då patienten kanske röker på, spelar dataspel, hänger med fel kompisar och betygen sjunker. Är det bara en livsstilsfråga? Beror hallucinationerna på att patienten drogat eller har han schizofreni?

Ofta har patienterna också kognitiva förändringar (50-85% av patienterna) i form av störningar på uppmärksamhet, arbetsminne, inlärning, exekutiva funktioner (logik, styra impulser), motorisk och tankemässig hastighet. De blir helt enkelt "långsammare."

Schizofreniform störning

- A. Kriterierna A, D och E för schizofreni är uppfyllda (symptom finns, andra orsaker uteslutna)
- B. En sjukdomsepisod (inkl prodromalfas, aktiv fas samt residualfas) varar >1 månad men <6 månader

Man måste specificera om man har goda eller inte goda prognostiska tecken. Dessa är

- 1) Debut av framträdande psykotiska symptom inom 3v från de första märkbara tecknen på att det vanliga beteendet eller den vanliga funktionsförmågan förändrats.
- 2) Konfusion eller perplexitet under den mest intensiva sjukdomsfasen.
- 3) God social och yrkesmässig funktionsförmåga före sjukdomsdebuten.
- 4) Ej avtrubbade eller flacka affekter.

Vanföreställningssyndrom

- A. Icke bisarra vanföreställningar >1 månad
- B. Kriterium A för schizofreni aldrig uppfyllt (dvs ingen desorganisation, avflackning eller tankestörning). Hallucinationer enbart i samma tema som vanföreställningarna.
- C. Ingen försämring av psykosociala funktionen förutom **i direkt anslutning** till symptomen.
- D. Förstämningssrubbingar korta i förhållande till ihålligheten av vanföreställningarna.
- E. Somatiska orsaker till symptomen uteslutna.

Vanföreställningssyndrom finns oftast hos lite äldre människor. De får tex för sig en svartsjuka eller förföljelse vanföreställning (efter **verklig** mobbing på arbetsplatsen). De tror tex att det finns gas i lägenheten men allt är ua utanför den så därför märks sällan symptomen av. Patienterna söker vård först när de blir deprimerade. Det finns flera olika subtyper beroende på vanföreställningarnas innehåll.

Prevalensen är låg, 0,03% och debuten sker oftast över 40åå. Individerna är oftast tidigare välfungerande som utsatts för något där tankarna kring detta gradvis förstoras och personen tappar verklighetsuppfattningen – situationen förklaras avvanföreställningar. Prognosen är bättre om man är ung, kvinna och med högre premorbid funktion, samt om insjuknandet skedde snabbt och behandlingen startades fort.

Schizoaffektivt syndrom

Patienten har både symptom på schizofreni **och** bipolär sjukdom. Debut runt 20-30åå.

- A. En sammanhängande sjukdomsperiod då (under någon tid) en egentlig depressionsepisod, manisk episod eller blandepisod föreligger **samtidigt** med symptom som uppfyller kriterium A för schizofreni.
- B. Under en och samma sjukdomsperiod har vanföreställningar eller hallucinationer förekommit under minst två veckor i **frånvaro** av framträdande förstämningssyndrom.
- C. Symptomen som uppfyller kriterierna för en förstämningsepisod förekommer under en betydande del av den sammanlagda varaktigheten av sjukdomens aktiva faser och residualfaser.

Utredning av psykostillstånd

A och O är att utesluta allt annat som kan ge psykoser!

- Droger eller läkemedel: amfetamin, alkohol, kokain. Droger är den absolut största orsaken till psykos! Psykoser av hash och amfetamin kan sitta i upp till 8v efter ett användninstillfälle -> mycket knepigt.
- Epilepsi: ffa temporallob, de behöver inte ha kramper, det kan vara status epilepticus.
- Neoplasi
- Andra: Infektioner kan ofta ge psykiatriska symptom!! AIDS, herpes encefalit, neurosyfilis, borrelia. Om patient >30 år överväg även Huntingtons, "normal pressure hydrocephalus" och SLE.

För att få en ordentlig anamnes är det viktigt att fråga både patienten och anhöriga eftersom patienterna oftast inte kan ge en tidsram eller vet exakt vad som har hänt. Det är också viktigt att observera och bedöma patientens funktion. En psykologutredning ska helst ske när patienten är stabil. Övriga tester som bör utföras är

- Blodprov: blodstatus, el-status, leverprover, thyreoideastatus, B12, folat, drog-screening, prolaktin, blodfetter, ev FB-glukos, borrelia. I vissa fall även SR, syfilis, HIV och hepatitprover.
- DT eller MR hjärna
- EEG

BILD!!

Barn som vuxit upp med fysisk eller sexuell misshandel har en 6-8x förhöjd risk. Man har visat att unga som röker hash har försämrade myelinisering, men det är oklart om hur det såg ut innan: använder de hash för att de är sjuka eller blir de sjuka för att de använde hash? Om man har 1 förstegradssläkting med sjukdomen är risken 10% att man själv får den. 40% stor risk om båda föräldrarna är schizofrena.

Behandling

Patienten har många olika typer av symptom som kräver olika typer av behandling. Exv motoriska problem behandlas bättre med ECT än läkemedel. Negativa symptom är särskilt svårbehandlade; en del blir bättre men en del blir tom sämre.

Akut behandlingsskede

Nyckeln är empati, förmedla hopp.

- 1) Skapa en behandlingsallians: bevara lugnet och visa patienten respekt - det är ingen mening med att gå i clinch med patientens vanföreställningar. Förmedla att du mött det här förut och att du kan hjälpa patienten genom den här svåra perioden (om pat lider av det hon upplever).

- 2) Är patienten misstänksam? Var öppen! Om pat ska ta emot mat, dryck eller tabletter – visa gärna oöppnade förpackningar och öppna dem framför patienten. Smaka tex på maten innan hon ska äta.
- 3) Är patienten helt negativ till vård? Förklara varför du gör som du gör, var öppen, snäll i rösten men bestämd. Förmedla att du inte är rädd för patienten eller vad hon upplever men att situationen kan bli farlig för patienten eller andra. Tänk på ditt kroppsspråk. **MEN TÄNK ALLTID PÅ SÄKERHET**, ha en trygg utflyktsväg.

Var och hur ska patienten behandlas?

- Lugn miljö: hemma eller på avdelning
- Säkerhet: våld eller suicidrisk. Om patienten har imperativa röster om våld eller skada -> lägg in direkt!

Neuroleptika

Effekten av neuroleptika tar veckor, det kan ev finnas behov av lugnande mediciner innan dess. Akuta övergående psykosor kan svara enbart på miljö och lugnande mediciner. Det finns olika typer av neuroleptika

- **Klassiska:** 1:a generation. Vid psykos föreligger ett överuttryck av dopamin-receptorer. De klassiska neuroleptika är DA antagonister -> noll effekt av dopamin -> parkinsonism som biverkningar. Haldol (haloperidol), cisordinol (zuklopentixol – även sederande), trilafon (perfenazine), hibernal (klorpromazin). De klassiska blockerar dopaminreceptorerna i hela hjärnan.
- **Atypiska:** 2:a generation. De atypiska har en annan receptorbindningsprofil än de klassiska. Antagonist på både dopamin och serotoninbanor. Detta ger en balans och man får inte alla biverkningar (exv parkinsonism). Leponex (klozapin), zyprexa (olanzapin), seroquel (quetiapin), risperdal.
- **Partiella agonister:** de gasar och bromsar samtidigt. Dock funkar de inte så bra, effekten avtar med tiden och patienterna upplever ändå biverkningar. Abilify (aripiprazol).

Preparat	Dos	Biverkningar
Haldol	2-8mg	Antikolinerga, extrapyramidala, tardiv dyskinesi,
Cisordinol	20-50mg	sexuella, sedering, prolaktinstegring
Trilafon	8-32mg	
Risperdal	2-8mg	Som ovan, fast mindre
Klozapin (sista utvägen)	150-600mg	Leukopeni (ta LPK!), kardiomyopati, salivering
Zyprexa (olanzapin)	5-20mg	Metabolt syndrom, viktuppgång
Seroquel (quetiapin)	350-800mg	Sedering, hypothyreos
Abilify	5-20mg	Extrapyramidala, effekten avtar?

Klozapin kan ha effekt när inget annat har det, 30% av pat som ej förbättras av andra LM förbättras på klozapin, och långsiktigt så många som 81%.

Den antipsykotiska effekten är i stort sett likvärdig mellan de klassiska och atypiska neuroleptika. Det som skiljer de två grupperna åt är biverkningsprofilen. **Extrapyramidala biverkningar** är motoriska biverkningar och sker ffa vid hastiga dosökningar. Dessa sker minst vid de atypiska neuroleptika (klozapin, zyprexa, seroquel). Akuta tillstånd bör behandlas med biperidon (antikolinergikum), dossänkning och perparatbyte (ev tillägg av antikolinergika). Tardiv dyskinesi debuterar dock oftast vid dossänkning och kan gå tillbaka om man återgår till den högre dosen.

	Akut Dystoni	Akatisi	Parkinsonism	Tardiv dyskinesi
Beskrivning	Tonusökning, kramp	Motorisk rastlöshet	Akinesi, rigiditet	Hyperkinesi*
Frekvens	1-5%	10%	10-50%	0,5-65%
Debut	Timmar-dagar	Dagar-veckor	Veckor-månader	Månader-år
Effekt av antikolinergika	+	+/0	+	0/-
Obalans i transmittorer	DA < ACh	?	DA < ACh	Glu > GABA

*BLM (=bucco-linguo-mastikatoriskt syndrom) med grimaser, smackningar och tungrörelser.

Övriga biverkningar är trötthet och känsla av att vara drogad (försvinner inom några dagar) samt en kvarstående depression som inte svarar på vanlig antidepressiv behandling så ECT kan vara behövlig (sätt ut neuroleptika om suicidrisk förekommer).

Vilka symptom blir bättre?

- Positiva symptom
- Agitation, sömnstörning och oro
- Nyare preparat behåller kognitiva funktionen och försämrar inte den som de klassiska
- Seroquel har en viss antidepressiv effekt, därför lägger man ofta till den så gamla inte blir för flacka
- Inget neuroleptika har effekt på klassiska negativa symptom

Hur sätter man in?

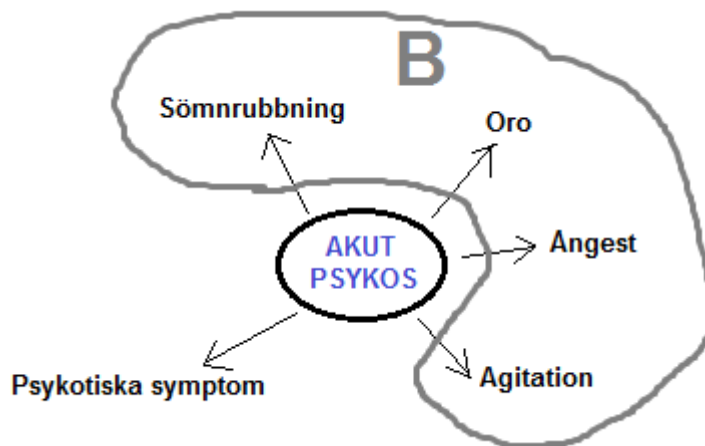
- 70% svarar på medicinen. Själva insättningen beror helt på situationen, i öppenvård kan man börja i lite lägre dos och titrera upp för att undvika biverkningar (som ger sämre compliance). I slutenvård går man ofta direkt in med den dos man tror ska ge effekt. Effekten tar 2-8v, maxeffekten för en viss dos sker först efter 12v.
- Man kan använda sig av depåpreparat vid svårare sjukdom, obefintlig sjukdomsinsikt, och kognitiva svårigheter som medför att patienten inte kommer ihåg att ta tabletten. De kan ges som injektion varannan till var tredje vecka.
- Om extrapyramidala biverkningar uppkommer - > byt preparat hellre än att ge antikolinerga läkemedel! Antikolinergika ger nedsatt minne och kognition så man vill i första hand byta till ett annat preparat. Extrapyramidala biverkningar är: **parkinsonism**, **akinesi**, **dyskinesi** – muskelkramp, **tardiv dyskinesi** – okontrollerade rörelser (ffa runt munnen), **akatisi** – rastlöshet, motorisk orolighet, antingen observerbart eller "bara" en inre känsla.
- Försök att bara använda dig av monoterapi, men använd flera vid svårare sjukdom.

Modern Intregerad Behandling av schizofreni - smörgåsbordet

Detta är en kombination av de interventioner som har bevisad effekt mot symptom, som minimerar sjukdomsdagar, förbättrar funktionen och höjer livskvaliteten hos personer med schizofreni. Läkemedel är bara en förutsättning för andra insatser. Nyckeln är att utbilda patienten om sina symptom.

- Medicinering
- ACT: assertive community treatment, uppsökande verksamhet där multidisciplinära team kommer till patienten
- Personen: psykoedukation, social skills training, KBT – ifrågasätt vanföreställningarna och hallucinationerna, neurokognitiv rehab – träna uppmärksamheten och närminnet, arbetsstöd/ingångsjobb
- Familjeinterventioner med psykoedukation, stöd och hanteringsstrategier

Hur ska man behandla en patient som kommer från akuten?



Om man behandlar "B" symptomen kommer det innebära att de psykotiska symptomen lägger sig snabbare. Detta är bra eftersom neuroleptika-effekten kommer först efter flera veckor.

- 1) Oro – Sederande: stesolid (bensodiazepin), verkar snabbt och påverkar alla "B".
- 2) Sömn: insomning (kortverkande) + sömnmedicin (långverkande)

Om pat har en känd psykossjd sätter man in neuroleptika akut eftersom de ofta har den kraftiga sederande effekten som är viktigt vecka 1 (haldol, cisordinol, zyprexa, seroquel). Vet man inte vilken diagnos patienten lider av vill man gärna observera pat utan neuroleptikapåverkan, men om symptomutvecklingen blir värre och värre måste man sätta in neuroleptika.

Mår patienten bra efter några veckor skrivs han hem för uppföljning via öppenvården. Där får pat lära sig känna igen sina symptom, stressreduceringstekniker och vilka sömnvanor som är att föredra. Där får man också observera patienten eftersom återfallsrisken är störst inom 6 månader. Har allt fungerat bra i 2 år är prognosen godartad.

Maligt neuroleptikasyndrom – 10% mortalitet

Inom psykiatrin finns det vissa diagnoser med hög dödlighet via somatiska komplikationer och dessa måste alla läkare känna till: maligt neuroleptikasyndrom, malign katatoni och serotonergt syndrom. För MNS krävs följande

- 1) Muskelrigiditet och förhöjd kroppstemp under pågående neuroleptikabehandling
- 2) Minst två av följande
 - a) Ökad svettning
 - b) Dysfagi
 - c) Tremor
 - d) Inkontinens
 - e) Förändringar i medvetande
 - f) Mutisk
 - g) Takykardi
 - h) Förhöjt eller labilt blodtryck
 - i) Leukocytos
 - j) Ökat kreatininkinas

Risikfaktorer för att drabbas är: **låg ålder**, manligt kön, **dehydrering**, fysisk utmattning, agitation, cerebrala lesioner (inkl HIV), katatona symptom, kokainmissbruk samt **snabb dosökning** och/eller **höga doser** av neuroleptika. Man tror att patofysiologin är dopaminerg hypofunktion och serotonerg hyperfunktion.

Vid minsta misstanke om MNS ska neuroleptika omedelbart seponeras och symptomlindrande behandling inledas. Vitalfunktionerna ska även övervakas och vätsketillförsel är av högsta prioritet då pat ofta redan är dehydrerad och fortsatt dehydrering förvärrar tillståndet.

- **Bensodiazepiner**
- **Dopaminagonister** minskar parkinsonistiska symptom

- **Dantrolen:** licenspreparat som muskelrelaxerar. Bra vid malign hypertermi och därmed vid MNS med hög temperatur, rigiditet och markerad hypermetabolism.
- **ECT:** bra pga anti-kataton effekt (muskelrigiditeten)

Allvarliga komplikationer till MNS är pneumoni, arytmier, tromboembolism, rhabdomyolys och njursvikt. Risken att återinsjukna är 30% och man bör vänta minst 2v med att återinsätta neuroleptika.

Differentialdiagnostiskt bör man tänka på **malign katatoni** då pat har en extrem form av katatoni med excitation eller stupor, förvirring, hypertermi och autonom labilitet. I labb ses leukocytos och CK-stegring. Detta behandlas oftast med ECT och bensodiazepiner.

En annan viktig diff-diagnos är **serotonergt syndrom**. Initialt ses illamående, kräkningar, svettningar, oro och rastlöshet. Därefter kan konfusion, hypertermi, muskelrigiditet, tremor, hyperreflexi och kramper utvecklas. Risk finns för andningsdepression, arytmier och rhabdomyolys. Man behandlar serotonergt syndrom med seponering av SSRI och symptomatisk behandling på IVA.

	Malignt neuroleptikasyndrom	Serotonergt syndrom
<i>Utlösande läkemedel</i>	Neuroleptika	SSRI
<i>Debut</i>	Långsamt, flera dagar	Snabbt, inom 24h
<i>Neurologiska symptom</i>	Blyrörs rigiditet	Hyperreflexi, mydriasis, nystagmus, myoklonus
<i>GI-symptom</i>	Dysfagi, salivation	Illamående, diarré

Tvångsvård

Kompetensmål: Psykiatrisk tvångsvård

- Utifrån en klinisk situation diskutera indikationer för och genomförande av tvångsvård enligt LPT.
- Översiktligt redogöra för LRV.
- Korrekt fylla i ett vårdintyg enligt LPT och redogöra för befogenheter vid tvångsåtgärder.
- Reflektera över etiska dilemman i samband med tvångsvård. Bemöta tvångsvårdade patienter med respekt.

Psykiatri

LPT Lagen om psykiatrisk tvångsvård

LRV Lagen om rättspsykiatrisk vård

Socialtjänst

LVM Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

LVU Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga

Vårdintyg §4

Vårdintyg får endast utfärdas av **legitimerade** läkare. Läkaren måste ha träffat patienten i samband med att vårdintyget utfärdats och då undersökt honom. Vårdintyget är "färskvare" och gäller i 4 dygn från det att läkaren har träffat patienten. Väl på en psykiatrisk klinik så kan vårdintyget gälla i maximalt 24h innan ett intagningsbeslut måste ha fattats (oavsett om patienten kommit in direkt med vårdintyget eller efter 3 dygn). Sjukvården får ej hålla kvar patienten med våld om bara ett vårdintyg har utfärdats, för detta behöver polisen "handräcka" och göra det åt dem.

Kriterier som samtliga måste föreligga samtidigt (TAKE HOME MESSAGE)

1. Allvarlig psykisk störning (sjukdomstillståndet)
2. Oundgängligt behov av psykiatrisk slutenvård (bara slutenvård kan hjälpa, öppenvård hjälper ej)
3. Patienten motsätter sig vård *eller* kan ej ta grundad ställning (maniska patienter bedöms ej kunna ta ställning, även om de säger att de "vill" bli inlagda)

En "allvarlig psykisk störning" är ett juridiskt begrepp och innefattar inga specifika diagnoser. Hänsyn måste tas till såväl sjukdomens art som grad. Arten = schizofreni, graden = allvarliga symptom **just nu**. Exempel på allvarliga psykiska störningar är

- Psykotiska tillstånd
- Svåra depressioner med allvarligt självmordsbeteende
- Personlighetsstörningar eller neuropsykiatriska störningar med återkommande impulsgenombrott av psykotisk karaktär och/eller stark tvångmässighet (super-allvarliga)
- Svår demens
- Svår utvecklingsstörning
- Grava hjärnsskador

Kvarhållningsbeslut §6

När en patient med vårdintyg kommer till en psykiatrisk klinik ska **läkaren i tjänst** där (behöver ej vara legitimerad) skriva ett **kvarhållningsbeslut**. Detta är inte absolut nödvändigt, men med det kan personalen få hålla kvar patienten på avdelningen tills vårdintaget är prövat. Detta gäller så länge vårdintyget gäller på kliniken – alltså maximalt 24h. Fram tills ett ev intagningsbeslut är fattat får patienten hållas kvar på vårdinrättningen, spännas fast med bälte och (om det finns överhängande risk för patientens liv och hälsa) ges nödvändig behandling. Om behandlingen är av en mer kvalificerad natur måste läkaren som beslutar om den vara legitimerad. *"Tvångsåtgärder innan intagningsbeslut (§6a) innebär behandling eller fasthållning om det finns en fara för patientens eller omgivningens liv eller hälsa. Bara legitimerade läkare kan ta beslut om dessa."*

Efter kvarhållningsbeslutet får patienten kroppsvisiteras (eller ytligt kroppsbesiktigas) för att ta hand om olämpliga saker som patienten kan ha med sig. Man får **inte** göra en fullständig kroppsbesiktning (us av munhåla, anus och vagina). Det som ingår i kroppsbesiktningen är att patienten inspekteras naken (inkl fotsulor, skalp och armhålor). Kroppen får inte beröras och patienten kan inte tvingas inta särskilda ställningar.

Intagningsbeslut §6b

Sker på den psykiatriska kliniken av en överläkare som beslutar att vårdintyget skrivit tidigare "håller". Ska ske senast 24h efter det att patienten inkommit till kliniken. Detta medför att patienter som vårdas enligt LPT har blivit bedömda av två separata läkare, oberoende av varandra (de får inte vara släkt, men de får arbeta på samma klinik): en är leggad och en är överläkare i psykiatri. Ett intagningsbeslut gäller i 4 veckor (eller tills chefsöverläkaren avskriver LPT). Krävs en längre vårdtid än så under LPT ansöker man om medgivande hos länsrätten, om rätten bifaller ansökan får vården pågå under högst 4 månader from intagningsbeslutet. Om fler förlängningar behövs så gäller de i 6 månader i taget.

Varje person som vårdas enligt LPT har laglig rätt till en stödperson. Denna person ska vara helt fristående från sjukvården och utses via patientnämnden.

Konvertering

Vårdas patienten frivilligt på psykiatrisk klinik enligt HSL (hälso- och sjukvårdslagen) kan man konvertera det till tvångsvård. Då måste följande kriterier vara uppfyllda

1. Allvarlig psykisk störning
2. Oundgängligt behov av psykiatrisk slutenvård
3. Patienten motsätter sig vård eller kan ej ta grundad ställning

OCH

4. Patienten kan till följd av sin psykiska störning befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan

Med "allvarligt skada" avses ffa fysisk skada, men även psykiskt lidande hos personer i omgivningen pga hot eller trakaserier. Däremot avses inte skada på egendom eller "ekonomisk skada" – därmed utesluts konvertering av maniska patienter som säljer och köper mycket.

Efter konverteringen måste chöl underställa förvaltningsrätten senast dagen efter. En konvertering gäller i fyra dagar, om chöl tror att en längre tvångsvård behövs ska man ansöka om det till förvaltningsrätten. Första förlängningen blir, liksom vid fall utan konvertering, 4 månader från konverteringsbeslutet och därefter 6 månader i taget.

Tvångsåtgärder och tvångsbehandling

<i>Term</i>	<i>Förklaring</i>
Tvångsvård	Syftet är att patienten ska bli i stånd att frivilligt medverka till psykiatrisk vård. Tvångsvård skall utnyttjas sparsamt och med beaktande av patientens rättssäkerhet. Beslut om vårdinnehåll, inklusive tvångsåtgärder, fattas av chöl eller specialistläkare med chöl-uppdrag inom psykiatrisk slutenvård.
Tvångsbehandling	Medicinering, ECT och behandling av somatisk sjukdom som förorsakar en allvarlig psykisk störning. Tvångsbehandlingen får bara ges för att uppnå syftet med tvångsvården. Under vissa förutsättningar kan denna behandling ges innan intagningsbeslutet är fattat, men får under inga omständigheter ges inom öppen psykiatrisk tvångsvård.
Tvångsmedicinering	Injektioner under fasthållande eller fastspänning.
Bältesläggning	Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan får pat kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Vårdpersonal ska då vara närvarande under den tid som pat hålls fastspänd. Pat får enbart ligga i bälte <4h, vid överskridelse måste socialstyrelsen meddelas.
Rumshållning	Patienter får hållas avskild från andra patienter om det är nödvändigt pga aggressivt eller störande beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Beslutet gäller högst 8h. Finns behov efter 8h får man meddela socialstyrelsen.

Under pågående sluten psykiatrisk tvångsvård kan patient i undantagsfall ges somatisk behandling mot sin vilja, ex livräddande åtgärder. Om den allvarliga psykiska störningen är direkt orsakad av en svår somatisk sjukdom (även utan livsfara) kan en somatisk behandlingsåtgärd vara absolut nödvändig (ex Astrids UVI). Patienten kan vårdas på en somatisk avdelning om besvären så kräver, men då måste hon vara inlagd på en psykiatrisk klinik med LPT och sedan återgå dit när det somatiska är färdigbehandlat. Hennes sängplats på den somatiska avdelningen får då ses som en "psykiatrisk ö" där LPT gäller.

Exempel på vårdintyg

Ruta	Ifyllning
Anamnes bakgrund	Ange relevanta uppgifter för bedömning av vårdbehovet, tex tidigare ohälsa och vård samt sociala förhållanden (de kan vara riskfaktorer). Skriv om vårdad enl LPT tidigare.
Anamnes nuvarande tillstånd	Redogör för den psykiska störningen, dess utveckling och huvudsymptom enl patienten och/eller andra personers beskrivning. Ange de förhållanden som nödvändiggör intagning på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetrunt vård.
Status somatiskt	Somatiskt undersökningsresultat
Psykiiskt	Ange iakttagna avvikelser som är av betydelse för bedömningen av vårdbehovet och diagnosen (vanligt psykstatus, men bara avvikelser) och ev sjukdomsinsikt.
Sammanfattning	
1. Den undersökte lider av allvarlig psykisk störning pga	"Schizofreni." Skriv så uttömmande som möjligt, ibland är vårdintyget den enda informationen avd har tillgång till.
2. Oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk slutenvård	"Akut försämring med psykotiska symptom, verbal och fysisk hotfullhet. Mottar ej medicinering frivilligt och är i akut behov av antipsykotisk behandling." Beskriv explicit varför pat behöver slutenvård, ex "pat behöver slutenvård då pat befaras i sitt nuvarande sjukdomstillstånd allvarligt skada sig själv/andra eller utföra andra ogenomtänkta handlingar med allvarliga konsekvenser för pat eller andra."
3. Den undersökte har följande inställning till erbjuden vård	"Vägrar vård."
4. Den undersökte kan befaras att allvarligt skada sig själv eller någon annan (vid konvertering)	"Suicidrisk, avskedsbrev."

Öppen psykiatrisk tvångsvård – ÖPT §26

Tvång får tas till i öppenvård för att minska risken för återinsjuknande. Detta är för att tvinga patienter till behandling utanför sjukhuset. Dock finns inte någon konsekvens om patienten inte underkastar sig behandlingen. Två saker krävs för vård enligt ÖPT

1. Brev till förvaltningsrätten när pat vårdas enl LPT. Där ska man ange vilka **vilkor** som ska vara för behandlingen (ex "gå till mottagningen varannan fredag för injektion" eller "ej inta berusningsmedel") och ska inkludera kriterierna
 - a. Den allvarliga psykiska störningen
 - b. Varför det **ej** är oundgängligt med sluten psykiatrisk vård
 - c. Att patienten motsätter sig vård
2. Samordnad vårdplan med PAL i öppenvård och slutenvård och en socialsekreterare.

Längden för ÖPTs giltighet beror på hur många gånger LPT förnyats. Har det aldrig förnyats räcker ÖPT i 4 månader, men har LPT förnyats en eller fler gånger så räcker ÖPT i 6 månader. ÖPT kan man således se som LPT i förlängning med tanke på giltighetstiderna.

Man kan återintaga en patient som vårdas enl ÖPT så denna istället vårdas enl LPT. Detta kan ske på två sätt

1. Akut återintagsbeslut. Chöl tycker att kriterierna för vårdintyg nu uppfylls. Detta beslut räcker i 4d (som vid HSL-konvertering), och om patienten skrivs ut innan dess fortsätter ÖPT som vanligt. Är vårdbehovet längre än 4d måste man ansöka om förlängning annars blir vården per automatik enl HSL.
2. Icke-akut återintagningsbeslut. Tex om patienten flera gånger har missat sina tvångsbehandlingar och anhöriga klagat men han inte uppfyller kriterierna för vårdintyg så kan chöl skriva ett brev till förvaltningsrätten. De beslutar då om ett intag enl LPT kan ske ändå trots att kriterium 2 ej föreligger.

LRV – Lagen om rättspsykiatrisk vård

Vårdintyg enligt 5§ LRV kan utfärdas om

1. Allvarlig psykisk störning
2. Behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses på en sjukvårdsinrättning (ej oundgängligt)
3. Patienten motsätter sig vård eller kan ej ta grundad ställning
4. Patienten är frihetsberövad

LVM – Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

- Missbruk
- Behov av vård
- Vård kan ej ges på frivillig väg
- Utsätter sin psykiska och fysiska hälsa för allvarlig fara
- På väg att förstöra sitt liv eller befaras komma att allvarligt skada sig själv eller annan

Socialnämnden utreder fall och förvaltningsrätten fattar beslut som gäller i 6 månader. **Vem som helst kan göra en anmälan till socialtjänsten när en person misstänks vara i behov av tvångsvård pga missbruk.** Ett akut LVM kan tas om tex en gravid kvinna injicerar heroin, då får patienten inte gå ifrån platsen.

LVU – Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga

1. Problematisk miljö

ELLER

2. Problematiskt beteende

Beslut enl LVU fråntar inte föräldrarna vårdnaden, men det innebär vissa tillfälliga inskränkningar i densamma.

Psykiatriskt status

Kunskapsmål: Anamnes och psykiatriskt status

- a) Självständigt ta en bred, detaljerad och riktad psykiatrisk anamnes samt bedömma och dokumentera psykiatriskt status.

Lyssna noga på patienten och titta på honom, tänk inte bara på "nästa fråga".

Anamnes

Tas från patienten men viktig information kan hämtas från andra rapportörer (anhöriga, polis, vårdpersonal). Vårdera uppgifternas tillförlitlighet!! Börja öppet och se vad patienten kommer med, men ofta behövs stängda frågor. Beakta särskilt självmordsrisk och farlighet (Psykos? Paranoid? Paranoia mot specifik person är farligare än en "liga". Finns det något specifikt mönster? Finns det något som patienten upplever som hotfullt eller triggar igång honom?).

- Vilka symptom söker patienten för? Vilka symptom besväras just nu?
- När började symptomen och hur har de utvecklats?
- Hur påverkar besvären patientens vardag?
- Vad har patienten gjort åt besvären? Hur har det fungerat?
- Varför söker patienten just nu?
- Hur ser patientens aktuella livssituation ut (ex arbete, studier, familj, socialt nätverk)? Hur såg den ut innan besvären började?
- Har patienten självmordstankar? Har patienten någonsin försökt att ta livet av sig?
- Finns det tecken på aktuell farlighet? Finns det uppgifter om tidigare farlighet?
- Har patienten tidigare besvärats av liknande eller annorlunda symptom?
- Har pat tidigare vårdats pga psykiska besvär? Tid beh? Beh-effekt? Biverkningar?
- Ärftlighet för psykiska besvär?
- Alkohol-, tobak-, koffein- och droganamnes?
- Aktuella och tidigare somatiska sjukdommar? Aktuell medicinering?
- **Hur är sömnen? Fråga alltid patienterna detta!!**

Psykiatriskt status

Rubrik	Beskrivning
Patientens yttre	Vårdat, hygien, klädsel, smink, andra igenkänningstecken
Somatiska observationer	Yttre trauma, abstinenssymptom, stickmärken, pupillstorlek, tremor, svettningar, hudfärg, hyperventilation, nariga händer (exv tvätttvång)
Vakenhetsgrad	Vaken, slö, somnolent, medvetlös, stupor, koma
Klarhet	Lucid, störd uppfattning, konfusorisk, desorganiserad
Orienteringsgrad	Tid, rum, person, situation
Kontaktförmåga	<ul style="list-style-type: none"> – Formell: svarar pat på frågorna? Informativ, följer instruktioner, avskämd, trotsig, reserverad, fluktuerande – Emotionell: känslomässigt gensvar? Distanserad, reserverad, misstänksam, rädd, aggressiv, fluktuerande – Ögonkontakt
Attityd	Mot undersökaren (välmenande, misstänksam), till symptomen (bagatelliserande)
Psykomotorik	<ul style="list-style-type: none"> – Motorik: slapp, hämmad, förlångsammad, rastlös, överaktiv, plockig, stereotypier – Mimik: utslätad, sparsam, livlig – Tal: flödande, ordrikt, upprepande, fåordigt, svarslatens, tempot
Grundstämning	Sänkt, dysforisk, neutral, förhöjd, euforisk, fluktuerande, avledbar (kan man avleda nedstämdheten?)
Affekter	Stämningskongruenta, flacka, oroliga, aggressiva, behärskade, inkontinens (blödig, lättretlig, explosiv)
Kognitiva funktioner	Minne, uppmärksamhet, impulsivitet (behärskad?), omdömme, allmän begåvning
Tankeförlopp	<ul style="list-style-type: none"> – Produktion: långsam, snabbt, tanketrängsel, tankestopp (plötsliga avbrott) – Kontinuitet: splittring, uppluckrade associationer, förbisvar – Abstrakt tänkande: logiskt resonemang
Tankeinnehåll	Vad pat pratar om. Vanföreställningar (stämningskongruenta?), hänsyftningsidéer, tankeöverföring, tankeläsning, tankepåsättning
Perception	Illusioner, hallucinationer
Suicidalitet	Självmordstegen (dödstankar, dödsönskan, självmordstankar, självmordsplaner, akut suicidalitet, självmordsförsök – när, var, hur, avsikt?)

Farlighet	Aggressivt uppträdande? Uttryckt hot?
Sjukdomsinsikt	God, partiell, växlande, obefintlig

"Vaken och lucid. Vålvårdad, sjukhusklädd. Bristande formell kontakt: svår att avbryta, kan ej ge specifika svar på frågor, flera förbisvar, lösa associationer. Adekvat emotionell kontakt. Sänkt grundstämning med stämningsadekvata affekter. Vanföreställningar ang dotterns boende enl ovan. Paranoid beredskap. Ingen overt formell tankestörning eller hallucination. Suicidalitet: uppger god livslust, negerar dödstankar. Obefintlig sjukdomsinsikt."

Paranoid beredskap innebär i princip att ingen overt paranoia framkommer, men pat är misstänksam, tittar sig oroligt omkring eller är hemlighetsfull – man tycker att en paranoia ligger och puttrar under ytan.

Diagnostiskt resonemang

- MINI-intervju: ger det hållpunkter för en eller fler diagnoser?
- Överrensstämmer diagnoserna med anamnes, psykiatrisk status och DSM-kriterier?
- Saknas det relevanta anamnestiska uppgifter för diagnoserna?
- Mest sannolika diagnos? Comorbiditet?
- Etiologi – varför blev just den här patienten sjuk just nu?
- Lämpliga åtgärder och behandling?
- **Informera patienten!!**

Suicidalitet

Kompetensmål självskada/suicidrisk

- a) Skapa förtroende hos patient och vara medveten om sin egen reaktion
- b) Väga in närståendes information
- c) Identifiera och värdera riskfaktorer och kliniska tecken
- d) Värdera den suicidala intentionen
- e) Diskutera kvaliteten av bedömningsunderlaget
- f) Föreslå och förklara initiala åtgärder och avgöra vårdnivå för riskpersoner
- g) Bedömma när man ska konsultera en erfaren kollega

Suicidstegen

Suicidstegen används för att värdera risken för suicidförsök hos en patient.

- 1) "Hur är det med livslusten?"
- 2) Dödstankar: " "känner du någonsin att det vore bättre om du var död" eller "känner du att livet inte är värt att leva?"
- 3) Dödsönskan: "önskar du att du vore död?"
- 4) Suicidtankar: "har du tänkt på att ta livet av dig?"
- 5) Suicidplaner: "har du tänkt ut något sätt?", "hur skulle du göra då?"
- 6) Tidigare försök: "Har du gjort något försök tidigare?"
- 7) Akut risk: "skulle du vilja göra det nu?"

Det är viktigt att börja från början och **alltid** fråga patienten hur det är med livslusten. Sedan fortsätter man sakta men säkert "uppåt" för att komma fram till vart patienten befinner sig. Är man osäker är det bra att testa "ett steg högre" för att vara på den säkra sidan. Fråga även om pat ser "hoppfullt" på framtiden.

Suicidstegen används för att bedöma patientens nuvarande risk för suicid. Vidare finns det statistiska suicidriskfaktorer, tex SAD PERSONS där varje "positivt utfall" ger ett poäng.

- **S:** Manligt kön (sex)
- **A:** Ålder <19 eller >45 (age)
- **D:** Depression (depression)
- **P:** Tidigare försök (previous attempt)
- **E:** Missbruk eller annat beroende (ethanol)
- **R:** Tankestörning (loss of rational thinking)
- **S:** Socialt stöd saknas (social support missing)
- **O:** Aktiva suicidplaner (organized plan)
- **N:** Singel (no spouse)
- **S:** Sjukdom, somatisk eller psykisk (sickness)

0-4p är låg risk, 5-6p är mellanrisk och 7-10 är hög risk för suicid.

Andra faktorer av betydelse utöver SAD PERSONS är tex

- Arbetslöshet
- Ej involverad i sin "community"
- Psykopatologi: depression, alkoholism, akuta stress reaktioner
- Civilstånd: änka och fränskilda har större risk än gifta och ogifta

<i>Risk</i>	<i>Exempel</i>
Hög	Psykotisk (förvirring, vanföreställningar, tankestörningar), bejaktar suicidavsikt, tydliga självmordsmeddelanden, aktiv suicidförsöksmetod, statistiska riskfaktorer
Svårbedömd-tveksam	Manipulativ misstanke, suicidalitet relaterad till alkoholberusning, otrugg och jäktad relation mellan patient och läkare, osäkra svar på suicidtankar
Låg	Förnekar suicidtankar (även om dödsönskan bejakas), frånvaro av riskfaktorer

Har man tidigare försökt ta livet av sig med en "aktiv metod", ex hängning, strypning eller kvävning så är det mycket högre risk att man återigen försöker att ta sitt liv jämfört med om man tex intoxikerat (lägst risk) eller skurit sig själv (näst lägst risk).

Det finns flera olika skyddsfaktorer som skyddar mot suicidförsök

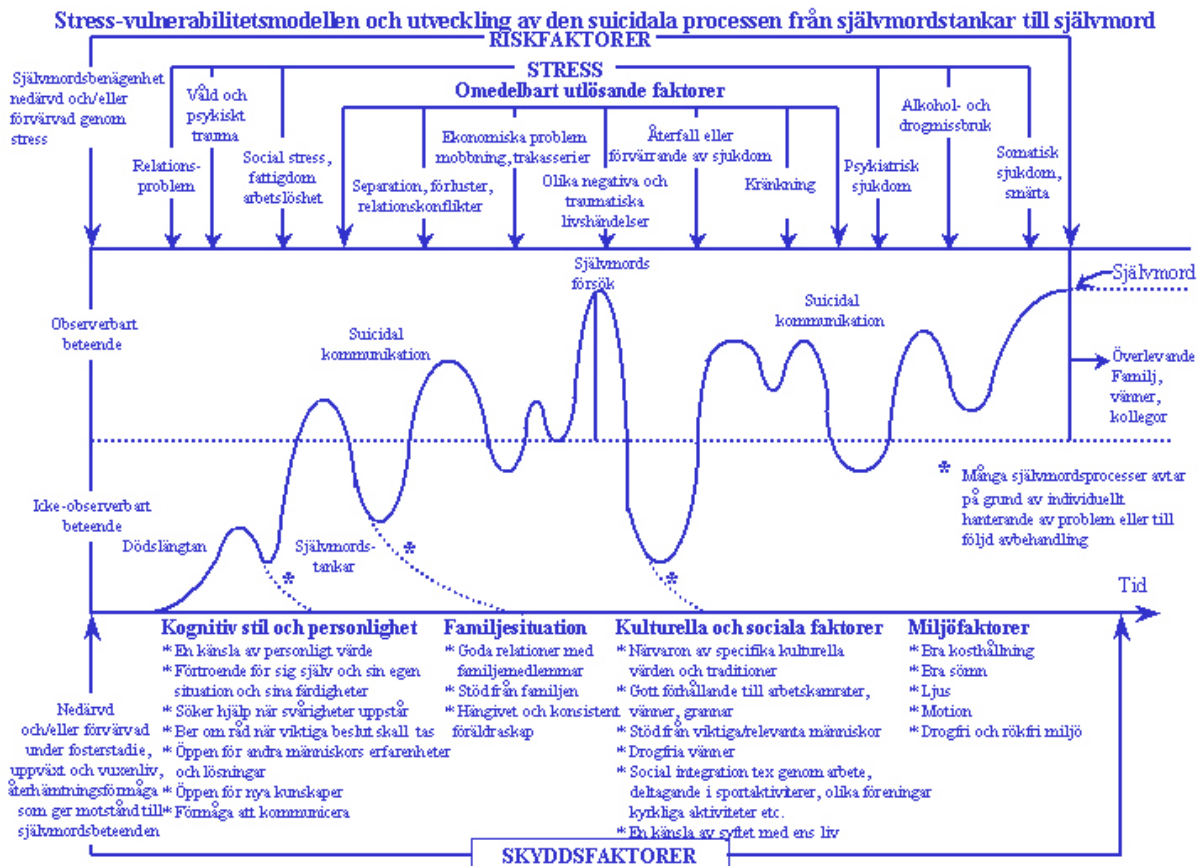
- Bra mentalvård
- Välmedicinerad
- Hjälpökande
- Lättillgänglig hjälp
- Starkt socialt nät / stöd
- Aktiv psykiatrisk vård
- God föråga att lösa problem och konflikter
- Kulturell och religiös tro mot suicid

Det ingår i läkekonsten att göra en klinisk **bedömning**. Det innebär att man inte bara ska kolla på olika variabler och se vilken poäng man får, i sådana fall skulle en dator kunna göra det. Man måste väga samman alla faktorer och hur patienten faktiskt ter sig i den kliniska bedömningen.

Man måste också överväga vilka åtgärder som ska tas, ex extravak.

Suicid och psykisk sjukdom

- Depression: 50% av suicidpat (75% har vissa av kriterierna).
- Psykos: schizofreni
- Beroendesjukdomar: alkohol, narkotika
- Personlighetsstörningar: ffa borderline
- Unipolär depression ger en 20ggr förhöjd risk för suicid
- Bipolär sjukdom ger en 15ggr förhöjd risk för suicid (ffa typ I)
- Dystymi ger en 12ggr förhöjd risk för suicid



Affektiva sjukdomar

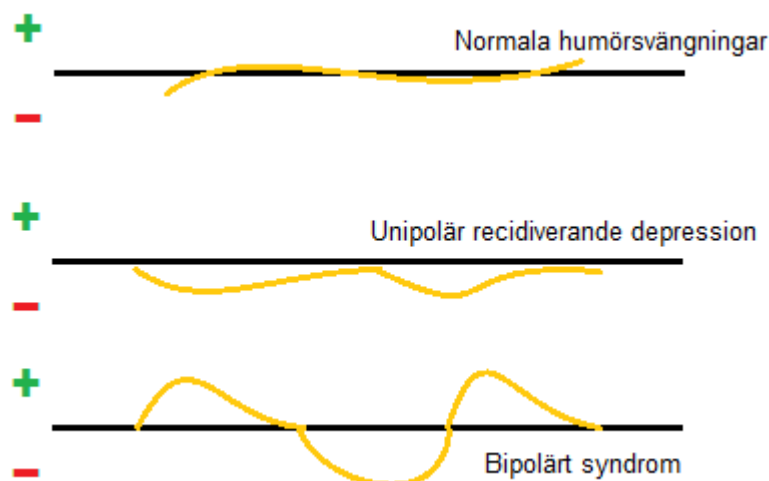
Kompetensmål: Depressivitet

- Särskilja depression från ledsnad, sorg och stress
- Urskilja depressiv symptomatologi vid somatisk sjukdom
- Värdera förekomst av bipolaritet, melankoliska och psykotiska drag
- Genomföra strukturerad bedömning av förstämningssyndrom
- Avgöra om medicinsk och/eller systematisk psykologisk behandling är indicerad
- Föreslå initial medicinsk behandling utifrån ett patofysiologiskt, farmakologiskt och psykosocialt perspektiv. Påbörja, följa upp och avsluta en farmakologisk antidepressiv behandling utifrån ett patientcentrerat perspektiv.
- Resonera på ett pedagogiskt sätt om hur depressionen uppkommit; sårbarhet och utlösande faktorer
- Väga in suicidrisk i olika skeden av behandlingen

Indelning

Vid en tidpunkt lider 5-10% av Sveriges befolkning lider av en depression. Livstidsrisken att insjukna i en depression är 15% respektive 25% för män och kvinnor. Har man haft en tidigare depression är det 50% risk att man får ytterliggare än. Efter två tidigare depressioner är risken 75%.

- Depressiva syndrom: primära depressioner som inte är orsakade av annan sjukdom, läkemedel eller skada
 - Egentlig depression
 - Dystymi
- Bipolära syndrom: stark hereditet
 - Bipolärt syndrom: manodepressiv sjukdom. Fullständig depression + manisk/hypomanisk episod (bipolär I resp II)
 - Cyklotymi: "light"-bipolär. Man har svackor men inga egentliga depressioner, man blir uppe i varv men inte manisk. Man kan gå från cyklotym till bipolär genom att få en full depression eller bli hypoman/manisk.
- Andra förstärkningsyndrom
 - Sekundära: läkemedel (ffa interferoner)
 - Övriga: deprimerad men man passar inte i de andra kategorierna, "slasken"



Varför blir man deprimerad?

Yttre faktorer	Inre faktorer
<ul style="list-style-type: none">• Förluster (ex sorg)• Kränkning• Utmattning• Personlighet• Traumatiska händelser i barndomen	<ul style="list-style-type: none">• Ärftlighet• Störningar i hjärnans signalämnen*• Hormonrubbnings• Personlighet

*Brist på serotonin och noradrenalin.

Egentlig depressionsepisod

Psykotiska episoder är ofta kongruenta med depression, det är inga "gröna gubbar" utan istället mer synd och skuld-fokuserat.

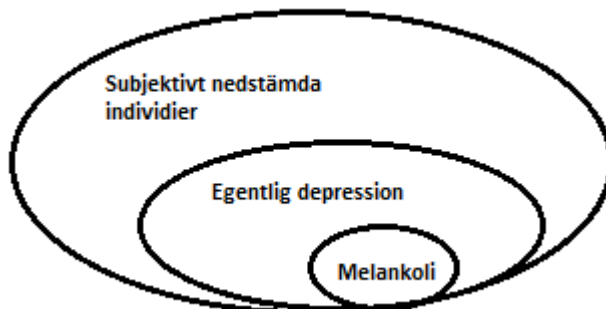
Dessa har ett eget förlopp och självläker. Dock kan detta ta lång tid.

- A. Minst fem av följande symptom under minst två veckor. 1 eller 2 måste föreligga.

1. **Nedstämdhet**
2. **Klart minskat intresse eller glädje**

3. Minskad eller ökad aptit eller vikt
 4. Sömnstörning (nästan varje natt)
 5. Psykomotorisk hämning eller agitation: ångestdrivet rastlösa (barn, äldre och män) eller mimiken avstannar, kan tom bli parkisonlik pga minskat dopamin
 6. Svaghetskänsla eller brist på energi
 7. Känsla av värdelöshet eller överdrivna skuldkänslor: kan anta psykotiska proportioner
 8. Minskad koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet: allt förlångsammast, ex svarslatens. Tidigare positiva upplevelser blir färgade av den nuvarande depressionen och blir därmed negativa (så konsultera anhöriga för en rättvisare bild)
 9. Tankar på döden eller självmordstankar/planer: **fråga alltid om detta!** Fråga om alla detaljer, hur har de tänkt göra?
- B. Ej blandepisod mani/depression
 - C. Kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion
 - D. Ej orsakad av någon substans eller sjukdom/skada (isf sekundär depression)
 - E. Ej sorgreaktion (symptom >2månader efter närståendes bortgång)

Melankoli



- A. Något av följande
 1. Lust och glädje i stort sett borta
 2. Reagerar inte på positiva stimuli
- B. Minst tre av följande
 1. Nedstämdhet av distinkt kvalitet: känner sig sjuka (konstant förhöjt cortisol)
 2. Nedstämdheten värst på morgonen: ofta suicidtankar som värst då
 3. Tidigt uppvaknande (minst 2h tidigare än normalt)
 4. Stark hämning eller agitation
 5. Betydande aptitlöshet eller viktnedgång
 6. Överdrivna eller obefogade skuldkänslor: ofta psykotiska idéer

Utmattningssyndrom

Minskad cortisol för hela axeln är underaktiv

- A. Fysiska och psykiska symptom på utmattning under minst 2v. En eller flera stressfaktorer under minst 6mån.
- B. Brist på energi dominerar. Detta visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlångsammad återhämtningstid vid psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande:
 1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning: kognitiva funktioner ofta påtagligt påverkade
 2. Nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress: de kan bli helt paralyserade
 3. Känslomässig labilitet eller irritabilitet: faller lätt i gråt, blir lätt ilska

4. Sömnstörning
5. Kroppslig svaghet eller uttröttbarhet
6. Värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, GI-besvär, yrsel eller ljuskänslighet

En ev depressionsdiagnos är överordnad, om pat fyller de kriterierna och dessa är pat ändå "bara" deprimerad. Behandlingen måste vara riktad, antidepressiva och KBT har dålig effekt.

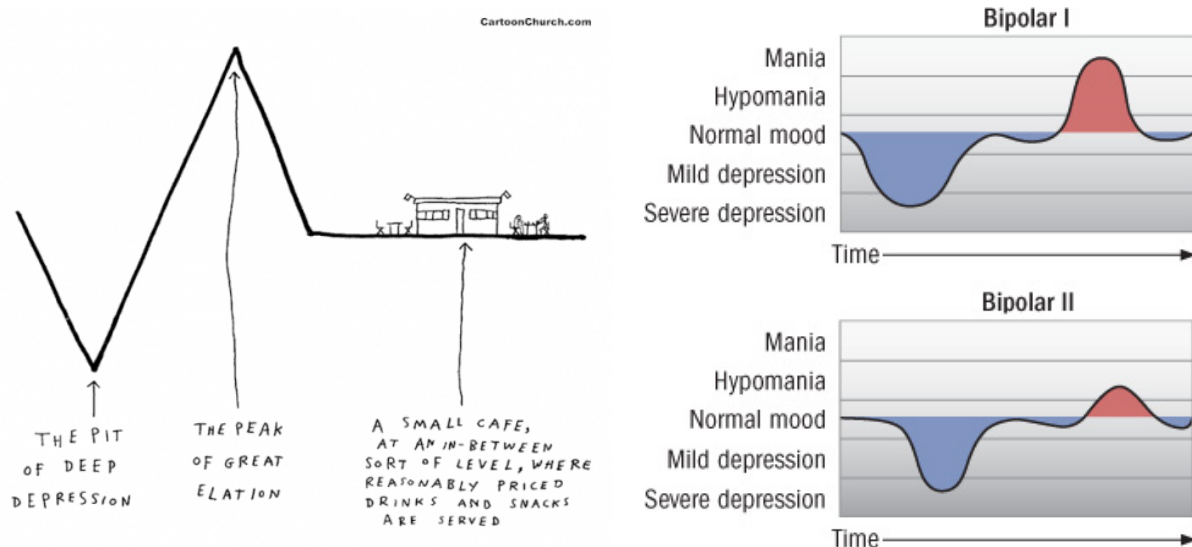
Depression hos äldre

De depressiva symptomen är vanligare hos äldre. Är detta normalt eller inte? Oavsett vilket så underdiagnosticeras sjukdomen, mycket eftersom den kliniska bilden inte alltid är tydlig. Då risken för återfall är stor bör man oftast köra **långtidsmedicinering**.

Dystymi

En kronisk nedstämdhet av måttlig grad som inte uppfyller alla kriterier för egentlig depression, men där den drabbade kontinuerligt under en period över 2år upplevt åtminstone två tydliga depressionssymptom. Debuterar ofta tidigt, i tonåren. Man kan känna en ångest eller tex värk som en slags somatisering. Ofta är diagnosen kronisk och fluktuerande och behandlingen blir därmed ofta livslång i form av SSRI (bättre än psykoterapi). "Dubbeldepression" uppstår när en dystymi patient får en egentlig depression ovanpå sin dystymi för att sedan återvända till dystymin när depressionen är utläkt.

Mani



- A. Förhöjd, expansiv (tar plats) eller irriterad sinnesstämning under minst en vecka
- B. Har minst tre av följande symptom
 1. Förhöjd självkänsla eller grandiositet (utvald att göra ngt stort)
 2. Minskat behov av sömn
 3. Mer pratsam eller svårigheter att hålla tyst
 4. Tankeflykt eller att tankarna rusar igenom huvudet, vilda associationer
 5. Lättdistraherad
 6. Ökad målinriktad aktivitet eller psykomotorisk agitation: man påbörjar saker utan att avsluta
 7. Hänger sig åt lustbetonade aktiviteter: ökad sexuell aktivitet, köper massa
- C. Fyller ej kriterier för blandepisod mani/depression
- D. Orsakar påtaglig försämring i yrkesliv eller sociala aktiviteter ELLER sjukhusvård är nödvändig ELLER psykotiska drag finns med i bilden

- E. Symptomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av ngn substans eller somatisk sjukdom eller skada.

En mani kräver att stämningläget är förändrat under minst 7 dagar, alt kortare tid om sjukhusvård krävs. Det förändrade stämningläget måste också orsaka kraftigt nedsatt social eller professionell funktionsförmåga, alt vara förenat med psykotiska symptom.

För hypomani krävs att stämningläget är förändrat under minst 4 dagar och att det medför en påtaglig förändring i hur personen betar sig och fungerar. Förändringen ska vara tydligt märkbar för andra, men funktionsnivån är i stort sett bibehållen och kan ibland tom vara ökad. Inga psykotiska symptom får förekomma.

Viktigt att komma ihåg är att medicinering har snabbare effekt på det motoriska än på det maniska tänkandet. **Maniker har ofta ökad risk att suicidera.**

Bipolär sjukdom

- **Bipolär typ I:** egentlig depression och minst en manisk episod krävs någon gång i livet. En mani är en mycket tydlig episod och pågår minst en vecka och kräver i regel sjukhusvård. Man kan säga att pats dagliga funktion är påverkad vid en riktig manisk episod.
- **Bipolär typ II:** för diagnosen krävs dels en episod av egentlig depression och dels en episod av hypomani på minst 4 dagar. Hypomani är som en lindrigare form av mani och vanligen kan patienten fungera väl och söker sällan sjukvård. Patienterna tillbringar mer än 30ggr så lång tid i depression eller nedstämdhet som i hypomani eller upprymdhet.

Det är av största vikt att fråga deprimerade patienter om tidigare episoder av mani och hypomani eftersom behandlingen av unipolär depression och bipolär sjukdom avsevärt skiljer sig åt. Något att komma ihåg är också att 1/5 personer med unipolär eller bipolär depression har psykotiska symptom såsom hallucinationer, vanföreställningar eller formella tankestörningar. Dessa symptom är oftast affektkongruenta.

Sjukdomsförloppet vid bipolär sjukdom är mörkt. Med tiden blir episoderna mer sammanflytande med mer restsymptom mellan episoderna. De blir även mer sällan utlösta av en yttre belastning utan kommer ändå, och mer frekvent. Till slut kan tom de bipolära svängningarna variera på daglig basis, och då är det svårt att skilja från den emotionella labilitet som betecknar borderline personlighetsstörning.

Den kognitiva kapaciteten (koncentration och minne) försämras med längden av och svårighetsgraden på episoderna. Dessa tar lång tid på sig att läka, och efter många skov kan även en uttalad känslighet för stress finnas hos patienten som gör denne sårbar.

Det finns fyra hörnstenar vid behandling av maniska episoder

- 1) Litium
- 2) Atypiska neuroleptika: zyprexa
- 3) Antiepileptika: ergenyl – mycket bra när pat inte svarar på neuroleptika
- 4) Lugnande: benzodiazepiner för att pat ska kunna vila och sova,

Vidare är det viktigt att reducera stimuli (ffa kontakt med människor) och att undvika argumentation med patienten. Även lergigan (antihistamin) tabletter (phenergan i injektionsform) kan vara av värde, ffa i ett akutskede.

Skattning av depressionens djup

Skattningsskala	Förklaring
MADRS	Innehåller 10 variabler som i princip överensstämmer med kriterium A för egentlig depression, plus ångest. Dessa har hög frekvens vid depressiva tillstånd. Skattar depressionens djup med poängsättning.
MINI	Bra vid misstanke om comorbiditet.
MDQ	Mood Disorder Questionnaire. 14 frågor om symptom specifika för bipolär sjukdom, inklusive en fråga om hur mycket symptomen påverkar patientens dagliga funktion.
HCL-32	Formulär specifik för hypomaniska/maniska tillstånd.
AUDIT	Formulär för alkoholberoende/missbruk.
DUDIT	Formulär för drogberoende/missbruk.

Behandling

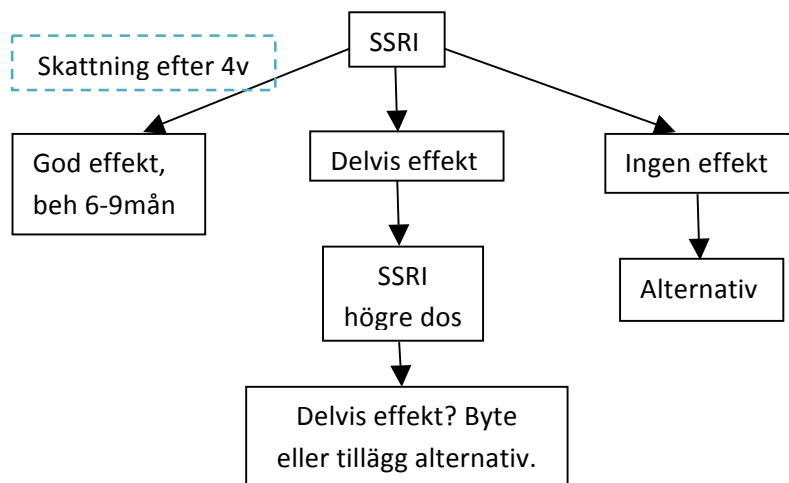
Depression	Behandling
Lindrig	Stöd, problemlösning, "watchful waiting", fysisk aktivitet, webb-KBT Ev läkemedel, ev psykoterapi
Medelsvår	Psykoterapi: långvarig effekt och/eller [likvärdig effekt] Läkemedel: snabbare effekt
Svår	Läkemedel eller ECT vid riktigt svåra fall

Psykoterapi kräver stort engagemang och bra kommunikation. Detta kan vara svårt vid svårare depression. Det är viktigt att den är konkret, tidsbegränsad, aktiv, kollaborativ, lösningsinriktad och fokuserar på aktuella problem.

Antidepressiva

- Selektiva serotoninåterupptagshämmare: SSRI (citalopram, sertralin) <- #1
- Selektiva noradrenalinåterupptagshämmare: SNRI
- Icke-selektiva monoaminåterupptagshämmare: TCA
- Monoaminoxidashämmare: MAOI
- Övriga

En okomplicerad förstagsdepression bör behandlas med SSRI. Vid behandling av svårare depressioner (eller när SSRI inte fungerar) ska man välja SNRI eller TCA då dessa har en bevisad bättre effekt. Vid behov kan litium och TCA kombineras. Tilläg till SSRI är atypiska antipsykosmedel ett bra val.



SSRI-preparat kan initialt ge ett lätt illamående, bukbesvär och huvudvärk. Fortsatta biverkningar är svettningar, sömnstörning och trötthet. Får man sexuella biverkningar (minskad lust, orgasmhämning) kvarstår tyvärr dessa under hela behandlingen vilket kan försämra compliance.

Pat återhämtar sig först fysiskt och senare emotionellt (samma vid ECT). Det innebär att patienten fortfarande mår dåligt psykiskt, men kan ha orken att suicidera.

Fysikaliska metoder

- Ljusbehandling: omdiskuterad, begränsad effekt vid depression. Stor placebo.
- Transkraniell magnetisk stimulering: TMS. Elektromagnet, ett pulserande fält runt huvudet ger upphov till lokala strömmar i hjärnbarken. Om man gör detta på vänster frontallober ger det en antidepressiv effekt pga kopplingar till limbiska systemen. Effekten är mycket ifrågasatt, men pat kan iaf vara vaken!

Återfallsförebyggande behandling

Om man inte behandlar kan man få tätare och tätare anfall. Vid unipolär förstämningssjukdom är antidepressivt medel förstahandsalternativ och sätts in som långsiktiga behandling efter 2-3 depressioner. Litium kan användas i andrahand. Hos bipolära patienter är litium förstahandsvalet (terapeut. intervall 0,5-0,9, påverkar tyroidea och njure –kontrollera var 6:e mån) med antiepileptika (ex valproat, lamotrigin) som andrahand (ibland förstahand). I sista hand kommer atypiska neuroleptika (ex olanzapin) som tillägg till litium eller antiepileptika eftersom de har påtagliga biverkningar.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT)

ECT har en oöverträffad effekt vid vissa indikationer

- Psykotisk depression
- Svår depression med självmordsrisk
- Vissa andra psykiatriska sjukdomar med hög risk för dödlig utgång: deliriös mani, kataton stupor, postpartum psykos, malignt neuroleptiskt syndrom

Patienter med psykotisk depression har en remissionsfrekvens på 95% jämfört med 40% om de istället enbart läkemedelsbehandlas. 85% av dem som inte svarar på läkemedel blir hjälpta av ECT. Vid ovanstående indikationer har ECT en oöverträffad effekt och är definitivt "the way to go". Utanför de traditionella indikationerna är dock effekten av ECT ospecifik och kortvarig, och biverkningarna riskerar då att överväga. Efter färdig ECT-kur är upprepade ECT behandlingar med utglesade intervall att föredra för att minska återfallsrisken (80% inom 1 år utan fortsatt ECT behandling). Denna minskas ytterligare med tillägg av medicinering.

Minnesstörning är en oundviklig biverkan efter ECT behandling. Denna kan vara både retrograd och anterograd. Efter hand brukar minnesluckan krympa ihop, men behandlingstiden blir ofta en bestående lucka. Om minnesluckan kvarstår efter en behandlingsserie beror det inte enbart på själva ECTn utan även på den psykiska sjukdomen. I jämförelse med den nyvunna friheten från en förlamande depression upplevs oftast en ev minnesstörning som en olägenhet mer än ett handikapp.

Ibland kan man se en effekt redan efter första eller andra behandlingen, men vanligen behövs 6-8 sessioner.

- Bilateral stimulering ger större effekt än unilateral
- Man är ute efter ett generaliserat anfall för bästa effekt
- För djup narkos hämmar effekten
- Kortare pulser och minskad strömstyrka minskar effekten
- Bensodiazepiner är antikonvulsiva och minskar effekten och bör därmed seponeras, det bör även antiepileptika

Avvikande beteende

Kompetensmål:

- Resonera om hur personlighetsdrag och personlighetsstörningar kan färga symptom-bild och påverka bemötande och behandling
- Överväga neuropsykiatriska funktionshinder och genomgripande störningar i utvecklingen
- Identifiera ätstörningar

Ätstörningar

Anorexia nervosa – vanligast bland tonårsflickor, incidens ca 1%

Definition: BMI < 17,5 och en **avsiktlig** viktminskningen (det måste den vara om det handlar om en ätstörning).

Utredning

Man måste fråga patienten om en viktminskning är avsiktlig. Jag vill även fråga honom/henne vad hon tycker om sin kropp och om hon är rädd för att gå upp i vikt. Vidare vill jag fråga vad hon brukar äta: är det stora mängder mat som hon "hetsäter", eller är det små mängder? Har hon noga valt ut maten och tänker på kaloriinnehållet? Kräks hon någonsin upp maten? Detta är viktigt för differentialdiagnostiken gentemot Anorexia nervosa (små, kalorislåga portioner) och Bulimia nervosa (hetsätande, kräkningar). Är hon rädd för att gå upp i vikt (viktfobi)? "Njuter" hon när hon kan strunta i att äta under en hel dag eller i och med "självsvältning"? (Det kan vara av värde att utföra en SEDI-intervju för att få struktur på det hela.) Ett alarmerande symptom är amenorré, detta tyder på en nära extrem vikt-nedgång och mycket begränsade fettdepåer. Det är vanligt att patienter med ätstörningar även har tvångsmässigt beteende eller olika typer av personlighetsstörningar.

- Viktfobi:** fixering vid ätande, föda, kalorivärden och kroppskultur. Strävan efter slankhet.
- Anorektiskt beteende:** Viktfo-bin leder till åtgärder för att reducera vikten, ffa genom att reducera kaloriintaget. Man väljer bort födoämnen som är speciellt rika på fett eller kolhydrater. Man gömmer den "riktiga" maten under berg av sallad och äter långsamt. Myglande. Kraftig fysisk aktivitet.
- Avmagring:** Efter underhudsfett och muskelmassa försvunnit utvecklas efter hand hungeracidosis och ospecifika svältsymptom: amenorré, bradykardi, hypotension, hypotermi, akrocyanos, låg basalmetabolism, obstipation, dålig sår-läkning, underbensödem, håravfall och växt av lanugobehåring.
- Störd kroppsuppfattning:** Felaktig kroppsbild – man tror att man är "större" än vad man är, ex midjemått.

Akut handläggning

Det första jag vill göra är att räkna ut patientens BMI och be henne att ta av sig fram tills underkläderna för att titta hur avmagrad hon faktisk är. Detta är viktigt då jag vill bedömma om hennes liv är i fara pga hennes tillstånd. Då kan man även passa på att observera om henens hud är torr eller sprucken, samt om ökad "bebisbehåring" finns på hennes kropp eller om huvudhåret är glest. För att avgöra livsfaran vill jag också snabbt lyssna på hjärtat och ta ett blodtryck (varning om bradykardi och lågt blodtryck) och ev ta ett EKG för att se om det är patologiskt. Om jag misstänker bulimi tittar jag även i munnen för att se hur tänderna ser ut. Jag beställer även blodprover i form av blodstatus, elektrolyt-status (inkl kreatinin), leverstatus och thyreoideastatus. Jag vill utreda så snabbt som möjligt eftersom detta potentiellt är ett livshotande tillstånd.

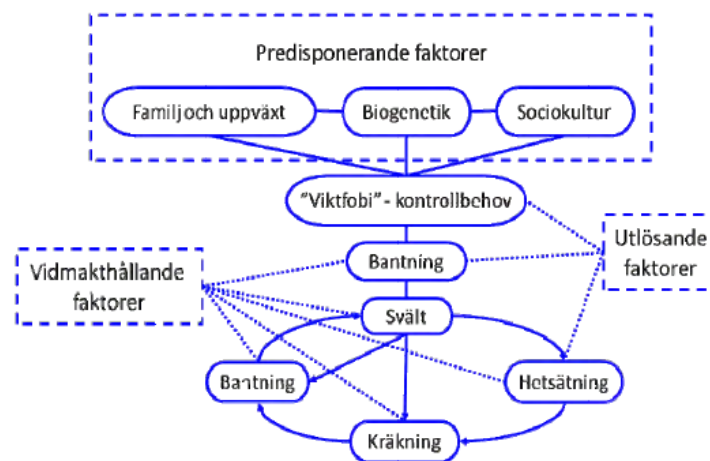
Är vård enligt LPT möjlig?

Ja i högsta grad! Om efter min utredning jag att tycker det föreligger indikationer för slutenvård dygnet runt (se nedan) så är patientens ätstörning en "allvarlig psykisk störning" som "oundgängligen behöver psykiatrisk slutenvård" då patientens liv är i fara. Motsätter sig då patienten den erbjudna vården skriver jag ett vårdintyg direkt. Indikationer för dygnetrunt vård är

- Puls <40 slag/min
- Kropptemp <35.5 C
- Elektrolytobalans
- Total mat-/dryckvägran
- Förlängd QT-tid på EKG
- Risk för ovanstående symptom om svälten fortgår

Etiologi

Det är en heterogen grupp av patienter; hemförhållandena kan vara trygga och patienterna kan vara högpresterande i skola eller arbete. Dock är de dominerande personlighetsdragen bristande självhävdelse, tvångsmässighet, låg självkänsla och emotionell återhållsamhet. Etiologin tror man är multifaktoriell. En bild från Stockholms vårdprogram för ätstörningar visar komplexiteten bra.



Ofta börjar en ätstörning med en "normal" bantning, som sedan går helt överstyr och övergår i en ätstörning.

Behandling

Det är viktigt att man oavsett om behandlingen sker inom öppenvården eller slutenvården att man arbetar i ett multidisciplinärt team för att få den bästa behandlingen. Är hennes tillstånd livshotande bör man lägga in henne akut, annars kan man sköta det med frekvent kontakt i öppenvården (daglig kontakt om det så behövs). När man tänker på behandling är det viktigt att man tänker på de fyra "grundpelarna"

1. **Nutrition:** Näringsdrycker behövs säkerligen. För en viktökning på 1kg/vecka behövs ca 3000kcal per dag (basbehovet beräknas vara 2000kcal). Detta är oerhört mycket och **kommer** att bli svårt för patienten att få i sig. Det är viktigt att patienten får drycken mellan måltiderna eftersom regelbundna måltider är av största vikt för att patienten på nytt kan utveckla ett sunt förhållande till mat. Det är viktigt att sitta ned med patienten och sätta upp ett "matkontrakt" där man detaljerat specificerar hur mycket patienten ska äta, exempelvis inte bara skriva "en macka" utan man ska istället specificera mackans storlek och mängden smör och pålägg in i minsta detalj.
2. **Omvårdnad:** Man måste skapa en allians med patienten, annars blir all vård omöjlig. Detta får ske i och med samtal med patienter då denna får uttrycka sina behov och funderingar. Det är viktigt att "trycka på" ärlighet och patientens roll i behandlingen (huvudansvaret, läkaren ska ses som en "coach"). Man måste också informera noga om behandlingen. Det är av största vikt att utföra "spontanvägningar" utan att patienten är förberedd på detta eftersom patienterna annars kan ex dricka mängder med vatten för att "få upp vikten". Beroende på patientens initiala BMI blir det olika aktivitetsinskränkningar från ex sängliggande till rullstol till gående.

3. **Läkemedel:** Upplever patienten mycket ångest i och med måltiderna kan man ev ge lugnande medicinering innan måltiderna, ex Theralen eller Atarax. I vissa allvarliga fall av ätstörningar kan man även ge låg-dos neuroleptika (zyprexa eller risperdal). Samtidiga somatiska eller psykiatriska sjukdomar bör givetvis också behandlas. Om patienten lider av tvångssyndrom får man försöka ta itu med det som man skulle med en patient som inte lider av någon ätstörning.
4. **Psykologisk:** Pedagogiska insatser som ex utbildning om kroppen, digestion och sjukdomen i sig. KBT kan också vara bra, och familjeterapi om det är aktuellt.

Bulimia nervosa – incidens ca 1%

Definition: en ihållande upptagenhet av tankar på mat, oemotståndligt begär efter mat och därefter intag av en stor mängd föda på en kort tid (hetsätning). För att förhindra viktuppgång och ångest följs hetsätningen av **rensningsåtgärder**: kräkning, laxantia, lavemang, diuretika samt fasta och överdriven motion.

Hetsätandet består oftast av kaloririk mat som kakor, glass, chips eller smör som intas skedvis. Viktökningen efter en matorgie kan uppgå till hela 7kg! Efter detta kan patienten överkommas av känslor av äckel, skuld och självförakt som gör att man vill göra sig av med maten, ffa i och med kräkningar. Oftast blir det bara ett (stort) mål mat om dagen.

Somatiska komplikationer drabbar 10%

- Munhåla och tänder: magsyran ger upphov till förlust av emalj och dentin som syns på insidan av framtänderna. Även xerostomi, gingivit, glossit och faryngit uppstår. Spottkörtlarna svullnar till pga ökad belastning och man får därmed ett "pluffsigt" utseende.
- GI-kanalen: pylorusspasm -> utspänd buk även vid normalstora måltider, slapp kardiemuskel -> kräkning underlättas, atoniska tarmar -> förstoppning.
- Elektrolytobalans: elektrolyter förloras i och med kräkning och laxering och detta ger ökad risk för metabol alkalos och hypokalemi.

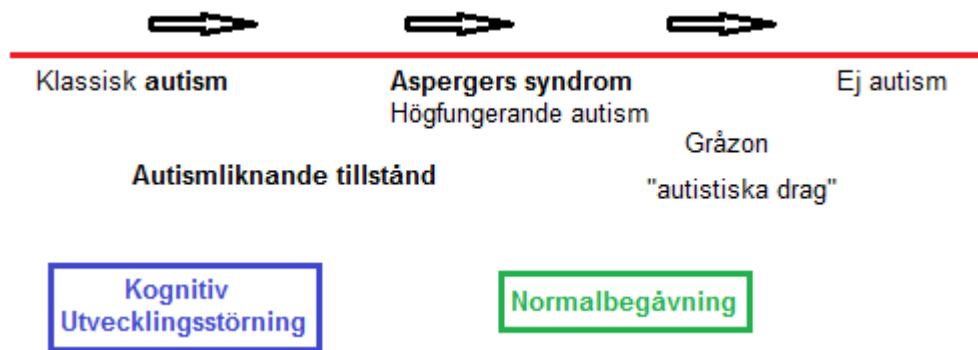
Neuropsykatriska tillstånd

Autismspektrum	ADHD	Tourettes syndrom
Brister i socialt samspel	Impulsivitet	Verbala/motoriska tics
Brister i kommunikation	Problem med aktivitetsreglering	
Begränsning i beteendepertoar (Perceptionsstörningar, ofta motorik- och koordination)	Uppmärksamhetsstörning	

	Andel	Män:Kvinnor
ADHD, skolbarn	5-7%	3:1
ADHD, vuxna*	2-3%	2:1
Autismspektrum	0,8%	4:1
Tourettes syndrom	0,1%	9:1
Mental retardation	1%	1,6:1

*Det finns färre vuxna med ADHD eftersom barn med sjukdomen hamnar i en sådan miljö så att ADHD diagnosen inte är något problem längre, och eftersom hjärnan mognar senare hos ADHD patienter och då kan vissa av problemen " mogna bort".

Autistiska spektrumet



För att få diagnosen aspergers syndrom krävs en normalbegåvning. Autistiska patienter kan också vara normalbegåvade, men det är vanligare med en utvecklingsstörning.

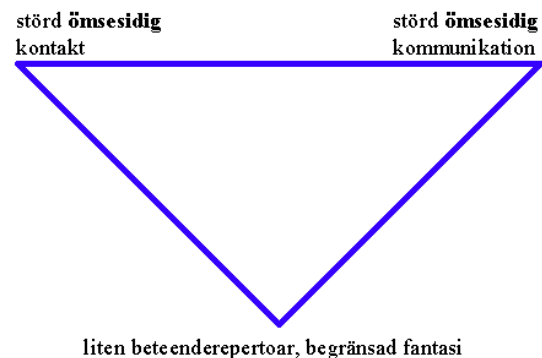
Orsaker

- Neurobiologiska orsaker
- Heritabilitet 80%
- Flera sårbarhetsgener samverkar med miljömässiga faktorer (ex infektioner, förlossningsskada)
- Genetiska sjukdomar: Fragil X, 22q11-deletionssyndromet, Williams syndrom osv
- **INTE** en onormal relation mellan föräldrar-barn eller vaccinationer

Symptom

Symptomen kan delas upp i "Wing's Triad"

- Störd ömsesidig kontakt, eller brister i förmåga till socialt samspel: patienterna vill ofta ha vänner men de känner inte till reglerna, de är **socialt blinda**. De vet inte hur de ska bete sig med andra och har därmed svårt att umgås med jämnåriga eller i grupp. De blir ofta targets för mobbare.
- Brister i förmåga till kommunikation
 - **Verbal**: patienterna tolkar allt bokstavligt och väldigt konkret. Deras ofta stora ordförråd döljer ofta en bristande grundläggande förståelse. De har svårt för abstrakta begrepp, nyanser, ironi och kontextberoende ord. Detta leder ofta till missförstånd och att patienterna blir trötta av att de konstant måste "tyda allt".
 - **Icke-verbal**: patienterna talar ofta till, och inte med, andra människor. De har svårt att läsa av andras kroppspråk, mimik och tonfall. Patienterna har svårt med ögonkontakt och räknar ex sekunderna så att de kan bryta kontakten när det "passar".
- Liten beteenderepertoar: Patienterna hänger sig ofta åt en självstimulerande aktivitet (ex gunga, snurra), de har ett intensivt intresse i något specifikt ämne (ex tåg, dinosaurier, arkitektur). De har ett stort behov av rutiner/struktur och upplever en stark oro om dessa rubbas ("insistance of sameness").



Patienterna har också en extremt annorlunda perception där de är extra känsliga för yttlig beröring som ex skavande kläder och skor (som prinsessan på ärten). De kan vara okänsliga för smärta, kyla och



värme men jättekänsliga för ljus och ljud. Ibland kan de inte äta mat med en viss konsistens, eller vara otroligt känsliga för vissa lukter.

Hårddraget sett har patienter med asperger

- Stark moralkodex, starkt rättvisepatos, står emot gruppträck
- Ärliga och pålitliga
- Lojal arbetstagare: följer givna regler, fuskar inte
- Ofta hälsosam livsstil, sällan frånvarande från skolan eller arbetet
- Stora faktakunskaper inom vissa områden
- Noggrann, slavar inte
- Står ut med monotona uppgifter
- Uppmärksammar detaljer som andra missar
- Originella problemlösningsmetoder

Asperger hos kvinnor

Tjejer har generellt sett en bättre social förmåga än män, och är bra på att härma andra tjejer runt omkring sig. Ofta har de även mindre udda specialintressen, som tex djur, smink eller tv-program. Detta gör att deras symptom ofta blir mer subtila och de diagnosticeras mer sällan än killar. Det hjälper inte heller att diagnoskriterierna för asperger är baserade på studier som är gjorda på killar.

Mental retardation – Utvecklingsstörning

Diagnoskriterier:

1. IQ < 70
2. Låg adaptiv funktionsnivå
3. Debut innan 18åå

Svårighetsgrad	Definition
<i>Lindrig:</i>	IQ 50/55-70, kognitiv nivå 9-12 år
<i>Måttlig:</i>	IQ 35/40-50/55, kognitiv nivå 6-8 år
<i>Svår:</i>	IQ 20/25-35/40, kognitiv nivå 3-5 år
<i>Djupgående:</i>	IQ under 20/25, kognitiv nivå 0-2 år
<i>Ospec:</i>	Starka indikationer på mental retardation, men det är svårt att bedömma patientens IQ (ex småbarn, pat som ej samarbetar)

Den vanligaste orsaken till utvecklingsstörning är downs syndrom (1/1000). Risken för att få ett barn med downs ökar med moderns ålder. Man har även kunnat påvisa att sjukdom, gifter och läkemedel under graviditeten kan påverka. Om man har en utvecklingsstörning ökar det risken för många sjukdomar, exempelvis är psykiatrisk sjukdom 2-3x vanligare (schizofreni, depression, ångest, alzheimer). Tänk på att ta upp antikonception med familjen.

När man har en pat med downs är det mycket viktigt att undersöka honom/henne noggrant somatiskt och ta lång tid på sig. Man ska tala lugnt och lite, gärna vara så konkret som möjligt och beskriva ordentligt vad man gör (ex "mäta armen" när man tar blodtrycket).

Misstänk utvecklingsstörning hos individer som

- Spelar nonchalant och ointresserad
- Låtsas komma på svaret samtidigt som det ges
- Använder sig av standardmeningar: "jag förstår", "jag håller med"
- Läser av minspel och förstår därmed vad som väntas: ja eller nej

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

- Hyperaktivitetssyndrom och uppmärksamhetsstörning
- Hyperaktivitetssyndrom men huvudsakligen bristande uppmärksamhet: ADD
- Uppmärksamhetsstörning men huvudsakligen hyperaktivitet/impulsivitet

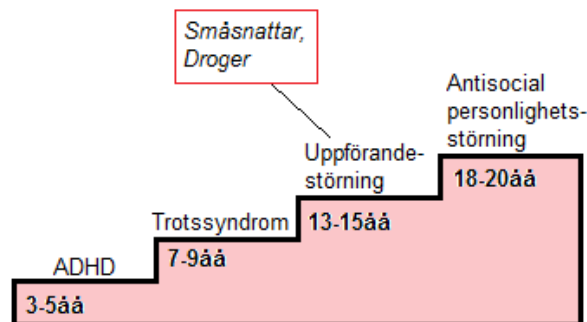
DAMP: Dysfunction of Attention, Motor control & Perception (ADHD+DCD [Developmental Coordination Disorder])

Hjärnan hos patienter med ADHD har en underfunktion i noradrenerga och dopaminerga nätverk supkortikalt (minskad dopamintransmission i synapsen, detta kräver en större signal presynaptiskt för att få samma effekt). Symptomen på ADHD är olika i olika åldrar och **måste** debutera före 7åå.

- **Småbarn:** överaktivitet, utbrott, trots och sömnproblem
- **Skolbarn:** över/underaktivitet, impulsivitet, uppmärksamhetsstörning
- **Vuxna:** uppmärksamhetsstörning, exekutiva brister, inre rastlöshet, ev sekundära problem som missbruk och arbetslöshet eller skulder. Kvinnor har en ökad risk för att utnyttjas sexuellt.

Symptom	Kännetecken
<i>Impulsivitet</i>	Bristande förmåga att kontrollera impulser och skjuta upp belöning, ex problem med <ul style="list-style-type: none">- Tänka efter före- Se konsekvenser på sikt- Arbeta mot stora, långsiktiga mål- Vänta på sin tur- Motstå frestelser och snabba belöningar (mat, droger, sex, shopping)- Känsloregering (konflikter, separationer)
<i>Problem med aktivitetsreglering</i>	Svårt att anpassa farten efter situationen, ex <ul style="list-style-type: none">- Hyperaktivitet: rastlös, svårt att sitta stilla, pratar mycket, arbetsnarkoman, tränar mkt- Underaktivitet: tröghet, svårt att komma igång- Växlande aktivitetsnivå: fullt ös eller medvetlös
<i>Uppmärksamhetsstörning</i>	Svårt att bibehålla uppmärksamhet och fokus på en uppgift, ex problem med <ul style="list-style-type: none">- Komma igång: skjuter upp krävande uppgifter- Fullfölja uppgifter: hoppar ofta mellan olika- Verkar inte lyssna, följer inte givna instruktioner- Glömmer och tappar bort saker- Bristande tidsuppfattning, svårt att organisera och planera

Psykiatrisk samsjuklighet och missbruk (20%) är vanligt bland ADHD patienter. Det är viktigt att omvärdera diagnosen och patientens problem eftersom symptomen ändras jättemycket med åldern. Om föräldrarna är lynniga och straffande kan det medföra att ADHD:n blir värre för barnet. Riskutvecklingen är



Med rätt omgivning kan dock en patient med ADHD fungera utomordentligt bra

- Kreativ, energisk och entusiastisk
- Kan hyperfokusera när de är motiverade för uppgiften
- Reagerar snabbt på och gillar förändringar/nya situationer
- Innovativt tänkande
- Uppfattar och utgår ifrån sammanhang och helhet
- Spontan, nyfiken, god anpassningsförmåga, risktagande

Behandling av ADHD

Behandlingen består ffa av metylfenidrat som blockerar återupptagningen av noradrenalin i synapsen. För en effekt krävs det att serumkoncentrationen uppnår ett tröskelvärde. Detta värde är helt individuellt, så det är bara att strunta i FASS-rekommendationerna. Får man en för låg dos kan patienten bli suicidal, då är det "bara" att höja dosen. Andra biverkningar är insomningssvårigheter, huvudvärk, hjärtklappning, irritabilitet, svettning och ångest. Vissa försvinner med tiden, vissa försvinner om man höjer dosen och andra försvinner tyvärr inte. Kontraindikationer för behandling med centralstimulantia är obehandlad psykos, pågående missbruk, okontrollerad epilepsi, hjärt-kärlsjukdom, MAO-hämmare, graviditet och feokromocytom.

Effekten av behandlingen

Ökar/förbättrar	Minskar
- Uppmärksamhet	- Motorisk hyperaktivitet
- Impulskontroll	- Avledbarhet
- Planeringsförmåga	- Aggressivitet
- Socialt samspel	- Störande beteende
- Korttidsminne/arbetsminne	- Reaktionsstid
- Inlärningsförmåga	
- Matte och stavning	
- Självkänsla	

Tourettes syndrom

Typ	Motoriska tics	Vokala tics
<i>Enka</i>	Ofta debut i 6-7åå <ul style="list-style-type: none"> - Ögonblinkningar - Grimaser - Axel- & skulderrörelser - Ryckningar 	Ofta debut 1-2 år efter motoriska <ul style="list-style-type: none"> - Hostningar, harklingar - Hummande, skrik - Visslingar
<i>Komplexa</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vidrör föremål - Lukt på föremål - Kopropraxi: obscena gester - Ekopraxi: härmar 	<ul style="list-style-type: none"> - Ord/fraser - Ekolali - Koprolali: fula ord

Tourettes syndrom är när man har flera motoriska och ett vokalt tics. Dessa ska vara ofta förekommande och vara under minst 1 år. Patienten ska också uppleva lidande eller funktionsnedsättning pga ticsen. Vissa patienter kan "ticsa av sig" och sen vara tics-fri ett tag. Oftast är samsjuklighet det största problemet (ADHD, klumpig motorik, inlärningssvårigheter, OCD eller autism). Man behandlar med KBT.

Neuropsykiatrisk utredning – ett teamarbete

- Klinisk intervju av patient och anhöriga, observation av patienten
- Journaler från BVC, skola, barnpsykiater etc
- Psykiatrisk bedömning för comorbiditet och differentialdiagnostik: ex MINI, SCID I och II, suicidriskbedömning
- Medicinsk bedömning: somatisk, blodprover, drogscreening
- Neuropsykologisk bedömning: IQ, exekutiva funktioner, uppmärksamhet, social förmåga, minne och inlärning, finmotorik – värdefull för att ge info om hur man kan hjälpa patienten på bästa sätt.

Personlighetsstörningar

"Hurdan personen är, men så pass dysfunktionell och oflexibelt att det skapar problem."

Personlighetsstörningar tillhör axel-II i DSM systemet. Diagnostiken bör ske genom en systematisk utredning, ex med en SCID-intervju. SCID-intervjuer är en slags grundintervju, om man får många "ja" svar i en kategori så går man vidare med en specifik intervju för den kategorin. Man kan ha både en eller flera axel-I diagnoser och samtidigt en eller flera personlighetsstörningar. Värt att notera dock är att personlighetsstörningsdiagnosen inte är statisk: löser man problemen blir man av med diagnosen.

Prevalensen för alla personlighetsstörningar är ca 10%, och varje kategori är runt 1%. Har man en diagnos så påverkar det andra psykiatriska tillstånd (ökar sårbarheten, färgar bilden vilket gör diagnostiken mycket svårare).

Det finns tyvärr inga läkemedel som man kan använda vid personlighetsstörning. Dock kan vissa symptom som patienten lider av behandlas med läkemedel, men behandlingens effekt varierar individuellt. Ett vanligt problem som är värt att komma ihåg är att borderline patienter ofta är övermedicinerade.

Diagnosticering

Här ska man ställa den allmänna diagnosen först, och sedan gå in på specifik personlighetsstörning.

- A. Ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas. Mönstret kommer till uttryck inom minst 2 av följande områden
 - 1) Kognitioner
 - 2) Affektivitet
 - 3) Mellanmänskligt samspel
 - 4) Impulskontroll
- B. Detta är oflexibelt och framträder i många olika situationer och sammanhang.
- C. Det leder till kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- D. Mönstret är stabilt och varaktigt och kan spåras tillbaka till åtminstone tidig vuxenålder.
- E. Det kan inte bättre förklaras av någon annan psykisk störning.
- F. Det beror inte på direkta fysiologiska effekter av droger eller somatisk sjukdom.

Man kan dela in de specifika personlighetsstörningarna i tre grupper: **mad**, **bad** och **sad**.

	Förklaring	Exempel
Kluster A, mad	Psykosliknande: udda, excentriska	<ul style="list-style-type: none"> - Paranoid - Schizoid - Schizotyp
Kluster B, bad	Dramatiska, impulsiva	<ul style="list-style-type: none"> - Antisocial - Borderline - Histrionisk - Narcissistisk
Kluster C, sad	Ängsliga, depressiva	<ul style="list-style-type: none"> - Fobisk - Osjälvständig - Tvångsmässig

Paranoid personlighetsstörning

Dessa är paranoida i vardagen. De ensiklda sakerna skulle kunna stämma i teorin, men sammantaget blir patienten misstänksam mot allt och alla. Patienten har en genomgående misstänksamhet och brist på tillit inför andra personer. Därför uppfattas deras motiv ofta som illasinnade. Minst 4 av följande kriterier krävs

- 1) Misstänksamhet
- 2) Oberättigat tvivel
- 3) Anförtror sig inte
- 4) Lättkränt
- 5) Ätar och är obenägen att förlåta
- 6) Känner sig ofta angripen och går då till motattack
- 7) Grundlös svartsjuka

Schizoid personlighetsstörning – ovanligt, ev autism eller asperger istället?

Tillbakadragenhet från sociala situationer och ett begränsat register av känslouttryck i kontakten med andra. Minst fyra av följande

- 1) Varken önskar eller uppskattar relationer
- 2) Väljer ensam-aktiviteter
- 3) Lågt sexuellt intresse
- 4) Finner sällan något nöje av tillvaron
- 5) Få eller inga vänner
- 6) Likgiltig för beröm och kritik
- 7) Emotionell kyla, "flack"

Schizoid personlighetsstörning är som de negativa symptomen vid schizofreni (bortfall av normala saker).

Schizotyp personlighetsstörning

Sociala och mellanmänskliga funktionsstörningar som utmärks av excentriskt beteende, kognitiva eller perceptuella förvrängningar och begränsad förmåga till nära relationer. Minst fem av följande

- 1) Hänsyftningsidéer
- 2) Udda föreställningar, magiskt tänkande (tror på 6:e sinne, clervojans, New Age)
- 3) Avvikande perception: ex kroppsillusioner
- 4) Besynnerligt sätt att tala
- 5) Misstänksam, paranoida tankar
- 6) Inadekvata affekter
- 7) Besynnerligt uppträdande eller yttre framtoning
- 8) Få eller inga vänner
- 9) Stark social ångest pga paranoid rädsla

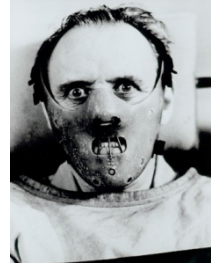


Schizotyp personlighetsstörning är som de "positiva" symptomen hos patienter med schizofreni.

Antisocial personlighetsstörning

De flesta psykopaterna uppfyller kriterierna, men alla är inte psykopater. Patienten är över 18 år och har en bristande respekt för, och kränker andras rättigheter. Det finns belägg för uppförandestörning med debut före 15åå (ex skolkar, snattar, våld mot djur eller människor, tänder eld på saker). Detta beteende finns inte enbart i samband med schizofreni eller maniska episoder. Minst tre av följande krävs för diagnos

- 1) Överskrider rådande normer, brottsliga handlingar
- 2) Bedrägande beteende: ex falska namnuppgifter
- 3) Impulsiv eller oförmögen att planera
- 4) Irritabel och aggressiv
- 5) Nonchalerar egen och andras säkerhet
- 6) Ansvarslös
- 7) Brist på ångerkänslor



Borderline

Patienterna är påtagligt impulsiva och instabila med avseende på mellanmännsliga relationer, självbilden och affekter. Minst fem av följande

- | | |
|---|---|
| 1) Försöker undvika separationer | 6) Affektiv instabilitet |
| 2) Instabila och intensiva relationer | 7) Tomhetskänsla |
| 3) Identitetsstörning | 8) Inadekvat vrede |
| 4) Impulsivitet: leder till droger eller shopping | 9) Stressrelaterad tillfällig paranoia eller dissociativa symptom |
| 5) Suicidalt eller självskadande beteende | |

OBS: ge inte dessa patienter en depressionsdiagnos för "lätt"!!!

Borderline-patienter är kraftigt svängande. Om de är deprimerade ger det uttryck som en depression just då, men perioderna är kortare och kan vända mycket fort. Patienterna kan inte hantera sina impulser: de kan må bra och sedan råka gå förbi ett apotek och köpa grejer till en intox. Dessa perioder kan vara några timmar, eller max några dygn. Det är de lättrolliga affekterna som är grunden till problemet, det ger den udda självbilden etc. Detta medför att om man kan kontrollera känslan så blir alla symptomen bättre (DBT). 60-80% av patienterna uppvisar självskadebeteende, och självmordsdödligheten är 5-10%.

Histronisk personlighetsstörning

Överdriven emotionalitet och strävan efter uppmärksamhet. Minst fem av följande

- | | |
|---|---|
| 1) Vill vara i centrum | 5) Impressionistiskt och detaljfattigt språk |
| 2) Förförisk eller provocerande beteende | 6) Dramatiserande, teatralisk |
| 3) Skiftande och ytliga känslouttryck | 7) Lättpåverkad |
| 4) Använder sitt yttre för att dra uppmärksamhet till sig | 8) Uppfattar relationer som mer intima än vad de är |

Narcissistisk personlighetsstörning

En narcissistisk personlighet övergår till personlighetsstörning när det blir friktion med omvärden. Dessa har ett genomgående mönster av grandiositet (i fantasin eller beteendet), behov att bli beundrad och brist på empati. Minst fem av följande

- | | |
|--|--------------------|
| 1) Grandios | 6) Utnyttjar andra |
| 2) Fantasier om egen storhet och framgång | 7) Empatistörning |
| 3) Tror sig vara en speciell och unik person | 8) Avundsjuk |
| 4) Kräver ett övermått av beundran | 9) Arrogant |
| 5) Förväntar sig särbehandling | |

Fobisk personlighetsstörning

Social hämning, känslor av otillräcklighet och överkänslighet för negativa omdömen. Minst fyra av

- 1) Undviker yrkesaktiviteter där sociala kontakter är av betydelse pga rädsla för ogillande
- 2) Undviker kontakt om ej säker på att bli omtyckt
- 3) Återhållsam i intima förhållanden, rädsla för skam
- 4) Hämmad i sociala situationer pga rädsla för kritik
- 5) Känner sig sämre än andra
- 6) Ovillig att pröva nya situationer pga risk att göra bort sig

Osjälvständig personlighetsstörning

Påtagligt starkt behov av att bli omhändertagen vilket leder till en undergivhet och klängigt beteende samt rädsla för separation. De kan ofta finna sig i att bli dåligt behandlade eftersom de måste vara i en relation till varje pris. Minst fem av följande

- 1) Svårt att fatta vardagliga beslut
- 2) Behov av att andra bestämmer och tar ansvar
- 3) Rädd att visa sig oenig
- 4) Har svårt att ta initiativ pga bristande tilltro till egen förmåga
- 5) Går till ytterligheter för att få stöd
- 6) Obekväm och hjälplös på egen hand
- 7) Klarar ej av ett liv i ensamhet och söker relationer
- 8) Rädsla för att bli övergiven

Tvångsmässig personlighetsstörning

Upptagenhet av ordning, perfektionism samt mental och mellanmänsklig kontroll på bekostnad av flexibilitet, öppenhet och effektivitet. Minst fyra av följande

- 1) Upptagen av detaljer
- 2) Handikappande perfektionism
- 3) Överengagerad i arbete/uppgift
- 4) Överdrivet samvetsgrann
- 5) Sparar på utslitna eller värdelösa saker
- 6) Ovillig att delegera uppgifter
- 7) Snål
- 8) Envis

Patienter med tvångsmässig personlighetsstörning tycker att "problemen" är helt rimliga. Detta är i stark kontrast med patienter med tvångssyndrom som tycker att alla problem är främmande för dem och knäppa, men de MÅSTE göra det.

Ångest/oro

Kompetensmål

- a) Bemöta en patient med akut ångest
- b) Skilja på paniksyndrom, generaliserat ångessyndrom, socialt ångestsyndrom, tvångssyndrom och post-traumatiskt stressyndrom
- c) Pedagogiskt förklara hur ångest uppkommer och manifesteras
- d) Avgöra vårdnivå och vid okomplicerade tillstånd insätta behandling
- e) Identifiera komplicerande depression alt substansberoende
- f) Värdera ångest som fenomen vid somatisk sjukdom

Livstidsprevalensen för att lida av något ångestsyndrom är 20-30%. Dessa blir ofta kroniska om de går obehandlade. De ökar även risken för annan psykisk och kroppslig sjukdom. Något glädjeväckande är att man ofta får en god effekt av både läkemedel (ffa serotonerga) och psykoterapi (KBT).

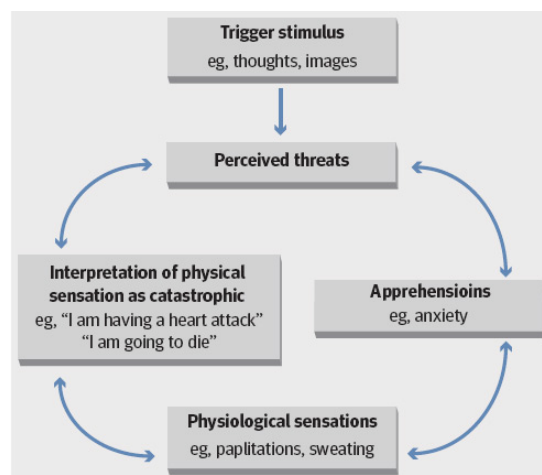
Vad gör man vid ångestsyndrom?

- Diagnostisk utredning: MINI-test är mycket bra
 - Psykiatrisk samsjuklighet?
 - Somatiska faktorer?
- Skattning av symptomen och funktionsnivån

- Behandling
- Utvärdering

Paniksyndrom

Paniksyndrom är när man har återkommande och **oväntade** panikattacker och en rädsla för ytterliggare attacker / rädsla för följer / betydande beteendeförändring. Detta är alltså inte om man får panik när man ser en orm. Man kan ha paniksyndrom med eller utan agorafobi (när man undviker situationer eller gör så att man snabbt och lätt kan komma undan). Paniksyndromen ger upphov till en ond cirkel



Man tolkar något som negativt vilket ger en ökad hjärtfrekvens -> då tror pat att han får en hjärtattack -> blir ännu räddare -> ännu högre hjärtfrekvens -> etc etc. Andas man i en påse ökar det koldioxid vilket sänker pH och symptomen minskar.

Det positiva är att en ångestattacks naturförlopp är självbegränsade: de går över och är inte farliga, tar max 20min. Därmed är invasiva åtgärder onödiga (då tror pat att "oj, det här var farligt – man måste behandla om det kommer" och söker på nytt vid nästa attack). Man ska dock utreda somatisk genes och ta ett EKG, troponiner och thyroideastatus (+ev arbets-EKG).

Behandlingen består ffa av att exponering för de miljöer som patienten undviker – det som utlöser problemen. Man kan även testa att hyperventilera för att trigga symptomen "mitt i". Ibland kan det dock vara svårt att hitta triggern.

- 1) KBT: individuellt eller i grupp. Det påverkar tankemönstret och beteendet genom att exponeras för triggern och vänta ut ångesten, då bryts kopplingen.
- 2) Läkemedel
 - SSRI, SNRI (venlafaxin)
 - Tricykliska antidepressiva
 - Benzodiazepiner: stora nackdelar

Social fobi

Upp till 5% av befolkningen lider av detta. Det kan antingen vara specifikt (bara problem med föreläsningar) eller genrellt. Den sociala fobin har ett kroniskt förlopp och tidig debut av

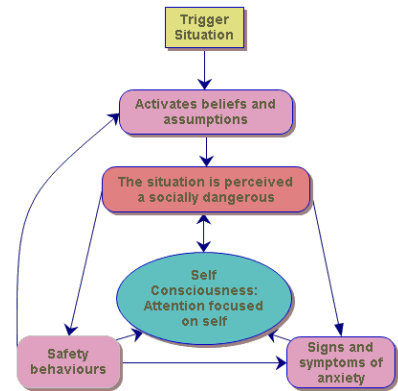
- Rädsla för att bli granskad eller bortgjord
- Ångest i sociala situationer
- Undvikande
- Insikt

I en social situation kommer patienten att misstolka andra och bli väldigt självmedveten, detta leder till att patienterna tex försöker gömma sig, och då blir de **ännu** me självmedvetna. ”De kanske inte tycker om mig” -> självmedveten -> rodnar -> ännu mera självmedveten.

Behandlingsmässigt har KBT bättre långtidseffekt än läkemedel om man slutar med båda.

- 1) KBT: individuellt eller i grupp.
- 2) Läkemedel:
 - a. Starkt stöd för SSRI och SNRI
 - b. Måttligt stöd för MAO-hämmare

I KBT sessionerna arbetar man med tankar och vad som ligger bakom problemet. Man kommer fram till en plan för vad man ska göra när ångesten kommer. Det fungerar inte att kastas in i situationen – detta kan ha den motsatta effekten. Det viktiga är arbetet mellan sessionerna: hur man förbereder sig för situationen.



Specifika fobier

En fobi innebär att man är **rädd** och att ens **funktionsgrad påverkas**, ex vägrar vara i naturen. Detta kan enbart botas av KBT(läkemedelsbehandling saknar stöd). Man kan ha fobier mot ex djur, höjder, flygplan, instängda utrymmen, blodprov, operationer eller kräkningar.

Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

Ett generaliserat ångestsyndrom innebär en ständig, långvarig och svårkontrollerad oro för flera olika saker. Man associerar detta med mentala och fysiska symptom såsom rastlöshet, trötthet, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, spändhet och sömnsvårigheter. Oron kan inte bättre förklaras av andra sjukdomar! Det är viktigt att kontrollera att oron inte är kopplad till en oro över att få nya panikattacker. Man behandlar med KBT eller läkemedel: SSRI (citalopram, escitalopram), SNRI (venlafaxin) eller lyrica.

2/3 av patienterna har samtidigt en annan psykiatrisk diagnos som dystymi, depression eller alkoholberoende. Även somatisk samsjuklighet är vanligt som ex smärta, GI-symptom eller yrsel.

Post-traumatiskt stressyndrom (PTSD)

- Man har tidigare varit med om ett trauma (trafikolycka, sexuell- eller fysisk misshandel, misbruk) och varit oerhört rädd vid traumat. Efter detta återupplever man traumat i form av påträngande minnen och drömmar.
- Undvikande: känslomässig avflackning, minskad social interaktion, undvikande av situationer som påminner om traumat.
- Överspändhet: sömnsvårigheter, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, vaksamhet/lättskrämdhet.

8-12% av patienterna får PTSD samma månad som traumat inträffar. Förloppet är kroniskt och det finns en hög samsjuklighet med depression, paniksyndrom och missbruk. Behandlingen är KBT (där man bla exponerar för minnesbilderna) och läkemedel i form av SSRI (sertralin) eller SNRI (venlafaxin).

Tvångssyndrom (OCD)

Obehagliga och meningslösa tankar tränger sig på, men man kan inte göra något åt det. Patienten är medveten om det och vill bli av med det hela. Patienten har tvångstankar och/eller tvångshandlingar

>1h per dag. Detta ger upphov till lidande eller funktionsnedsättning. Dessa tankar/handlingar kan exempelvis vara

- Smitta eller nedsmutsning med tvättvång
- Symmetri, iordningsställande, räkning
- Våld, aggression, skada sig själv eller andra
- Sexuella och religiösa tvångstankar
- Samlande och sparande

Systemen är ofta invecklade och patienten kan inte stå emot det, vill ex inte skada sig själv men tvingas att göra det för att lindra sin ångest. Många människor har en period av detta som barn: de måste göra ngt **rätt** annars händer det något fruktansvärt med "mamma" (=överdriven ansvars känsla). Om man har en psykiatrisk patient med handeksem: fråga om tvättvång!



Behandling

- 1) KBT: exponering med responsprevention
- 2) Läkemedel:
 - a. SSRI: hög dos
 - b. Klomipramin: TCA
 - c. Antipsykotiska som tillägg om man har dålig effekt av andra läkemedel: risperidon eller haloperidol upp till 2mg

Stress- och krisreaktioner

Kompetensmål:

- a) Värdera riskfaktorer för krisreaktion inkl relationsproblematik, långvarig stress eller annan psykosocial belastning
- b) Bedöma behovet av att involvera närstående
- c) Under handledning för ett samtal vid akut kris

Psykosocial stress ger en ökad dödlighet i kardiovaskulär sjukdom, både på kort och lång sikt, och det är därför det är oerhört viktigt att behandla patienter som upplever stark stress. Händelser och situationer som innebär en oönskad förändring i en människas livssituation (ex dödsfall, separation, muslyckanden, sjukdom, svår kränkning) kan ge upphov till psykisk smärta, nedstämdhet och oro. Detta är normalt och det är först om reaktionen blir mycket djupare eller pågår mycket längre än förväntat som detta blir en sjukdom. Viktigt att komma ihåg är att en stressjukdom ofta kan kompliceras med en depression "ovanpå". Man kan säga att det finns fyra olika diagnoser av stressrelaterade psykiska sjukdomar.

- Anpassningsstörning
- Akut stressyndrom
- Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
- Utmattningsyndrom

<i>Diagnos</i>	<i>Typ av stress</i>	<i>Klinisk bild</i>
Anpassningsstörning	Livskris, normal psykisk påfrestning*	Nedstämdhet, ångest, oro, sömnstörning, ev suicidtankar
Akut stressyndrom	Livshotande trauma, akutskede	Starka och växlande affekter, dissociation, inadekvat beteende, förvirring, vegetativa symptom (aptit, sexlust, sömn)
PTSD	Livshotande trauma, efterförlopp	Påträngande ovälkomna och ångestväckande minnesbilder (flashbacks), ångest, spänningssymptom, fobiskt undvikande
Utmattningssyndrom	Icke-livshotande långvarig stress utan återhämtning	Extrem psykisk och fysisk trötthet, kognitiva störningar, störd sömn, affektiva symptom

*Akuta relationsproblem, separationer, arbetslöshet

Akut stressyndrom efter akut och livshotande fara

Denna sjukdom debuterar i omedelbar anslutning till traumat och **sträcker sig per definition maximalt tills 4v efter traumat.** Typiskt är intensiva och snabbt skiftande affekter som skräck, förtvivlan, ångest eller aggressivitet samt ett kraftigt autonomt påslag som ger takykardi, högt blodtryck och vidgade pupiller. Karakteristiskt är förändrat medvetandetillstånd (dissociation) som kan yttra sig som en känsla av att vara avskuren från omgivningen samt att man uppfattar de traumatiska händelserna som om de inte berörde en själv.

Post-traumatisk stressyndrom – då tramat biter sig fast

Man återupplever traumat utan att man vill som sk flashbacks. Dessa kan komma i mardrömmar och leder till ökad ångest och sömnsvårigheter. Vanliga orsaker är krigstillstånd (både för soldater och civila), naturkatastrofer, terrorhandlingar, olyckor, eller övergrepp som rån eller våldtäckt. Risken att drabbas beror inte enbart på traumats natur, utan även på patientens tidigare erfarenhet och personlighet.

Utmattningssyndrom

Utmattningssyndrom är en reaktion på långvarig stress utan möjlighet till tillräcklig återhämtning. Den förlöper oftast i tre faser

- **Prodromalfas:** spänningssmärk, hjärklappning, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter. De flesta upplever detta som en varning och minskar därmed belastningen och går inte vidare i symptomen.
- **Akutfas:** mycket uttalad fysisk och psykisk trötthet tillsammans med en oförmåga till återhämtning trots sömn. Kognitiva problem som ex akut svårt att hitta eller plötsliga minnesstörningar kan även uppstå.
- **Återhämtningsfas:** successiv regress av symptomen. De kognitiva symptomen kvarstår oftast längst och är ett hinder för återgång till arbetet.

Viktigt att notera är att utmattningssyndrom **inte** är synonymt med utbrändhet.

	Utmattningssyndrom	Utbrändhet
<i>Område</i>	Medicin	Psykologi
<i>Etiologi</i>	Långvarig stress som kan, men inte behöver vara, arbetsrelaterad.	Frustration över arbetsfaktorer som ex upprepade misslyckanden, stor belastning, liten egen kontroll, dåligt stöd eller omöjliga arbetsförhållanden
<i>Karakteristiska symptom</i>	Trötthet, sömnstörning, kognitiva och vegetativa symptom	Triaden 1) Emotionell utmattning 2) Avståndstagande från arbetet (cynism) 3) Minskad effektivitet i arbetet

Vid utbrändhet är det den prestationsbaserade självkänslan som gör att patienten inte ger upp utan istället fortsätter att sträva över utmattningens gräns. Andra med en mer genuin självkänsla kan bli utslitna "worned out" snarare än utbrända "burned out".