**Förutsättningar för vård enligt LPT**

Allvarlig psykiskt störning, som antingen kräver

1. psykiatrisk dygnet runt vård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. särskilda villkor för psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård), och att patienten motsätter sig vården, eller sannolikt inte kan medverka till frivillig vård.

Enbart psykisk utvecklingsstörning räcker inte för att uppfylla kriteriet ”allvarlig psykisk störning”.

Vid bedömning av vårdbehovet skall farlighet som följd av den psykiska störningen vägas in.

**Vad bygger intagningen för LPT på?**

- Vårdintyg utfärdas av legitimerad läkare i allmän tjänst eller med landstingsuppdrag i omedelbar anslutning till undersökningstillfället.

- samma läkare fattar beslut om kvarhållning tills dess att frågan om intagning är avgjord.

- Intagningsbeslut måste fattas inom 24h av psykiatrisk chefsöveläkare (eller erfaren läkare med specialistkompetens i psykiatri (delegation)). Vårdintyget får inte vara äldre än 4 dagar när beslut fattas.

- vid intagning måste patienten informeras om rätten att överklaga till länsrätten samt rätten till stödperson.

**Egentlig depression enligt DSM-5**

Minst 5 symtom under samma 2v-period, ger lidande/funktionsinskränkning

1. Nedstämdhet.

2. Oförmåga att glädjas

3. Aptitstörning.

4. Sömnstörning.

5. Koncentrationsstörning

6. Energibrist

7. Nedsatt självkänsla

8. Ökad/minskad motorik

9. Självmordstankar

\*\* Symtomen ej del av bipolaritet, orsakar kliniskt signifikant lidande, beror ej på substansmissbruk, förklaras ej av okomplicerad sorg.

**Mani och hypomani i DSM-5**

**Minst 4 symtom (5 om enbart irritabel)**

**Minst 4 dagar för hypomani, 7 för mani.**

**Om påtagligt funktionspåverkan, psykotiska drag eller behov av sjukhusvård BP I, annars BPII**

1. Förhöjt, expansivt eller irritabelt stämningsläge och ökad målinriktad aktivitetsnivå eller energi.

2. Snabba, rusande tankar

3. Minskat sömnbehov.

4. Lättdistraherad

5. Ökad pratsamhet

6. Ökad självkänsla

7. Ökad motorik eller överaktiv

8. Omdömeslöst beteende

**Ihållande depression (Dystymi)**

Nedstämd större delen av dagen flertalet dagar under minst 2 år + minst 2 av följande symtom:

1. aptitstörning

2. Insomni eller hypersomni

3. Låg energi eller trötthet

4. Låg självkänsla

5. Koncentrationssvårigheter

6. Hopplöshet

***Aldrig mani, hypomani eller cyklotomi***

**Acetylcholin**

Involverad i

Kognition

Minne/inlärning

Sömn/vakenhet

Motorik

Receptorer:

Muskarin (1-5)

Nikotin (pentamerer bestående av olika  och -subenheter som bygger upp jonkanaler)

**GABA:**

Aminosyra

Inhibitorisk

Receptorer: GABA-a, GABA-b

20 miljarder nervceller

**Glutamat:**

Aminosyra

Excitatorisk

Receptorer: Glu (1-8), NMDA, AMPA

80 miljarder nervceller

**Serotonin:** f

Monoamin

Involverad i:

Affekt

Impulsivitet (-)

Kompulsivitet (-)

Kognitiv flexibilitet

Receptorer: 5HT (1-7)

50 tusen nervceller

**Dopamin**

Monoamin

Involverad i:

Kognition

Belöning/Lust

Motivation

Motorik

Receptorer: D (1-5)

40 tusen nervceller

**Noradrenalin:**

Monoamin

Involverad i:

Affekt

Vigilans/Arousal

Kognition

Uppmärksamhet

Receptorer (, )

34 tusen nervceller

**Histamin**

Involverad i:

Kognition

Vakenhet

Aptit/vikt

Receptorer: H (1-3)

64 tusen nervceller

**Läkemedel**

**Sedativa**

**Anxiolytika**

**Hypnotika**

***Preparat***

***Bensodiazepiner (Oxascand, Stesolid, Iktorivil, Xanor)***

***Bensodiazepinliknande (Imovane, Stilnoct, Sonata)***

***Antihistaminer (Atarax, Lergigan, Theralen, Propavan)***

***Indikation***

Oro

Ångest

Sömnsvårigheter

(Lugnande, dämpande -sedativum

Minskar ångest -anxiolytikum

Underlättar insomnande och sömn -hyponotikum)

***Verkningsmekanism***

*Bensodiazepiner:* GABA-receptorantagnoist

*Antihistaminer:* Atarax (H1-receptorantagonist), Lergigan (fentiazinderivat som blockerar histamin och acetylkolin. Verkningsmekanismen är ej fullständigt klarlagd.), Theralen (fentiazinderivat i gruppen högdosneuroleptika med sedativa och histaminantagonistiska egenskaper, har även antikolinerga effekter), Propavan (fentiazinderivat med en centralt dämpande effekt, medan de perifera verkningarna är svagt framträdande. Verkningsmekanismerna för den hypnotiska effekten är ej helt klarlagda.)

***Biverkningar***

*Bensodiazepiner*

Muskelavslappnande -fallolyckor hos äldre

Kognitiva biverkningar -minnestörning, kan framkalla konfusion hos äldre och därmed öka oron (paradoxal effekt)

Beroendeframkallande

**Antipsykotika**

**Preparat**

**1a:generationens AP (FGA) (Cisordinol, Fluanxol, Haldol, Buronil, Nozinan, Siqualone, Dridol, Trilafon, Truxal)**

**2:a generationens AP (SGA) (Leponex (klozapin), Abilify, Invega, Risperdal, Serdolect, Seroquel, Zeldox, Zyprexa (olanzapin)**

***Indikation***

Psykossjukdom

Schizofreni

Schizoaffektiv sjukdom

Kortvarigpsykos

Bipolär sjukdom

Depression med psykos

***Verkningsmekanism***

Samtliga antipsykotiska är D2-receptor antagonister. FGA har sin antipsykotiska effekt om de binder till 60–80% av D2 receptorerna. För SGA kommer effekten efter viss grad bindning till D2 receptorerna men främst p g a blockaden av 5HT2A receptorer. I djurstudier har man visat att SGA binder och dissocierar från D2 receptorn på ett atypiskt sätt. Studier har visat att den antipsykotiska effekten hos FGA korrelerar med affiniteten för D2, medan detta inte är fallet för SGA.

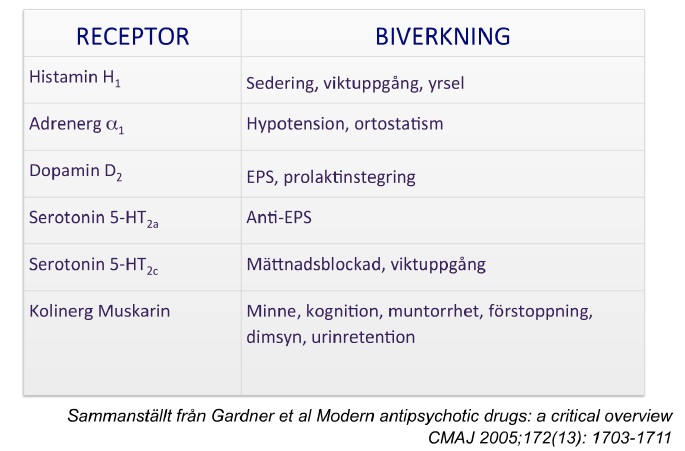
***Biverkningar***

***Medicinska kriser***

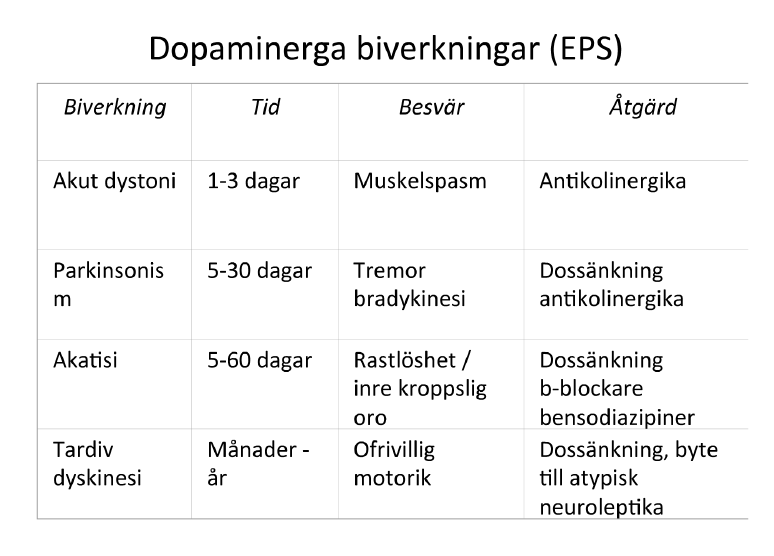
Malignt Neuroleptikasyndrom (Kraftig muskelstelhet, ökad salivproduktion, feber, förvirring)

Agranulocytos (Klozapin)

Hjärtrytmrubbningar (QT-tid högre än 500 ms eller ökning > 60 ms ger signifikant ökad risk för arytmier och Torsade de pointes, är dosberoende)



EPS uppstår vid 75–80% bindning till D2 receptorerna. Överlappet mellan önskad effekt och biverkan gör det svårt att undvika EPS med FGA. Svag bindning till och snabb dissociation av SGAs från D2 receptorer kan vara orsaken till deras lägre EPS.



**Utsättningstriad**

Antikolinerg illamående, kräkning, rastlöshet, sömnbesvär, influensaliknande symtom

Antidopaminerg Hyperkänslighet för dopamin (ökad psykos, ökad EPS)

Antihistaminerg Aktiveringssyndrom (sömnlöshet, rastlöshet, akatisiliknande symtom)

**Antidepressiva**

***Preparat och verkningsmekanism***

***SSRI (Cipramil, Fluoxetin, Seroxat, Zolor, Cipralex)***

***NRI (Edronax, (Voxra????))***

***SNRI (Effexor, Cymbalta)***

***MAO-hämmare (Nardil, Parnate, Aurorix)***

***NA 2R-blockare (Remeron, Mianserin, Mirtazapin)***

***TCA (Anafranil, Tryptizol, Sensaval)***

***????Ca2+-kanalblockare (pregabalin (lyrica))???? minskar neuronal excitabilitet genom att binda till en subenhet av spänningsberoende kalcium-kanaler på neuron i CNS och minska frisättningen av flera transmittorsubstanser inklusive glutamat, noradrenalin och substans P***

***Indikation***

Depression

Paniksyndrom

GAD

Social fobi

Tvångssyndrom

PTSD

Ätstörningar, Impulsstörningar

***Biverkningar***

*Muntorrhet, illamående, diarré, ångest, oro, rastlöshet, minskad sexlust, ejakulationsstörning*

*Sänkt kramptröskel*

*Ökad blödningsbenägenhet*

*Serotonergt syndrom (En kraftig överaktivitet i den serotonerga neurotransmissionen i CNS p g a för hög serotonerg aktivitet i hjärnan. Syndromet kan uppkomma efter en akut överdosering men även efter intag av terapeutiska doser. Symptomatologin domineras av CNS-symptom med akatisier, tremor, svettning, oro, agitation, konfusion, diarré, hyperreflexi, klonus, takykardi, rigiditet och hypertermi).*

*SIADH (Patologiskt ökad ADH-aktivitet med hyponatremi) (SSRI, TCA, Karbamazepin och neuroleptika) Ger förvirring/konfusion, krampanfall.*

**Stämningsstabiliserande**

***Preparat***

***Litium (Lithionit)***

*Behandling av akut hypomani och mani*

*Förebygga maniska och depressiva skov*

*Förstärka antidepressiv behandling*

*Har ett snävt terapeutiskt fönster*

***Valproat (Ergenyl, Orfiril)***

*Akutbehandling av mani och hypomani*

*Vid blandform av mani/depression (dysfori)*

***Lamotrigin (Lamictal)***

*Behandling av depression vid bipolär sjukdom*

*Förebygger depressioner bättre än manier*

***Karbamazepin (Tegretol)***

***"Breda" antipsykotikum***

***Indikation***

Bipolär sjukdom

Schizoaffektiv sjukdom

Aggressivitet

Epilepsi

***Verkningsmekanism***

*Litium:* Verkningsmekanismen för litium är inte klarlagd. Det är möjligt att inverkan på biologiska membran genom interaktion med natrium och kalium är den primära mekanismen med återverkningar på bland annat monoaminomsättningen sekundärt. Litium kan också tänkas interagera med bland annat kalcium- och magnesiumomsättningen.

*Valproat:* Dess huvudsakliga verkningsmekanism synes vara relaterad till en förstärkning av den GABA-minerga aktiviteten

*Lamitrigin:* De mekanismer genom vilka lamotrigin utövar sin terapeutiska verkan vid bipolär sjukdom inte fastställts, men det är sannolikt att interaktion med spänningsstyrda natriumkanaler spelar en viktig roll.

*Karbamazepin:* Verkningsmekanismen hos karbamazepin är inte helt klarlagd. Karbamazepin, har kemisk släktskap med tricykliska antidepressiva.

***Biverkningar***

*Litium*

Diarré, illamående, törst, tremor

Hypothyreos, viktuppgång

Minskad förmåga att koncentrera urinen, ökade urinmängder

INTOX: Sluddirgt tal, ataxi, tremor, konfusion, kramper

*Valproat*

Leverpåverkan

Viktuppgång

PCO hos fertila kvinnor

*Lamictal*

Yrsel, huvudvärk, trötthet

Steven-Johnsons syndrom (hudbiverkningar) Måste därför långsamt trappas upp.

**Centralstimulantia**

***Preparat och verkningsmekanism***

***NA-DA Återupptagshämmare (Metylfenidat =Ritalin, Concerta, (Medikinet), (Equasym), Lisdexamfetamin (Elvanse))***

***Presynaptisk NA-transportörhämmare (Strattera)***

***Bupoprion (ADHD med co-morbid depression)***

***Psykoanaleptika (Modafinil, exakta verkningsmekanismerna okända (Modiodal) indikation Narkolepsi)***

***Indikation***

ADHD

***Biverkningar***

*Blodtryckshöjning*

*Huvudvärk*

*Buksmärta, diarré, illamående, magbesvär och kräkningar*

**Symtomprofil vid brist på**

**1. serotonin,**

**2. NA,**

**3. dopamin**

**Hur ska man använda sig av detta vid behandling av depression?**

1. spänd, irretabel, aptit, sex, humör, ångest

2. apati, minskat intresse, ångest, energibrist

3. anhedoni, energibrist, aptitstörning, sexpåverkan

=> SSRI är förstahandspreparat, men titta på symtomprofilen och välj LM utefter detta!

**Ge exempel på verkningsmekanismer för psykofarmaka samt exempel**

1. Postsynaptisk receptorblockad (bromsa signal) ex. Haloperidol (D2)

2. Postsynaptisk receptoraktivering (öka signal) ex. Diazepam (GABA-receptor agonist)

2. Återupptagshäming (öka signal) ex. SSRI, SNRI

3. MAO-hämning (öka signal genom att minska nedbrytning av transmittor) ex. Aurorix.

4. Presynaptisk receptorblockad ex. Mirtazapin

5. Jonkanalblockerare - Blockering av aktionspotential -Na-kanal blockerare (Lamotrigin), Ca-kanal-blockare - (pregabalin Lyrica)

**Dopamin: vilka receptorer finns och vilken blockeras vid antipsykotisk behandling och vad har det för effekt?**

Dopamin har rec 1-5. D2 är den som blockeras = minskar psykotiska symtom. Även återupptag till presynaptiska neuronet ökar (utom Seroquel).

**Serotonin och Noradrenalin: vilken farmakodynamisk effekt utnyttjas vid antidepressiv behandling?**

Återupptaget i det presynaptiska neuronet minskar (har även effekt på NA, och dopamin). Mer transmittor i synapsen!

**Vad innebär MAO-hämning?**

MAO finns i mitokondrien och i synapsen och bryter ner monoaminer. MAO hämmas = mer transmittor kan då ge effekt i synapsen, ger effekt på både serotonin och noradrenalin (ex. Aurorix).

**Hur fungerar presynaptisk autoreceptorblockad? Exempel på medicin och användningsområde?**

Presynaptisk effekt på autoreceptor som ger att feedbacken störs, cellen tror det finns för lite transmittor och bildar således mer transmittor. Fungerar på noradrenerga neuron, som har kontakt med serotonerga neuron = ökad produktion av 5-HT. Blockar rec 2 och 3: bättre för sexuella biverkningar. Bäst effekt på ångest! Antihistaminerg effekt = sover bra. Dock viktuppgång. Mirtazapin = Rameron.

**Tre användningsområden för bensodiazepiner? När inom psykiatrin använder man benso?**

1. kramplösande = klonazepam, antiep.

2. ångestdämpande = psykofarmaka

3. muskelavslappnande = lumbago, ryggskott

Används vid kris, avgiftning, tillfälligt vid sömnstörning. OBS!! Kortvarig behandling! EJ för ångest! Finns bättre mediciner!

**Exempel på kortverkande BZ och långverkande? T1/2 för bägge?** **Medellångverkande, finns det? Ska den användas?**

Kortverkande: Xanor, Sobril. T1/2 <12 h

Långverkande: Stesolid, Rohypnol t1/2 > 15 h

Medellångverkande är Lorazepam (Temesta) dock har den stark affinitet för GABA och har således hög missbrukspotential, t1/2 på 7-35 h.

**Lyricas funktion och för vilket psykiatriskt tillstånd kan medicinen användas?**

Glutamathämmare som normaliserar neuronets aktivitet, neurogen smärta kan behandlas med den. Psykiatrisk används den mot GAD, men obs på missbrukspotential!

**Vilket dopaminergt bansystem har med EPS att göra?**

Nigrostriatala (samma som Parkinsons).

**Exempel på SSRI preparat?**

Citalopram (Cipramil)

Escitalopram (Cipralex)

Paroxetin (Seroxat)

Sertralin (Zoloft)

Fluoxetin (Fontex)

**Exempel på preparat med både serotonerg och noradrenerg återupptagshämning?**

Venlafaxin (Efexor), eller Cymbalta.

**Noradrenerg återupptagshämmare?**

Edronax

**Dopaminerg och noradrenerg återupptagshämmare?**

Voxra, Zyban

**Serotonerg och noradrenerg verkningsmekanism via presynaptisk autorec.blockad?**

Mirtazapin (Rameron)

**Noradrenerg verkningsmekanism via presynaptisk autorecblockad.**

Mianserin (Tolvon).

**Tricykliska: vad för effekt och exempel på preparat?**

Serotonerg och noradrenerg återupptagshämning.

Ex: Klomipramin (Anafranil), Amitryptilin (Tryptizol), Nortriptylin (Sensaval).

**Exempel på lm som kan användas vid dygnsrytmsvårigheter + depression?** Agomelatin (Valdoxan) som är melatoninagonist och 5-HT2 antagonist.

**Vilken information ska patienten ha innan man börjar behandling med antidepressiva lm (SSRI ffa)?**

\*Effektlatens = ej effekt på en gång, obs på parodoxal ångestökning, säg att de ska söka hjälp!

\*Biverkningar = vikt, sexuellt, GI-störningar

\*Upptrappande dos.

\*Inte vanebildande!

**Hur ser behandlingstiden ut? Tid för utsättning?**

Upptrappning till måldos (enl FASS). Minst 6 mån med samma dos, minst 12 mån samma dos för äldre.

Utsättning under 2-4 v (ej tvärt!)

**Förstahandsval vid depression? Vad göra när man ej får förväntad effekt (förutsatt att pat tagit sin medicin)? Vad ska man absolut undvika?**

1. SSRI (men tänk på symtomprofilen: NA, 5-HT, dopamin).

Om ej effekt: dosökning (revidera måldos), kombinationsbehandling (t ex lägg till NA-läkemedel så SSRI + mianserin), om ej effekt: byt till medel med annan verkningsmekanism (exvis Efexor).

\*\*\*Man ska aldrig ge MAO-hämmare med andra antidepressiva!\*\*\*

**När ska patienten inte längre vårdas på vårdcentral utan ses av en specialist?**

- misstänkt/verifierat bipolärt syndrom

- dramatiskt förlopp, psykotiska symtom, stor s-risk

- diagnostiskt oklara fall

- terapirefraktära pat.

- oklara biverkningar, dålig beh. motivation

- graviditetsdepression, post-partum, missbruk, schizofrena syndrom, allvarlig personlighetsstörning.

**När ska patient ha långtidsprofylax för depressionsbehandling? (alltså längre än 6 mån)**

- 2 el flera depressionsepisoder under 5 år

- riskfaktorer: sen debut (>60 år), tidig debut (<20 år), täta recidiv, snabba insjuknanden (1v-10dgr), allvarliga episoder(suicid).

**Vilka SSRI-biverkningar kommer omedelbart?**

Illamående, kräkningar, sömnstörningar, trötthet, excitation, nervositet, diarré, förstoppning, hv, muskulära biv., sexuella biv., svettningar.

**Hur göra med de sexuella biv. vid SSRI behandling?**

"drug holiday", högst 1-2 dagar, alternativt byte till Mirtazapin (MAO-hämmare) = lägre risk för sexuella biverkningar.

**Graviditet och depressionsbehandling?**

SSRI (flesta) relativt väldokumenterade, perinatala effekter finns men inga kliniskt signifikanta långtidseffekter. Undvik Seroxat till fertila kvinnor.

**Vilka neuroleptika kan ges till äldre?**

Zyprexa (minskad risk för parkinsonism)

Risperdal (ej Ach-effekt)

**Vad är malignt neuroleptika syndrom?**

Tempstegring, extrem muskelstelhet, CK-stegring, förvirring, hjärtrytmrubbningar

- riskpatienter = dehydrerade, undernärda, yngre män

**Behandling**

Utsättning av neuroleptika

Ta kontakt med neurolog och narkosjour

Symtomatisk behandling med bl a snabb nedkylning samt övervakning på intensivvårdsnivå

Bensodiazepiner kan provas i lugnande och muskelavslappnande syfte

Farmakologisk behandling med bromokriptin samt dantrolen kan i vissa fall användas

**När finns det risk för lithiumintoxikation? Vilka läkemedel ska man vara försiktig med?**

- dehydrering, saltfattig kost, interaktion med andra lm (snävt terapeutiskt fönster!!)

- ACE-hämmare, vätskedrivande, flagyl, NSAID!

**Biverkningar vid behandling med lithium?**

Njurbiverkningar!

Teratogent!!

**Vilka är axlarna i DSM IV?**

I. Psykiatriska syndrom utom personl.störning

II. Personlighetsstörningar + mental retardation

III. Kroppslig sjukdom

IV. Psykosociala problem

V. Funktionsnivå GAF

**Vad definierar en personlighetsstörning enl Axel II i DSM?**

A. Ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad allmänt förväntas i personens sociokulturella miljö vad gäller: kognitioner, affektivitet, mellanmänskligt samspel, impulskontroll.

B. Mönstret är oflexibelt.

C. Kliniskt signifikant lidande/funktionsnedsättning

D. Från tidig vuxenålder, förklaras ej bättre av anna psykisk störning, ej substansrel.

**Vilka personlighetsstörningar ingår i kluster A?**

Paranoid PS

Schizoid PS

Schizotypal PS

**Vilka personlighetsstörningar ingår i kluster B?**

Antisocial

Borderline

Histrionisk

Narcissistisk

**Vilka personlighetsstörningar ingår i kluster C?**

Fobisk

Osjälvständig

Tvångsmässig

PS UNS

**Ätstörningars prevalens?**

Olika i olika åldrar, men bland unga är det ca en per klass i högstadiet/gymnasiet.

**Behandling för panikångest, farmakologisk och icke-farmakologisk?**

SSRI + KBT

**Tvångssyndrom, hur vanligt?**

Livstidsprevalens är cirka 2 procent

Tillståndet är lika vanligt hos båda könen

Hos barn vanligare bland pojkar på grund av tidigare insjuknandeålder

**Behandling av tvångssyndrom, farmakologiskt och icke-farmakologiskt?**

SSRI + KBT (Exponering)

**Läkemedelsbehandling vid svårbehandlad OCD?**

Tar patienten sin medicin?

Upptrappning till maxdos

Byte från SSRI till annat SSRI eller till klomipramin

Tillägg av neuroleptika i lågdos. Detta motiveras inte av misstanke om inslag av psykossjukdom, vilket kan behöva klargöras för patienten. Vid samtidiga tics ökar chansen för effekt. Ett beprövat alternativ är risperidon 0.5-2 mg

**Var är hjärnans centrum för initiering av exekutiva funktioner beläget? Nämn en sjukdom som är relaterad till området och exempel på behandling?**

Prefrontalcortex i frontalloberna. ADHD. Concerta, Ritalin, Strattera.

**Utredning av ung kvinna med depressiva besvär under en längre tid? Behandling? Om hon återkommer efter ett par år med många återkommande svåra depressiva episoder, vad gör du då?**

I. Anamnes: socialt? arbete? hemsituation? missbruk? somatiska bekymmer? SUICIDRISKBEDÖMNING!! SSRI behandling, samtalskontakt, återbesök/telefonsamtal för att följa behandlingens effekt.

II. Utred vidare. Ångest? Sömn? Ny suicidbedömning! Fråga om perioder av mani? Ärftlighet?

**En man kommer in till psykakuten med polishandräckning på ett mindre sjukhus där du är AT-läkare. Han har en psykossjukdom och är uppenbart psykotisk, utåtagerande, aggressiv och vill inte samtala eller bli undersökt.**

Som AT-läkare kan du inte utfärda vårdintyget, eftersom man måste vara legitimerad. Man kan som AT-läkare fatta beslut om kvarhållning. Kvarhållningsbeslut gäller i 24h.

Direkt efter en särskild undersökning kan vårdintyget skrivas (av leg läkare) och då måste ett intagningsbeslut fattas av en specialist inom psykiatri inom 24 timmar (får inte vara samma läkare som skrev vårdintyget!). Under de 24 timmarna får man hålla kvar patienten och visitera patienten. Här får man också använda tvångsåtgärder (chefsöverläkare= specialist i psykiatri med delegation!). Vid intagningsbesöket måste patienten informeras om rättan att överklada + stödperson. Bältesläggning och tvångsmedicinering kan bara deligeras av specialist inom psykiatri.

... Får använda tvångsåtgärder (bältesläggning och tvångsmedicinering) innan intagningsbeslutet är fattat av leg. läk med delegation.

... nedstämdhet.

dödstankar.

dödsönskan.

självmordstankar.

självmordsplaner.

självmordsförsök.

=> sammanfatta sjukdomen och behn, sjukhistoria som ökar risk och minskar risk, avsluta med sammanfattad riskbedömning. Vilken åtgärd.

**Vilka förutsättningar ska uppfyllar för vård enligt LPT?**

Paragraf 4.

- allvarlig psykisk störning (psykotisk svårighetsgrad)

- Tvingande behov av vård dygnet runt på sjukhus

- patienten motsätter sig vård/behandling

**Vad ska gälla för att man ska konvertera en patient från HSL --> LPT?**

Paragraf 11. Samma kriterier som för LPT (allvarlig psykisk störning/oundgängligt vårdbehov/motsätter sig vård) + risk att patienten skadar sig själv eller andra!

**När kan LVM tillämpas? Hur gör man?**

Syftet med LVM är att få missbrukaren motiverad till frivillig behandling. LVM får bara tillämpas om vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Missbrukaren ska utgöra en fara för sig själv eller andra "löper uppenbar risk att förstöra sitt liv". Då man anser att någon är i behov av LVM så gör man en anmälan till socialnämden, man behöver inte vara legitimerad! Kan även omhänderta personen akut enligt paragraf 13.

**OCD prevalens?**

2% i befolkningen. SSRI + KBT. God prognos men behandlas livslångt. Mycket terapi = måste ändra sitt tänkande.

**Suicidrisk: vilka sjukdomar har risk?**

schiz.

depression

ångest

bipolär

melankoli

missbruk

personlighetsstörning

**Anamnes på kvinna i 40-årsåldern med nedstämdhet, minskat intresse för saker, minskad aptit mm. Du misstänker depression, vad gör du nu? Vilka skattningsskalor använder du?**

Had, scid, bdi mfl

**Vad visar de?**

**Hur behandlar du?**

SSRI

**Om SSRI inte funkar helt, vad gör du?**

Lägger till ett lm som påv NA

**Vad gör du om detta inte funkar?**

Byter lm helt till ex mirtazapin.

Anamnes + suicidriskbed. + skalorna MADRS + BDI HAD.

Frågar ut om maniska/hypomana.

Frågar ut mer om anamnes,

**Psykotiska besvär - etiologi?**

Strukturella, infektiösa, hormonella, droger,

**Behandling depression och ångest:**

Fysisk aktivitet...:)

KBT

SSRI (starta på halva måldosen, höj efter 1-2v)

Info till patient fördröjning av effekt, biverkningar (illamående, trötthet, hv, sexuella besvär) ej vanebildande!

Om det ej funkar: höj dosen, lägg till Mianserin (NA), om detta ej funkar = byt: Mirtazapin, MAO-hämmare, Voxra...

**När ska man remittera patient från HC till specialist? När till specialist:** Bipolär, suicidal, refraktär, oklara fall, psykotiska symtom. Oklara biverkningar. OCD. Post partum, vid graviditet.

**Hur länge behandla ångest/depression?**

6 mån efter remission

12 mån efter remission

Citalopram 20-40 mg vid depression. Börja med 10-20.

SNRI Venlaflaxin

Muntorrhet, hv, sänkt libido, viktminskning. Förhöjt blodtryck.

**Uppföljning?**

2-4-6 veckor, men detta är individuellt! Lämna dörren öppen för patienten att höra av sig. Tänk på att ångesten kan öka kring 2 v.

**Ångest efter 2 v?**

Atarax, antihistamin

Oxazepam (Sobril 5 mg 1x1)

**Alkoholberoende - när abstinens? Symtom?**

1-4 dygn, när alkoholen börjar försvinna ur kroppen.

**Behandling av abstinens?**

Sobril (medel) Stesolid (svår) 10 mg x 5 + 5 mg vb.

Tiamin/Neurobion

Theralen-droppar till natten.

**Abstinenssymtom?**

Tremor

Ångest/Oro

Sömnsvårigheter

Förhöjt blodtryck

Pulsökning

Förhöjd kroppstemperatur

Eventuellt abstinenshallucinos (vanligen synhallucinos, men hörselhallucinationer förekommer också)

Puls, BT, vakenhet, ångest + psykotiska symtom (1gång/tim)

Kramper kommer inom 1-2 dygn.

**Delirium tremens - vad är symtomen?**

Vid alkoholutlöst DT föreligger förutom predeliriösa symtom och abstinenshallucinos även desorientering och taktil hallucinos ("plockighet"). Vid hjärnstamspåverkan utvecklas opistotonus och hyperkinesier.

Ett fullt utvecklat DT leder till dehydrering, hypertermi och slutligen cirkulationssvikt.

Om patienten utvecklat DT krävs Stesolid rektallösning (klysma) 10 mg vid behov. Behandlingen syftar till att få patienten att falla i sömn.

Vid mycket svåra delirier, där behandling enligt ovan inte gett avsedd effekt, föreligger indikation för intensivvårdsbehandling med Stesolid-dropp eller nedsövning med propofol (Diprivan).

**ADHD**

- anamnes? Fråga ut om problematiken? Funnits sedan minst 7åå? Neuropsykiatrisk utredning. Strattera kan skrivas ut på VC men bara om man är van. Helst ska behandling skötas av specialist. Ritalin + concerta: dopamin. Fråga om vilka droger personen provat?! (amfetamin? alkohol, hasch).

Ritalin + Concerta Amfetaminderivat, frisätter dopamin och noradrenalin.

**Suicid**... tidigare försök, dep/bipolär, psykossjukdom, missbruk/beroende, neuropsykiatriska tillstånd, personlighetsstörning, långvarig ätstörning, somatisk sjukdom, ärftlighet, utlandsfödd, ålder/kön, krimianlvård.

Vapen? förluster? våldserfarenhet?

Skyddande: socialt stöd, förmåga till nära relationer, religiös/personliga värderingar mot suicid, förmåga att uthärda psykist smärta, barn/omsorg.

**Äldre med oro?**

Sobril - lugnande, 5 mg 1x1

imovan - sömn, ok

Heminevrin - ok att ge

Cipramil, sertralin = SSRI

EJ: TCA, serotax, atarax, lergigan, diazepam, ej 1:a gen neuroleptika, ej PROPAVAN!!!

**OCD**

2% prevalens

Kännetecknas av tvångshandling + tvångstankar. Tar >1tim/dag eller innebär ett lidande eller till en funktionsnedsättning.

KBT, SSRI (högre dos än för dep/ångest) tre gånger högre dos. Behandlas inom psykiatrin.

**Vanföreställningssyndrom, & behandling?**

Ej bisarra föreställningar. Grandiosa, erotomant, mm mm stalkers. En kändis är kär i mig. Zyprexa, Risperdal.

**Prevalens ADHD, ADD?**

2-5% ADHD (6-7% som barn, 50% har kvar sina symtom i vuxenålder)

10% ADD

**Depression hos äldre vs demens**

Depression debuterar snabbt, demens långsamt.

Psykiatrisk anamnes vanligt vid dep, men ovanligt vid demens.

Affektiva symtom obligata vid dep, veg. symtom kommer tidigt hos dep, dementa har lägre poäng på MMT, kognitiva symtom mindre uttalade vid dep än dem. Morgonångest!

GDS = geriatric depression scale

Beh. sertralin, citalopram, eller escitalopram

12 mån beh från remission.

**Beroende:** stimulerar hjärnans belöningssystem via dopaminerga banor (limbiska systemet).

Får köra bil efter 6 mån med subutexbehandling. Symtom: dysfori, rastlöshet/oro/irritabilitet, muskel‐ och tandvärk, gäspningar, diarré, kräkningar, sympatikotona symtom (mydriasis, gåshud, svettningar, tremor), feber och sömnsvårigheter.

Subutex mättar my-receptorn = känner inte abstinens.

**Symtom på egentlig depression**

Nedstämdhet

minskat intress/gläjde

sömnstörning

självmordtankar

känsla av värdelöshet, skuldkänslor

viktnedgång/uppgång

psykomotorisk hämning, agitation

**vad menas med komorbiditet?**

samsjuklighet. En person som genomgår en psykiatrisk bedömning kan uppfylla kriterier på flera diagnoser.

**Vilka läkemedel behandlas depression med?**

SSRI

SNRI

NDRI

**Vilken psykoterapi behandlas depression med?**

KBT

Interpersonell psykoterapi

ljusterapi

**Vad behandlas svår depression med?**

ECT

**Vad är dystymi?**

Ett kronisk förstämningstillstånd med depressiv art som varar i flera år, minst 2 år. Minskad/ökad aptit, minskad/ökad sömn, brist på energi, koncentrationssvårigheter.

**Vad är säsongsbunden depression?**

Utmärks av kraftlöshet, ökat sömnbehov, ökat intag av kolhydrater med viktökning under vissa tider på året.

**Hur defineras bipolär sjukdom?**

Ett tillstånd karaktäriserat av två eller flera episoder då en märkbar förändring i patientens stämningsläge och aktivitetsnivå inträder.

**Vad är skillnaden mellan bipolär I och II?**

Bipolär I: mani (och depression).

Bipolär II: hypomani och depression/subdepressioner.

**Symtom/beteende på manisk episod?**

Förhöjd självkänsla

minskat sömnbehov

pratsam

tankeflykt - iderikedom

lättdistraherad

ökad aktivitet

vidlyftighet - inköp

**Hur behandlas bipolär sjukdom?**

Litium

Antipsykotika

Antiepileptika

Symtomatisk behandling -sömn, antidepressiva.

KBT

Samtalsterapi

ECT - väldigt manisk/deprimerad

**Definition av paniksyndrom?**

Återkommande attacker av svår panikångest som är oförutsägbara då de inte är begränsade till särkskilda situationer eller omständigheter.

**Symtom av panikångest?**

Plötslig hjärtklappning

bröstsmärtor

kvävningskänslor

yrsel

overklighetskänslor

darrningar

**Behandling av paniksyndrom?**

Samtalsterapi

KBT

(BT, Psykodynamisk terapi)

Läkemedel: SSRI, bensodiazepiner

**Definition av generaliserat ångestsyndrom?**

Ångesten är generaliserad och ihållande men inte begränsad till vissa situationer eller omständigheter.

**Symtom av GAD?**

Rastlöshet/uppskruvad

Uttröttbarhet

Koncentrationssvårigheter

Irritabilitet

muskelspänning

sömnstörning

oro i magen, rädd att en anhörig ska råka ut för något.

**Behandling av GAD?**

KBT

samtalsterapi

Läkemedel:

SSRI, SNRI, Bensodiazepiner, lyrica, anxiolytika.

**Exempel på exceptionellt trauma?**

Krig, naturkatastrofer, tortyr, våldtäkt, rån, kidnappning.

**Definition av akut stressreaktion?**

En övergående störning som utvecklas som reaktion på exeptionellt fysisk/psykisk belastning hos en individ som inte visar tecken på annan psykisk sjukdom.

Tillståndet är över på timmar eller få dagar.

**Symtom av akut stressreaktion?**

Först förvirring och desorientering.

följs av hjärtklappning, svettning, rodnad

**Definition av PTSD?**

Ett tillstånd som uppstår som en fördröjd eller långvarig reaktion på en traumatisk händelse eller situation av execetionellt hotande eller katastrofalt slag.

**Symtom på PTSD?**

Flash backs

drömmar eller mardrömmar

tillbakadragenhet, undviker aktiviteter som påminner om traumat.

Ofta: insomnia, irratbilitet, koncentrationssvårgheter, självmordtankar, ångest, depression.

**Speciell psykoterapi för PTSD?**

EMDR - eye movement desensitization and reprocessing.

Bygger på sambandet mellan snabba ögonrörelser och reduktion av störande känslor.

Använder ögonrörelser för att stimulera/aktivera hjärnan för bearbetning.

**Hur behandlas PTSD?**

KBT

EMDR

Exponering

(samtalsterapi, Mindfulness, ACT)

Läkemedel: SSRI, Anxiolytika, sömnmedel, neuroleptika (svåra fall)

**Vad är anpassningstörning?**

- Tillstånd med subjektiv obehag och emotionella störningar som vanligvis leder till nedsatt social funktionsförmåga.

- Uppstår under perioder med nyanpassning till förändrade livssituationer tex. separation, smärtsam förlust, emigration.

**Definition av social ångest/fobi?**

Rädsla för att bli kritisk granskad av andra människor, vilket leder till att man undviker sociala situationer. tex möte, lunch/fika, kurs, fest.

**Symtom på social ångest?**

Så mycket ångest att man inte längre kan fungera som vanligt.

tremor

rodnad

urinträngningar

illamående

panik

hjärtklappning

**Behandling av social ångest?**

KBT

gruppterapi

Parterapi

Mindfulness

Läkemedel: SSRI, SNRI

VB: betablockerare, bensodiazepiner

**Vad är agorafobi?**

Rädslan att vara på platser som är svåra att ta sig i från, öpnna eller instängda. vanligen en följd av paniksyndrom.

**Hur behandlas agorafobi?**

- Beteendeterapi med gradvis ökande exponering.

- EMDR

- exonering i virtuell verklighet.

Primär - BT - behandlar inte bara tankar utan hur man beter sig i dessa situationer.

Paniksyndrom + fobi - panikattackerna behandlas först.

**Vad är tvångssyndrom?**

- Tankar

- Handlingar

Tvångstankar är återkommande påträngande tankar, de väcker oro. För att lindra ångesten som kommer med tankarna uppstår vanligen tvångshandlingar. Hindras detta ökar oron.

**Behandling av OCD?**

KBT + Läkemedel

BT med exponering

SSRI

anxiolytika

SNRI

Sömnmedel

**Vad är personlighet?**

Personlighet kan definieras som individens repertoar av stabila, bestående och förutsägbara beteenden. Personlighet är individualitet, som formas av kognition (minne och intellekt)

**Vad menas med personlighetsstörning?**

Ett mönster av inre upplevelser och beteenden som avviker påtagligt från förväntaningarna i individens kultur. Störningarna ska vara påvisbara i ungdomen. Avvikelserna påvisats återkommande gånger i kognition, affektivitet, interpersonell funktion, impulskontroll.

**Typiska drag för Borderline?**

Impulsiv, självdestruktiv, instabil självbild, affektlabil.

**Typiska drag för antisocial?**

Normlös, bedräglig, impulsiv, aggressiv, ansvarslös, visar ingen ånger.

**Behandling för Antisocial personlighetsstörning?**

KBT

bättre i grupp, lära sig normer och de är manipulativa.

Läkemedel: symtomlindring

**Behandling av borderline?**

KBT

DBT - dialektisk beteende terapi.

Läkemedel: symtomlindring

**Vilka faser ingår i sexuell funktion?**

Sexuell lust

upphetsning

koitus

orgasm

**Exempel på sexuell dysfunktion?**

Nedsatt libido

prematur ejakulation

överdriven sexlust

uteblivet genitalt gensvar

**Exempel på störning av preferens/parafilier?**

Pedofili

sado-masochism

fetischism

**Vad måste man ha för att ha en psykos?**

Vanföreställningar

Hallucinationer

**Exempel på positiva symtom vid schizofreni?**

- vanföreställningar

- hallucinationer

- osammanhängade tal

- avvikande eller osammanhängande rörelsemönster, katatoni

**Exempel på negativa symtom vid schizofreni?**

- tankestörningar

- affektiva störningar

- viljemässiga störningar

**Vad är katatoni?**

Muskelstelhet, rör inte på sig, psykomotoriska störningar, ingen mimik. Egendomliga ställningar, orörlighet, överdrivna rörelser.

**Hur behandlas schizofreni?**

Antipsykotika (ev injektioner)

Symtomatiskt: depression

ECT - svåra fall

KBT

Utbildning

Social träning

Bensodiazepiner vb

**Vad är vanföreställningssyndrom?**

Dominerar en eller flera vanföreställningar under minst 1 månad.

Dessa är inte bisarra utan påminner om den verklighet som finns/situationer som har inträffat.

Vardagliga fungeradet fungerar.

**Exempel på vanföreställningssyndrom?**

erotomani - stalker

svartsjukeparanoia

förföljeseparanoia

sjukdomsparanoia

**Vad omfattar ätstörningar enligt definitionen?**

anorexia nervosa

bulimi nervosa

hetsätningsstörning

atypisk ätstörning

**Symtom/beteende vid anorexia?**

Dålig självkänsla

dålig kroppsuppfattning

BMI under 17,5

amenorre

kraftigt minskar kalori intag

ångest, nedstämdhet, irritabilitet

**Symtom/beteende vid bulimi?**

överdriven oro för kroppens utseende och vikt.

upprepade kräkningar

hetsätning som följs av kräkning.

**Behandling av anorexia och bulimi?**

KBT

psykodynamisk terapi

dietist

Interpersonell psykoterapi

Läkemedel: SSRI, ångest dämpande

**Vad är delirium?**

Sinnesförvirring, kognitiva förändringar och medvetandestörning. Uppkommer under kort tid och varar inte länge

**Orsak till delirium?**

Somatisk sjukdom/skada (feber,encefalit)

under substans intoxination

under substans abstinens

**Diagnos vid demens?**

MMT

Klocktest

5 saksprov

**Vilka problem med kognition får man vid demens?**

Begreppsbildning

problemlösning

minne och inlärning

tänkande

beslusfattande

uppmärksamhet

**Demenstyper?**

vaskulär demens

Substansbetingad varaktig demens

Orsakad av somatisk sjukdom/skada

**Symtom på alzheimers?**

Först oro och närminnesstörningar

sedan minnestörningar

språkstörningar

svårigheter att samordna rörelser och känna igen personer

muskelryckningar

**Behandling av demens?**

Bromsmediciner

symtomlindring: SSRI, lugnande, antidepressiva

minnesträning: korsord och gruppaktiviteter

**Exempel på komorbiditet vid ADHD?**

Depression

sömnproblem

bipolaritet

beroende

ångest problem

**Behandling av ADHD?**

Läkemedel: centralstimulerande - amfetamin, metylfenidat, atomoxetin.

KBT

avbryta missbruk

Lärdom

supportgrupper

rutiner och struktur

**Symtom vid ADHD?**

Rastlöshet/hyperaktivitet

Verbal/fysisk impulsivitet

uppmärksamhetsstörning

**Symtom på anpassningsstörning?**

Nedstämdhet

oro

ångest

maktlöshet

**Vad är DBT?**

Dialektisk beteende terapi. eftersträvar medvetenhet och mindfulness. att man blir medveten och kan hantera sina känslor istället för destruktiva handlingar. argumentationskonst, ställs mot varandra.

**Symtom på delirium?**

svårt att fokusera

oklar och desorienterad

feltolkar sinnesintryck

plockig / överaktiv

växlande humör

**Nämn några personlighetsstörningar?**

Paranoid, schizoid

borderline, antisocial, narcissistisk

fobisk, tvångsmässig

**Vad är parafili?**

Sexuella fantasier och behov som omfattar föremål, lidande, förudmjukelse m.m.

**Vad är ångest?**

Allt från en normal reaktion av oro inför ett hot till en sjukligt tillstånd då ångesten är obegriplig och ohanterlig och ger känsla av katastrof och kaos. Ett olust-präglat tillstånd.

**Vad är trauma?**

Trauma är påverkan på människokroppen orsakad av yttre faktorer och /eller händelser som ger en övergående eller kvarstående effekt. Kroppsskada eller långvarig psykisk effekt av en händelse som upplevs ohanterlig, obegriplig.

**Vad är ECT?**

Elektrokunvulsiv behandling.

Narkos och muskelavslappnande. Induceras ström i den ickedominerande hjärnhalvan, epi anfal. närminne och inlärning störs.

**Vad ingår i psykisk status?**

AT- ögonkontakt, medvetande, drog?

tal - viskande, forcerat, osammanhängande.

tankar- trögt/hastigt, självmord, vanföreställning

stämningsläge- neutralt, dämpad, agiterad.

perception- hallucinationer

kognition- omdöme, insikt, uppnärksam, orienterad, minne,

**Vad menas med förstämningssyndrom?**

Obalans mellan aktivitet och vila som medför kroppsliga påfrestningar, sociala följer och skaderisk.

**Vad är syndrom?**

En samling symtom som uppkommer samtidigt oavsett orsak

**Vad menas med bipolär II?**

Dominerade återkommande depressions episoder som varvas med hypomana episoder.

**Vad skiljer hypoman från mani?**

Samma symtom men hypomani får inte samma påtagliga social konsekvenser eller psykossymtom. Obs! Tidsaspekten???

**Vad menas med vanföreställning?**

Felaktiga tolkningar av sinnesintryck och erfarenheter.

**Vilka 5 axlar bygger DSM-klassifikationen på?**

Symtomdiagnos

personlighetsstörning

kroppsjukdom

påfrestningar

funktionnivå

**Vad är kortvarig psykos?**

I samband med akut stress, tex förlossning, trauma, sömnbrist, kan man drabbas av psykos som varar högst 1 månad.

**Vad är utvidgad psykos?**

En psykotisk person som lever med någon under isolerade betingelser kan smitta av sig med vanföreställningar och avvikande beteende.

**Vad menas med dissociativt syndrom?**

Samordning av medvetande och minne från omgivningen kan störas och ge upphov till övergående minnesförlust och transtillstånd.

**Vilka är kriterierna för egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV?**

A. Minst fem av följande under en tvåveckorsperiod. Minst ett av symtomen (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje måste föreligga.

1. Nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen

2. Klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen

3. Betydande viktnedgång (utan att banta) eller viktuppgång eller minskad/ökad aptit

4. Sömnstörning (för lite/för mkt)

5. Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (observerbar för omgivningen, ej enbart subjektiv känsla av rastlöshet eller tröghet)

6. Svaghetskänsla eller brist på energi

7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor

8. Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen

9. Återkommande tankar på döden, återkommande självmordstankar, självmordsförsök eller planer för självmord

B. Symtomen uppfyller inte kraven för bipolär sjukdom

C. Symtomen orsakar kliniskt signifikant likdande eller försämrad funktion i arbete, socialt etc.

D. Beror ej på någon substans eller sjukdom

E. Förklaras inte bättre med okomplicerad sorg, varat längre än 2 mån efter en närståendes bortgång

**Hur är DSV-IV-kriterier för manisk episod?**

A. Ihållande abnormt förhöjt, expansiv eller irritabel sinnesstämning under en avgränsad period av minst en vecka (kortare om sjukhusvård nödvändig)

B. Minst tre av följande symtom (fyra om sinnesstämningen enbart irritabel)

1. Förhöjd självkänsla eller grandiositet

2. Minskat sömnbehov

3. Mer pratsam eller svårighet hålla tyst

4. Tankeflykt eller upplevelse att tankarna rusar genom huvudet

5. Lättdistraherad (uppmärksamheten dras alltför lätt till oviktiga eller irrelevanta yttre stimuli)

6. Ökad målinriktad aktivitet eller psykomotorisk agitation

7. Hänger sig åt lustbetonade aktiviteter med sannolikt obehagliga konsekvenser (köpgalenskap, sexuella felsteg, omdömeslösa investeringsprojekt)

C. Uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression

D. Störningen medför påtaglig funktionsförsämring i olika miljöer

E. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans eller somatisk skada eller sjukdom (ex. hyperthyreoism)

**Vad innebär hypoman episod?**

A. Ihållande abnormt förhöjt, expansiv eller irritabel sinnesstämning under en period av minst 4 dagar. Skillnaden mot neutral sinnesstämning är tydlig.

B. Minst tre av följande symtom (fyra om sinnesstämningen enbart irritabel)

1. Förhöjd självkänsla eller grandiositet

2. Minskat sömnbehov

3. Mer pratsam eller svårighet hålla tyst

4. Tankeflykt eller upplevelse att tankarna rusar genom huvudet

5. Lättdistraherad (uppmärksamheten dras alltför lätt till oviktiga eller irrelevanta yttre stimuli)

6. Ökad målinriktad aktivitet eller psykomotorisk agitation

7. Hänger sig åt lustbetonade aktiviteter med sannolikt obehagliga konsekvenser (köpgalenskap, sexuella felsteg, omdömeslösa investeringsprojekt)

C. Episoden medför en tydlig förändring av personen

D. Förändade sinnesstämningen och funktionsförändringen är iakttagbar för omgivningen

E. Störningen ej så allvarlig att den ger påtaglig funktionsförsämring

F. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans eller somatisk skada eller sjukdom (ex. hyperthyreoism)

**Hur definieras Schizofreni enl DSM-IV?**

A. Karaktäristiska symtom: minst två av följande symtom, vart och ett ska föreligga en signifikant del av tiden, under en period av en månad (eller kortare vid framgångsrik behandling):

(1) Vanföreställningar

(2) Hallucinationer

(3) desorganiserat tal (ex. uppluckrade associationer, splittring)

(4) desorganiserat beteende eller katatont beteende

(5) negativa symtom, dvs. affektiv avflackning, utarmat tankeliv eller viljelöshet

(Obs! endast ett symtom enl kriterium A erfordras om det rör sig om bisarra vanföreställningar eller om hallucinationerna består av en röst som ständigt kommenterar personens beteende eller tankar, eller av två eller flera röster som samtalar med varandra)

B. Social eller yrkesmässig dysfunktion

C. Varat under minst 6 månader. Denna sexmånadersperiod måste innefatta minst en månad (eller kortare om framgångsrik behandling) med symtom som uppfyller kriterierum A (dvs aktiv fas-symtom), medan den övriga tiden innefattar prodromal- eller residualsymtom. Under prodromal- eller residualperioderna kan störningen visa sig i form av enbart negativa symtom eller i form av två eller flera symtom enl. kriterium A i försvagad form (ex. underliga föreställningar, ovanliga sinnesupplevelser)

D. Uteslutning av schizoaffektift och förstämningssyndrom

E. Uteslutning av substansintag eller somatisk ohälsa som orsak

F. Samtidig genomgenomgripande störning i utvecklingen. Finns anamnes på autistiskt syndrom eller någon annan genomgripande störning i utvecklingen adderas diagnosen schizofreni endast om det under minst 1 mån förekommit vanföreställningar eller hallucinationer

**Hur går insättande av antidepressiv behandling till i detalj?**

Förväntat förlopp 12 v om det går på bra

1. Börja med halv startdos SSRI (enl FASS), ex. 20 mg Citalopram/10 mg Escitalopram, kupera eventuellt med benso/atarax mot initial ångestökning

2. Kontakt efter en vecka, via telefon eller besök. Hör hur det går? Suicidrisk?Dosöka till hel startdos.

3.Kontakt efter 2 veckor, besök eller telefon, stämma av hur det går. Bedöma suicidrisk osv.

4. Eventuell benso trappas ner till återbesök efter 4 veckor. Atarax kan erbjudas vid behov efter det. Vid besöket görs MADRS. Otillräcklig effekt. Dosöka ytterligare. 30 resp. 15 mg

5. Efter 8 veckor, återbesök. Fråga efter biverkningar och compliance. MADRS Målet är att hamna < 10. Gör man det=fortsätt behandlingen 1 år med samma dos. Dosöka i 10 mg steg för alla SSRI utom sertralin (25 mg) och escitalopraom (5mg) upp till maxdos var 4 vecka.

6. Ingen effekt trots maxdos=nytt SSRI och kör samma vända igen.

7. Ej fullgott resultat efter detta. Remittera öppenvårdspsykiatrin. Man kan även vid behov remittera tidigare.

**Hur ska man göra med sjukskrivning vid svår depression?**

3-6 månader om ej stark jobbönskan. Ett sätt är att köra en månad i taget och då träffa patienten. Erbjud möjligheten att vara "sjukskriven på jobbet"

**Vilka kända biverkningar har SSRI?**

För SSRI och SNRI är de vanligaste biverkningarna besvär från mag-tarmkanalen och huvudvärk. Besvären går oftast över efter en tids behandling. Bland biverkningar som kan kvarstå under hela behandlingstiden finns till exempel sänkt sexlust, svettningar och darrningar.

**Vilka biverkningar ger pregabalin (Lyrica)?**

Förvirring, irritation, minskad sexdrift, impotens, yrsel, darrningar, viktuppgång och besvär från mag-tarmkanalen.

**Biverkningar av litium?**

Elektrolytrubbningar (hyperkalcemi)

Njurskador (undvik NSAID)

Hypothyreos

Tremor

Ej vid graviditet

Diarre (ev. byte till litiumkarbonat)

Ökad urinmängd (kan behöva amilorid för att behandla det)

Håravfall

Viktuppgång

Ta konc vid diarré som varar ett dygn

**Terapeutisk konc av litium? När toxisk effekt?**

0,5-0,8 mmol/l

Toxisk effekt över 1,2 mmol/l

**Vilka prover tas innan insättande av litium?**

Njurprover

TSH

Kalcium

B-glukos

Blodtryck

Längd

Vikt

**Hur titreras litum in?**

-Litionit 1+0+1

-Dalvärde efter 5-7 dgr (12 h efter)

-Helt linjärt samband. Har patienten 0,2 på 1+1 dosering ökas dosen till 3+3

Man fortsätter ta litiumkonc en gång i veckan tills tre följande lika värden

**Hur följs litium mm upp?**

2-4 ggr år: Litiumkonc & TSH

2 ggr år=

Njurprover

Kalcium

B-glukos

Blodtryck

Längd

Vikt

**Vilka är symtomkriterier för en depressiv symtom?**

• Sänkt sinnesstämning (obligat)

• Minskat intresse och minskad glädje (obligat)

• Koncentrationssvårigheter

• Energibrist

• Värdelöshetskänslor/Skuldkänslor

• Sömnstörning

• Förändrat rörelsemönster/mimik

• Aptitförändring /viktförändring

• Dödstankar, självmordstankar/planer/försök

Minst fem ihållande symtom under minst två veckor varav

minst ett obligat kriterium

**Vilka är symtomkriterier för en manisk episod?**

• Ihållande, abnormt förhöjd eller irritabel sinnesstämning

• + minst tre (fyra om irritabelt) av följande

• Förhöjd självkänsla

• Minskat sömnbehov

• Ökad pratighet

• Lättdistraherad

• Ökad målinriktad aktivitet

• Att hänge sig åt lustbetonade aktiviteter med sannolikt obehagliga konsekvenser

• Symtomen skall finnas under en vecka, eller kortare om de är så allvarliga att de föranleder sjukhusvård

• Symtomen ger funktionsförlust

**Vilka är symtomkriterier för en hypoman episod?**

• Samma symtom som vid mani

• Symtomen skall föreligga under minst fyra dagar

• Den förändrade sinnesstämningen skall vara tydligt

iakttagbar för omgivningen

• Störningen är inte så allvarlig att den orsakar påtaglig

funktionsnedsättning eller motiverar sjukhusvård

**Vilka är symtomkriterier för en blandepisod?**

• Kriterierna för både manisk episod och egentlig depressionsepisod är uppfyllda, med undantag för varaktigheten

• Symtomen finns så gott som dagligen under minst en vecka

• Orsakar påtaglig funktionsnedsättning eller kräver sjukhusvård

**Vad innebär dystymi?**

-Nedstämd större delen av antalet dagar under minst två år

-Minst två av följande; ändrad aptit, sömnstörning, energibrist, självnedvärdering, koncentrationssvårigheter, hopplöshetskänslor

-Under tvåårsperioden ej varit besvärsfri längre än två månader

**Vilka är symtomkriterier för en cyklotymi?**

-Under en period på minst två år har det förekommit ett flertal episoder med hypomana symtom och episoder med depressionssymtom som inte uppfyllt kriterierna för egentlig depressionsepisod

-Under tvåårsperioden har det inte funnits någon längre besvärsfri period än två månader åt gången

-Någon egentlig depressionsepisod, manisk episod eller blandad episod har inte förekommit under de två första åren av störningen

**Vilka endokrina sjukdomar måste uteslutas vid förstämningssyndrom?** Endokrina sjukdomar:

t.ex.karcinoidtumörer (blodets tryptofan konsumeras av tumörvävnaden ger serotoninbrist)

Cushings syndrom (hyperkortisolemi), hypothyreos

Parkinsons sjukdom (ej endokrin)

Stroke (ej endokrin)

**Vilka screeningsinstrument finns för förstämningssyndrom?**

PHQ-9 (depression)

MDQ (mani)

**Vilka diagnostiska intervjuer finns för förstämningssyndrom?**

SCID-I

MINI

Prime-MD

**Vilka symtomsskattningsskalor finns att tillgå?**

MADRS & MADRS-S

**Vad är också bra att använda vid förstämningssyndrom?**

-Life Chart

-Stämningslägesdagbok

**Läkemedelbehandling vid depression När? Hur gör man?**

**Hur länge behandlar man och hur avslutar man?**

Start: Börja med en halv eller en hel startdos SSRI (se FASS).

Informera om biverkningar. Informera om förväntat förlopp. Ta

ställning till behov av anxiolytika och hypnotika. Bedöm suicidrisk

och funktion, vilket avgör fortsatt handläggning. Skatta med

MADRS för utgångsvärde.

Vecka 1: Telefonkontakt eller återbesök beroende påsvårighetsgrad och suicidriskbedömning. Höj till hel startdos enligt FASS.

Vecka 2-3: Återbesök, effekt? biverkningar? MADRS? suicidrisk?

Överväg dos, ev. starta med 1 ½ FASS dos?, avsluta då insättningen med den sista höjningen

Vecka 5-6: Återbesök, effekt? biverkningar? MADRS? suicidrisk?

Ta ställning till dosökning. Aktivt beslut om uppföljning, intervallen beror på svårighetsgrad.

Vecka 10-12: Utvärdering. MADRS>10: dosöka successivt till maxdos enligt FASS. Följ upp på samma sätt fram till

symtomfrihet. Förväntat förlopp, ca 12 veckor. Fortsatta återbesök varje månad: Om utebliven effekt på SSRI,

byt till annat SSRI eller till ett SNRI. Gör om proceduren med successiv dosökning till maxdos. Behandla minst sex månader efter symtomfrihet. Om terapiresistens eller suicidrisk, remittera

till psykiatrin.

**Vilka är biverkningarna av SSRI/SNRI?**

Övergående: GI-biverkningar, huvudvärk

Kan kvarstå: svettningar, tremor, sexuella störningar, hyponatremi, ökad blödningsbenägenhet, blodtrycksstegring (SNRI), QT förlängning (SNRI) ev. akatisi, miktionsstörning

Försiktighet:

Vid samtidig behandling med andra serotonergt aktiva läkemedel; serotonergt syndrom

Vid epilepsi, är kramptröskelsänkande,

Hos unga: ökad förekomst av självmordsbeteenden och aggressivitet

När ska man överväga långtidsbehandling (> 2 år) vid depression?

Sent insjuknande efter 60 år

Tidigt insjuknande före 20 år

Täta recidiv

Snabba insjuknanden

Allvarliga episoder

**Hur ska man hantera utsättningssymtom och hur behandlas det?**

Beroende av läkemedlets halveringstid

Mer om behandlingen avbryts tvärt, eller dosen sänks kraftigt

Yrsel, huvudvärk, krypningar, "elektriska stötar", allmän sjukdomskänsla

Övergående!

**Vilken psykologisk behandling kan erbjudas vuxna med depression?**

KBT, kognitiv beteendeterapi

KT, kognitiv psykoterapi

IPT, Interpersonell psykoterapi

**Hur behandlas bipolära syndrom med läkemedel?**

Stämningsstabiliserande: lithium, lamotrigin, valproat, karbamazepin

Antimaniskt: lithium, neuroleptika

Antidepressivt: SSRI

**Vad är kriterierna för anorexi?**

-BMI < 17,5 orsakat av avsiktligt restriktivt ätande

-Viktfobi

-Störd kroppsuppfattning

- Amenorré

-Två typer; med eller utan hetsätning/självrensning

Vad är kriterierna för bulimi?

• BMI >17,5, d.v.s kan vara låg-, normal eller överviktig, men ej underviktig

• Regelbundet hetsätande (minst 2 ggr /vecka i minst tre månader)

• Hetsätningen åtföljs av ngn form av kompensatoriskt beteende

• Självkänsla som är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt

**Vilka två viktiga frågor till en patient med misstänkt ätstörning?**

- Vad äter du? Regelbundet, hur (sitter, står?), vilken mat?

- Vad händer när du ätit?

**Vilka typer av personligheter finns hos anorektiker?**

Impulsiva (hetsätare)

Kontrollerade (idrottsmänniskor), svälter

**Vad kännetecknar hetsätningsstörning UNS?**

Hetsätning < 2 ggr i veckan (60 % har denna diagnos). Hetsätning innebär att man äter > 1,5 portion

**Hur vanligt är bulimi och hetsätningsstörning?**

2,5 %

**Hur vanligt är anorexi?**

0,1 %

**När debuterar vanligen anorexi resp. bulimi?**

Anorexi ofta debut i högstadiet

Bulimi ofta debut i slutet på gymnasiet

**Hur utreda ätstörningar?**

• Gå igenom kärnsymtomen; ätbeteendet, kontrollera vikt (observera beteendet i samband med vägning), efterfråga viktfobi och upplevelse av kroppen, efterfråga kompensatoriska beteenden, mens?

• Somatiskt status (puls & BT före och efter fysisk ansträngning) (hö-ställd elaxel?)

• Ta labprover: Blodstatus, CRP, Glukos, Ca, albumin, ASAT, ALAT, Amylas, Magnesium, Fosfat, Na, K, Kreatinin, TSH, T4

• EKG om gravt underviktig eller om snabb, uttalad viktminskning (QTc- tiden förlängd? takykardi?)

**Vilka prover av ovanstående är svältparametrar?**

Magnesium och fosfat

**När är det ok att motionera vid grav undervikt?**

Så länge puls och blodtryck kan ökas är det ok

**Hur är somatiskt status vid anorexi (AN)?**

• Låg temp, låg puls, lågt blodtryck

• Kalla, cyanotiska fingrar, tår

• Lanugobehåring

• Underhudsfett saknas, muskelatrofi

• Hud, hår dålig kvalitet

• Buk diffust öm, intorkad, förstoppad

• Ödem

**Hur är somatisk status vid bulimi (BN)?**

• Parotissvullnad.

• Ärr på knogarna ('Russels tecken')

• Tandskador, svalgskador

(gäller även esofagusventrikel)

**Hur utreda fortsätta handläggningen?**

• Utred förekomst av psykiatrisk samsjuklighet: axel I primärt, axel II ( dock ej under pågående uttalad axel I påverkan)

• Kroppslig sjukdom, medicinering

• Bedöm patientens motivation för förändring

• Hur ser patientens sociala livssituation ut

• Vilka tidigare behandlingar har prövats

**Vilka diagnostiska hjälpmedel vid ätstörningar finns?**

• EDE-Q; Eating Disorder Examination-

Questionnaire

• Matdagbok; vad man äter, när och ev

kompensatoriska beteenden

**Hur handlägga psykiatrisk samsjuklighet?**

• Förstämningssyndrom: behandla svåra depressioner före eller samtidigt med ätstörningsbehandling, stabilisera stämningsläget med farmaka hos bipolära patienter

• Substansrelaterade störningar: Behandla missbruk först, med uppföljande fortsatt behandling under insatser riktade mot ätstörningen.

• Ångestsyndrom: specifik ångestsyndrombehandling initialt eller samtidigt med ätstörningsdito, individuella

bedömningar

• Borderlinepersonlighetsstörning: DBT enbart eller i kombination med ätstörningsbehandling

**Viktiga diffdiagnoser till ätstörningar**

• Somatiska sjukdomar: endokrinologiska sjukdomar (diabetes, thyroideasjukdom), gastroenterologiska sjukdomar (inflammatorisk tarmsjukdom, IBS)

• Psykiatriska sjukdomar; ångestsyndrom (tvångssyndrom, sväljfobi), somatoforma syndrom, psykossjukdom

**Allmänna råd vid ätstörningar?**

• Ät regelbundet (3 måltider + 2 mellanmål)

• Ät lagom och allsidigt-tallriksmodellen

• Planera ätandet

• "Monitorera"-för matdagbok (följ upp registreringarna)

• Vägning en gång i veckan-ej mer, ej mindre

• Om underviktig-bryt överaktiviteten-vila!

• Sluta kompensera ätande!

• Skydda tänderna

• Håll koll på kalium! Salta maten!

• Rekommendera självhjälpsböcker

• Informera om patientföreningar

**Hur behandlas Anorexia nervosa?**

• Bryta svälten!

• Ingen evidensbaserad behandling för vad man gör därefter

**Hur behandlas Bulimia nervosa och Hetsätningsstörning?**

• SSRI; Fluoxetin

• KBT:

• Självhjälp (pure self-help)

• Understödd självhjälp

(guided self-help)

• Gruppterapi

• Individuell terapi

**Vad krävs hur "substance use disorder" enl DSM-V och hur graderas det?**

Genom att räkna antalet uppfyllda kriterier får man också ett mått på problemets allvar: från milt (två till tre kriterier) över måttligt (fyra till fem) till svårt (sex eller fler kriterier).

1. Taking the substance in larger amounts or for longer than the you meant to

2. Wanting to cut down or stop using the substance but not managing to

3. Spending a lot of time getting, using, or recovering from use of the substance

4. Cravings and urges to use the substance

5. Not managing to do what you should at work, home or school, because of substance use

6. Continuing to use, even when it causes problems in relationships

7. Giving up important social, occupational or recreational activities because of substance use

8. Using substances again and again, even when it puts the you in danger

9. Continuing to use, even when the you know you have a physical or psychologic problem that could have been caused or made worse by the substance

10. Needing more of the substance to get the effect you want (tolerance)

11. Development of withdrawal symptoms, which can be relieved by taking more of the substance.

**Vad är risknivåerna för alkoholkonsumtion för män resp kvinnor?**

Risknivåer för alkohol (standardglas per vecka)

Ett standardglas motsvarar 12 g alkohol, ett glas vin på 15 cl, en flaska starköl på 33 cl eller 4 cl singelmalt.

- Man 14 standardglas per vecka, motsv 3 flaskor vin eller 15 flaskor starköl

- Kvinna 9 standardglas per vecka, motsv 2 flaskor vin eller 10 flaskor starköl

Som riskbruk betraktas också konsumtion av 5 standardglas för män och 4 för kvinnor vid ett och samma tillfälle

Varför söker en "riskbrukare" sjukvård? (somatiska orsaker)

• Högt blodtryck, alkohol förklarar 25 % av essentiell hypertoni

• Förmaksflimmer, oklar arytmi

• Refluxproblematik, sura uppstötningar

• Reproduktionsutredning, infertilitet hos män förklaras med alkohol vid 33% av fallen

• Hudbesvär som psoriasis

• Gikt

**Varför söker en "riskbrukare" sjukvård? (psykiska orsaker)**

• Sömnbesvär

• Minnesutredning

• Ångest

• Nedstämdhet

• Trötthet

**Vad gäller om alkohol som förebyggande av hjärt-kärlsjukdom?**

Någon skyddande effekt ses inte hos personer under 40 år, hos 70-åringar kan en viss skyddande effekt ses vid < 1 glas vin per dag hos män och < 1/2 glas vin per dag hos kvinnor

**Hur utreds och behandlas alkoholmissbruk?**

• Vänligt, empatiskt samt icke-konfrontativt förhållningssätt

• Noggrannhet vad gäller anamnes och mängder

• Alkonacka, TLFB

• AUDIT, enkelt screeningformulär

• Laboratorieprover för initial bedömning och biofeedback

**Vilka prover kan användas vid alkoholmissbruk?**

-Gamma-GT

-ASAT/ALAT

-MCV

-CDT

-Fosfatidyletanol i blod, B-PEth

**Vad är begränsningen med laboratorieprover idag?**

• Bara 15-35 % av riskbrukare får förhöjda värden med dagens

metoder

• Biofeedback

• Andra orsaker till avvikande provsvar.

**Vad gäller vid alkoholabstinens?**

• Ett potentiellt livshotande tillstånd med risk för svåra komplikationer

• Tidigt insatt behandling av största vikt

• Lättare abstinens kan skötas polikliniskt

• Riskabstinenser skall bli föremål för slutenvård initialt

• Riskabstinens - tidigare abstinenskramper, DT, puls >120, somatiska sjukdomar

**Hur och när ska tiamin ges?**

• Minskar risken för Wernicke-Korsakoffs syndrom

• Ges alltid innan patienten får något att äta eller dricka

• Alltid innan glukosdropp

• Daglig i.m injektion under 3-5 dagar

• Dålig biotillgänglighet av p.o vitaminer

• Om symtom eller starka misstankar om WKS ges Tiamin som Betabion i.v 2 mlx2 till symtomregress alt Neurobion i.m

Kontrollera S-Mg, magnesium ges i dropp innan svar anlänt

**Hur ska bensodiazepiner och krampprofylax ges vid svår alkoholabstinens?**

Svår abstinens med riskfaktorer:

• Oxazepam 25-50 mg p.o med kontroll av att puls sjunker inom en timme, om utebliven effekt ge ytterligare 50-100 mg. Om inget svar av behandlingen går man över till injektion Diazepam som får upprepas till effekt uppnås. Man kan

behöva ge höga doser ! Övergå till p.o behandling när läget stabiliserats.

• Tillägg av antiepileptika ger ingen ytterligare minskning av risken för abstinenskramp om bz är insatt

**Hur ska bensodiazepiner och krampprofylax ges vid medelsvår alkoholabstinens?**

• Oxazepam p.o enligt individuellt schema där 30 mg är en bra

begynnelsedos. Om patienten svarar på detta är 30 mgx4 som början på ett nedtrappningsschema som löper under 4-5 dagar rimligt.

• Nitrazepam 5 mg 1-2 tn för sömn.

• Tillägg av antiepileptika ger ingen ytterligare vinst.

**Hur ska bensodiazepiner och krampprofylax ges vid lätt alkoholabstinens? •** Oxazepam 10 mg 2x3-4 initialt som trappas ut på fyra dygn

• Propavan 25 mg 1-2 till kvällen för sömn

• Om du väljer Theralendroppar som alternativ till bensodiazepiner skall antiepileptika ges som tillägg

**Hur fungerar akamprosat?**

• Ökar antalet helnyktra dagar, förlänger tiden till återfall, reducerar antalet dryckesdagar

• Väl dokumenterat preparat, på marknaden sedan 1989

• Blockerar NMDA-receptorer i hjärnans belöningssystem

• Doseras 6 tabletter per dag, går att ge 3+3

• Kontrollera leverstatus och krea innan insättning

• Tolereras väl, vissa klagar över lös mage

• Behandla längre än tre månader

• Effekt kan ses ett år efter utsatt medicinering

**Hur fungerar naltrexon?**

• Opioidantagonist som skall minska suget och merbegär. Ger färre dryckesdagar, mildare dryckesdagar och minska risken att hamna i tungt återfall.

• Lång halveringstid, räcker med en tablett om dagen

• Positiva effekten av alkoholberusningen uteblir eller minskar

• Biverkningar i form av orolig mage och illamånde

• Kontrollera leverprover

• Informera om interaktioner

• Om patienten tolererar det finns det vinster med att kombinera Akamprosat och Naltrexon.

**Hur fungerar disulfiram (Antabus)?**

• Aversionsmedicin

• Hämmar nedbrytning av acetaldehyd

• Evidens om den ges övervakat

• Implantat skiljer sig icke från placebo

• Kontrollera leverprover inkl PK och albumin

• Ej till patienter med minnesstörning eller allvarlig hjärtåkomma

• Informera om ikterus ock klåda då leverpåverkan kan komma snabbt

**Hur är verkningsmekanismen för bensodiazepiner (BDZ)?**

BDZ binder till speciella receptorer som potentierar GABAsignalering

i hjärnan. GABA (gammaaminosmörsyra) är en hämmande signalsubstans i nervsystemet, vårt egentillverkade lugnande medel.

Vi ser en minskad produktion av stimulerande signalsubstanser som

noradrenalin, serotonin och acetylkolin som behövs för vakenhet,

muskeltonus, koordination, minne och exekutiva funktioner....

Det finns också receptorer för BDZ perifert i kroppen som i

tjocktarm, muskler mm. Funktionen här är oklar

**Vad blir effekten av BDZ?**

• Ångestlindrande (amygdala)

• Lugnande ( locus coeruleus )

• Muskelrelaxerande ( ryggmärgsnivå )

• Kramplösande

Preparaten skiljer sig en del åt var de påverkar mest, individuella skillnader mellan individer samt vid snabb koncentrationsstegring ses ibland en paradoxal stimulerande effekt med eufori eller aggressivitet

**Vilka neuropsykologiska effekter fås av BDZ?**

• Exekutiva funktioner, planering påverkas negativt

• Svårt för förändringar, rigiditet

• Uppmärksamhet och motorisk uthållighet nedsättes

Kognitiva svårigheter påminner mycket om skador man förvärvar efter längre tids alkoholbruk, man ser dock inga strukturella skador och tillstånden tycks vara reversibla. Svårigheterna uppträder redan efter relativt kort tids behandling med terapeutiska doser

**Vilka mängder Zopiklon eller Zolpidem motsvarar 5 mg diazepam (Stesolid)?**

7,5 resp 5 mg

**Vilka är indikationerna för BDZ och besläktade preparat?**

• Ångestsyndrom

Omfattande och god dokumentation vid flertalet ångestsyndrom. Kommer vara kvar som komplement till antidepressiva och psykologiska behandlingsmetoder. Saknar biverkningar som sömnstörning och sexuell dysfunktion

• Depressionsbehandling

BDZ saknar antidepressiv effekt i sig själva men är många gånger ett

nödvändigt komplement till antidepressiva under de första veckorna av behandling

• Abstinensbehandling

Förstahandsval vid behandling av alkoholabstinens

• Sömn

Kortvarig eller intermittent behandling

• Spasticitet, epileptiska kramper

**Vilka är patientrelaterade riskfaktorer för BZD-beroende?**

• Patienter med annat beroende eller missbruk

• Patienter med ärftlig belastning för beroende

• Patienter med personlighetsstörningar av framförallt emotionellt instabil eller antisocial typ.

• Patienter som behandlas för depression eller ångestsyndrom utan

adekvat antidepressiv behandling med läkemedel och/eller psykologiska insatser

**Vilka är abstinenssymtomen?**

• Ökad hjärtfrekvens, blodtryck eller kroppstemperatur

• Ökad handtremor

• Sömnsvårigheter

Vanligt förekommande och mest uttalade första 4-6 veckorna och kan kvarstå under tre månader

• Ångest

• Illamående/kräkning

• Psykomotorisk oro

• Perceptionsstörningar

Kan variera från att man upplever ljud, ljus, smak och lukt annorlunda och besvärande till illusioner eller regelrätta hallucinationer. Brinnande, rinnande känsla i huden.

• Delirium

Som ovan med tillägget att förvirring eller bristande verklighetsprövning dyker upp. I regel relaterat till illegala höga doser, uppträder efter några dagar upp till en vecka efter utsatt preparat

• Epileptiska krampanfall

Ses vid snabb utsättning, ofta förknippat med delirium och blandbruk med alkohol.

Potentiellt livshotande tillstånd där svåra seriekramper kan uppträda

**Hur ska man utreda inför nedtrappning av läkemedlen?**

Man måste kartlägga förutsättningarna hos patienten

• Vilka tidigare behandlingsförsök finns hos patienten

• Vilket eller vilka preparat har brukats och under hur lång tid

• Vilka doser har brukats, finns flera förskrivare

• Patientens personlighet och livssituation

• Finns misstanke om samsjuklighet

• Tas andra psykofarmaka, smärtstillande

• Andra droger eller riskbruk av alkohol

• Tidigare komplikationer, epilepsi eller delirium, vid nedtrappning eller

abstinens

• Somatisk ohälsa

• Patientens beredskap och motivation till förändring - varför vill du lägga ner bruket just nu ?

• Patientens förväntningar och oro inför nedtrappning

• Gör tydligt för inremitterande och patient att patienten återgår till

remissinstans om behandlingen avbryts

• Somatisk undersökning

• Blodstatus, leverstatus, Fosfatidyletanol, U-screen

• Psykiatrisk bedömning med MINI som utgångspunkt men med

reservation för att medicineringen grumlar bilden

• DUDIT, AUDIT

• Tillåter patientens tillstånd poliklinisk nedtrappning ?

• Behövs diskussion med vårdgrannar eller socialtjänst ?

• Vad skall ske om patientens uppvisar dålig följsamhet ?

• Upprätta vårdplan och initiera e-dos konto för att se eventuell

sidoförskrivning

**Medicinsk behandling vid nedtrappning**

Om patienten brukat smärtstillande nedtrappas dessa innan man ger sig på

BDZ eller BDZ-besläktade preparat.

• Om patienten brukat långverkande preparat kan dessa behållas och användas vid nedtrappningen

• Om patienten brukat kortverkande preparat kan dessa bytas till Diazepam i ekvivalent dos innan nedtrappning påbörjas.

• En del patienter uttrycker stor oro för att byta preparat, då är det lämpligt att i stället fördela det preparat de känner sig trygga med jämnt över dagen för att undvika fluktuationer i koncentration

• En fördel med oxazepam är att det saknar aktiva metaboliter och har en halveringstid som gör det lättstyrt.

• Om patienten brukat en kombination av BZD skall den med kortast halveringstid nedtrappas först

• Det kan dock finnas ett värde att sömnläkemedel lämnas orörda under första delen av nedtrappningen

• Motivera patienten till att fördela läkemedel över dagen för att undvika att vakna oroliga och abstinenta, många tenderar annars att ta större delen av dosen på morgonen.

• Nedtrappning av höga FASS-doser kan ske med 10-20% per tvåveckorsperiod, en Stesoliddos på 15 mg trappas på det viset ut på ca 11 veckor

• Nedtrappning av doser som vida överstiger terapeutiska doser bör man byta till långverkande preparat och med fördel halvera dosen omgående.

Dessa patienter är slutenvårdsfall och drogscreen får utvisa om opioider finns med i bilden innan medicinering påbörjas. Om startdosen är för hög märks detta efter enstaka doser med stor sedation och ataxi, likaså om vi doserat i underkant blir vi snart varse det...

• Om patienten använt opioider skall man vara mer försiktig och uppmärksam på sedering. Den abstinens som skall behandlas är dock den för bensodiazepinerna då den kan vara potentiellt farlig till skillnad mot opiatabstinensen som är mer obehaglig än farlig

• Krampprofylax med Karbamazepin skall ges endast om epileptiska kramper finns i anamnesen

• Antabus skall ges efter sedvanlig provtagning om riskkonsumtion av alkohol noteras vid utredning

• Medicindelningen sker initialt 2-7 dagar per vecka, efter stabilisering kan denna glesas ut

• Nedtrappningstakten kan hos en del patienter behöva vara lägre än 10-20% på en tvåveckorsperiod, ibland finns det också ett värde i att stanna upp på en nivå under en månad men aldrig backa tillbaks och höja dosen.

**Medicinsk behandling, nedtrappning**

BDZ-besläktade preparat Patienter som fastnat i ett bruk av Zopiklon eller Zolpidem kan med fördel skiftas över till långverkande preparat som Diazepam. Detta bör alltid göras om patienten använt preparaten som dagsedativum. En patient som använder 6 tabletter Zopiklon (Imovane) á 7,5 mg per dag kan skiftas över till den ekvivalenta dosen 30mg Diazepam och nedtrampas med denna.

En patient som använt en mer terapeutisk dos om 15 mg Zopiklon till natten kan under tre veckor gradvis skiftas över till 10 mg Diazepam till natten och sedan trappas ned med 2 mg per vecka till utsättning.

Zolpidem (Stilnoct) kan också bytas ut på samma sätt.

**Indikationer för inläggning**

• Komplikationer som delirium vid tidigare nedtrappningar

• Samtidig psykiatrisk diagnos som svårt ångestsyndrom eller nedstämdhet

• Suicidrisk

• Graviditet

• Blandberoende

• Behov av samordning med socialtjänst för längre nedtrappning på institution

• Bruk av höga doser

**Hur ser suicidstegen ut?**

-Nedstämdhet/hopplöshet

-Dödstankar

-Dödsönskan

-Suicidtankar

-Suicidönskan

-Suicidförsök

-Suicidplaner

-Suicidförberedelser

-Suicidavsikt

**Vilka skattningsskalor används för att bedöma suicidrisk?**

SIS=Suicid intention scale

Sad Person Scale

Colombia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

MINI

SSI (Scale for suicide ideation) vid suicidtankar

SUAS (efter suicidförsök)

Depressionsskalor

**Vilka är riskfaktorerna för suicid som ej går att påverka?**

Hereditet

Drag av aggression/impulsitivitet

Demografin

Tidigare suicidförsök

Trauma i barndomen

Svåra somatiska sjukdomar

**Vilka är riskfaktorerna för suicid som går att påverka?**

Psykiatriska sjukdomar

Somatiska sjukdomar

Psykologiska och kognitiva mönster

Vissa psykosociala förhållanden

Tillgång till letala metoder

Uppföljning

**Vilka psykiatriska sjukdomar är förenad med ökad suicidrisk?**

-Allvarlig depression, bipolär depression

-Schizofreni

-Anorexi

-Alkohol-/drogberoende

-Ångesttillstånd

-Personlighetsstörningar

**Vilka skyddande faktorer för suicid finns?**

Barn hemma

Graviditet

Positivt socialt stöd

Religiös

Nöjd med livet

Problemlösning och copingfärdigheter

Att känna sig ansvarig för familjen

**Vad behövs för suicidriskbedömning?**

Alltid en klinisk bedömning!

Anamnes

Uppgifter från anhöriga, polis etc

Status

Diagnostiska hjälpmedel

Riskfaktorer

Varningstecken

Sjukdomsförlopp

**Vad skall alltid efterfrågas vid suicidriskbedömning?**

Suicidtankar/planer

Tidigare försök

Avskedsbrev

Psykiatriska sjd

Hopplöshetstankar

alkohol

vapen hemma

**Vad ingår i kluster A personlighetsstörning och vad kännetecknar gruppen?**

Kännetecknas av udda, excentriska drag och kontaktsvårigheter

Schizoid

Paranoid

Schizotyp

**Vad ingår i kluster B personlighetsstörning och vad kännetecknar gruppen?**

Kännetecknas av färgstarka, dramatiska och impulsiva drag

Antisocial

Borderline

Histrionisk

Narcissistisk

**Vad ingår i kluster C personlighetsstörning och vad kännetecknar gruppen?**

Kännetecknas av introverta, ängsliga, depressiva drag

Fobisk

Osjälvständig

Tvångsmässig

**Vilka biverkningar ger antipsykotika?**

Extrapyramidala (parkinsonism, akatisi, akut/tardiv dystoni, tardiv dyskinesi

Malignt neuroleptikasyndrom

QT-förlängning

Viktuppgång

Diabetes

Prolaktinstegring

Muntorrhet, förstoppning (antikolinerga)

Sedering (histaminerga)

**Hur behandlas PTSD?**

SSRI

Sömnmedicin vb

KBT

Sjukgymnastik

**Vad kännetecknar autismspektrumstörningar?**

Nedsättande funktion inom tre områden:

1. social interaktion

2. kommunikation

3. föreställningsvärld

1

Institutionen för klinisk neurovetenskap

Sektionen för psykiatri - Huddinge

Tentamen i psykiatri (facit)

Fredagen den 9 juni 2006

Kl. 08.30-13.00

Namn:…………………………………………………………………

Poäng del 1:………………

Poäng del 2:………………

Poäng totalt:………………

Betyg: G U

Maxpoäng del 1: 25 poäng (godkänd 16 poäng )

Maxpoäng del 2: 75 poäng (godkänd 49 poäng )

2

Del 1- Videofall

**1. Skriv ett aktuellt psykiatriskt status på denna patient på grundval av hennes beteende på videon (6 poäng).**

Välvårdad klädsel, orienterad till plats och person (tid efterfrågas inte), lucid, opåverkad, god formell och emotionell kontakt, inga tecken till hallucinos eller vanföreställningar. Lätt förhöjd grundstämning; uppvisar flera affekter samtidigt. Suicidalitet ej efterfrågat.

**2. Vilken är den mest sannolika DSM-IV axel I diagnosen utifrån de uppgifter som framkommer i videon? Motivera kort. (2 poäng)**

Bipolär I syndrom; hypoman fas/mixed state (Diagnos 1p, precisering/motivation 1p.)

**3. Nämn några vanliga medicinska och sociala komplikationer till denna diagnos om den inte behandlas? (4 poäng)**

Beroende/missbruk av alkohol och nikotin; skuldsättning; olycksfall; promiskuitet; svält/intorkning.

**4. Vad talar för respektive emot att denna patient kan vårdas enligt HSL? (3 poäng)**

För: insiktsfull, följsam, inga uppenbara medicinska komplikationer, bra nätverk

Emot: Impulsiv, latent aggressiv. Kan snabbt ändra inställning till vården

**5. Nämn 3 vanliga preparat som används vid underhållsbehandling av patienter med denna diagnos. Ge exempel på viktiga biverkningar för det vanligaste av dessa preparat. (4 poäng).**

Litium, Lamotrigin, Valproat, Karbamazepin, Atypiska neuroleptika (3 poäng)

Biverkningar av Litium: törst, tremor, diarré, hypotyreos, nefrogen diabetes insipidus. (1 poäng)

**6. Patienten läggs in enligt HSL. Efter ett par dagar slutar patienten ta sina mediciner och vill skrivas ut från avdelningen. Vad krävs för att konvertera pat till LPT? (4 poäng)**

Allvarlig psykiskt störning, Oundgängligen behov av heldygnsvård, Patienten vägrar vård eller kan inte ta välgrundad ställning i frågan (1 poäng) samt att patienten är farlig för sig själv eller någon annan.(3 poäng)

**7. Kvinnan har småbarn hemma. Vad är viktigt att beakta i det sammanhanget? (2 poäng)**

Fundera över anmälningsplikten enl Socialtjänstlagen 14 kap 1 §. Finns det anledning att misstänka att barn kan fara illa? Finns det en närvarande ansvarstagande fader är anmälan oftast inte nödvändig. Dock kan stöd från socialtjänsten ändå vara av värde varför kontakt med dessa gott kan diskuteras med barnens far och patienten.

Del 2

Fall 1

**Du kallas som konsult till medicinakuten för att göra en suicidbedömning av en kvinna som intoxikerat sig med tabletter. När du kommer dit finner du följande:**

**En avmagrad 87-årig kvinna vid namn Greta, iklädd sjukhusskjorta. Hon svarar fåordigt på dina frågor och tittar mest ut i luften. Hon ger knapphändig ögonkontakt och händerna ligger stilla i hennes knä. Flera gånger under samtalet suckar hon djupt. Du får fram att Greta för två år sedan förlorade sin man. Hon har tidigare varit helt frisk förutom en gång för länge sedan då hon varit nedstämd i samband med ett missfall. Sökte dock aldrig hjälp. Hon har en son och tre barnbarn. Hon förklarar för dig att hon inte längre tycker livet är värt att leva. Sedan maken gick bort har hon varit så ensam. Tidigare kunde hon finna nöje i att se på bingolotto och träffa barnbarnen men det är inget hon gör nu. Hon säger att barnbarnen och hennes son skulle klara sig bättre utan henne eftersom de då skulle slippa komma och hälsa på. Det framkommer också att hon vaknar vid 4-tiden på morgonen med en stor klump i bröstet. Om hon orkar gör hon sitt morgonkaffe men de senaste dagarna har hon inte stigit upp ur sängen alls. I dag på morgonen kändes det mer hopplöst än vanligt och Greta tog 6 sömntabletter på en gång. I vanliga fall tar hon en kvarts tablett Imovane för att kunna sova. Dessa tabletter har hon fått förskrivet av sin husläkare. När hemtjänsten kom på förmiddagen och hade svårt att få liv i henne ringde de efter en ambulans. När du föreslår att hon kanske skulle ligga kvar på en psykiatrisk avdelning över natten, suckar hon tungt och säger ”det är ingen idé”.**

**1. Vilken preliminär diagnos föreslår du i detta fall? (2 poäng)**

Egentlig depression med melankoli. (För 2 poäng krävs även melankoli)

**2. Vilka data ur den ovan beskrivna berättelsen bygger du ditt förslag på? (6 poäng)**

Fynd som stödjer diagnosen: hämmad motorik, nedstämdhet, nedsatt mimik? Dålig ögonkontakt. Tidigt uppvaknande, passivitet, brist på intresse för sådant som tidigare givit glädje, klumpen i bröstet är troligen ångest, suckar, tidigare genomgången depression, självmordshandling.

**3. Av texten framgår att Greta tagit 6 sömntabletter. Vilka ytterliga frågor bör du ställa och vilka andra faktorer är viktiga att beakta för att kunna bedöma denna handlings betydelse i sammanhanget? (4 poäng)**

Självmordsstegen, suicidal intention: Hur allvarligt menad var handlingen? Hur stor var risken att dö av handlingen? Hur stor var risken för upptäckt? Hade hon planerat detta?

**4. Hur handlägger du detta fall? (6 poäng)**

Inläggning. Om hon vägrar att läggas in måste LPT-vård initieras. Pat bör behandlas med ECT alternativt SSRI preparat beroende på hur det hela utvecklar sig de närmsta dagarna.

Ångestdämpande medel och säkerställa att hon äter och sover. Gärna någon form av skattningsskala. Bedömning av behovet av extravak.

**5. Ange 5 tunga riskfaktorer för självmord i allmänhet? (5 poäng)**

T. ex.tidigare självmordsförsök, depression, schizofreni, manligt kön, änketånd/frånskilda, fysisk sjukdom, missbruk, borderlinepersonlighetsstörning, kränkning t ex polisutredning, avsked från arbetet, förlust eller hot om förlust av olika slag t ex körkort, vapenlicens eller vårdnad av barn.

**Fall 2**

**En förtvivlad mor ringer till dig på VC (du arbetar som ordinarie distriktsläkare) och berättar att hennes 19-årige son Anton börjat uppträda märkligt sedan någon månad. Han har fungerat normalt under barndomen och gått i skolan som vanligt, kanske varit lite blyg. I våras tog han studenten och mådde bra. Han hade en flickvän och de skulle flytta ihop. Efter ett par månader började Anton att bete sig underligt, flickvännen berättar att han slutat gå till jobbet, istället stannar han i lägenheten och städar. För en vecka sedan fann hon honom skrubbandes väggarna med en tandborste. När hon frågade honom vad han höll på med stirrade han vilt på henne och sa åt henne att vara tyst. Han har blivit orolig och rädd och förklarat att någon är ute efter dem. Han vill inte gärna att flickvännen ska gå ut från lägenheten. Han har klippt av telefonsladden då att han anser att telefonen är avlyssnad. Mobiltelefonen har han slagit sönder för att leta efter en sändare i den. Flickvännen är mycket orolig och har tagit kontakt med Antons mor för att be om hjälp. Hon har berättat att Anton ibland bara suttit och stirrat framför sig i flera timmar. Ibland har det verkat som om han lyssnat på någon och hyschat flickvännen när hon försökt tala med honom. Hon berättar att hon är rädd för Antons skull men också rädd för sin egen skull, då hon märkt att han ibland verkar misstänka att hon på något sätt vill honom illa. Mamman vill nu att du ska göra ett hembesök hos Anton och flickvännen eftersom de inte längre svarar i telefonen.**

**6. Vilken sjukdom misstänker du att patienten lider av på basen av denna information? (2 poäng)**

Misstänkt begynnande schizofreni. Dock för kort tid, schizofreniformt syndrom är en korrekt diagnos i nuläget.

**7. Vad i denna text bygger du ditt förslag på? (4 poäng)**

Debutålder, förföljelseparanoia, misstänkt rösthallucinos, bisarrt beteende,

personlighetsförändring, funktionsnedsättning.

**8.Vilka differentialdiagnoser bör du utesluta i detta fall (2 poäng)**

Drogutlöst psykos organisk orsak till symptomen.

**Du försöker göra ett hembesök hos Anton, han vägrar att tala med dig och du blir inte insläppt trots långvariga försök till kontakt via brevlådan. Du hör också att flickvännen är där inne men hon törs inte öppna av rädsla för Anton. Patientens moder ansluter och kan inte heller hon övertala sonen att öppna dörren.**

**9. Hur hanterar du situationen? (6 poäng)**

Detta är en urakut situation då flickvännen är gisslan i lägenheten. Du säger till Anton att du måste få tala med honom då du uppfattar att han inte mår bra och att du annars måste ringa polisen för att få hjälp att komma in i lägenheten. Om detta inte fungerar begär du hjälp av polisen och låssmed att komma in och göra en vårdintygs-bedömning. Om du skriver vårdintyg, vilket är troligt i detta fall, begär du handräckning via polisen för att föra patienten till psykiatriska kliniken på sjukhuset för inläggning, vidare utredning och behandling Då patienten anländer till sjukhuset fattas kvarhållningsbeslut och inom 24 timmar från ankomst till vårdinrättningen skall beslut angående intagning enligt § 6b, LPT

fattas av specialist i psykiatri med chöl-delegering. (Poäng efter mognadsgrad!)

**Fall 3.**

**Till psykiatriska öppenvårdsmottagning på akuttid träffar du Rahim som kommit till Sverige från Irak för 3 år sedan. Han pratar inte så bra svenska så samtalet hålls delvis på engelska. Han ser trött och jagad ut och han berättar följande för dig:**

**Han har innan han kom till Sverige varit fängslad i Irak och utsatt för tortyr. Han visar dig märken på kroppen från detta. I början i Sverige var det inga problem men han har den senaste tiden börjat må allt sämre. Han sover inte på nätterna, han är rädd att somna eftersom han får fruktansvärda mardrömmar om nätterna. Han arbetar som kock och den senaste månaden har han skurit sig flera gånger i köksarbetet då han tappat koncentrationen och sluntit med kniven. Han beskriver återkommande påträngande minnesbilder från tortyren. När han hör arabiska talas t ex på bussen får han panik och måste därifrån eftersom han plötsligt börjar återuppleva hela tortyrförloppet. Nu har han inte sovit på två veckor och är desperat. Han önskar en sjukskrivning och något lugnande.**

**10. Vilken diagnos misstänker du i detta fall? Motivera ditt svar utifrån den information som finns i texten. (2 poäng)**

PTSD. Han har märken efter tortyr, sover inte på nätterna, drömmer mardrömmar, koncentrationssvårigheter, flashbacks när han hör arabiska talas.

**11. Nämn en rimlig differentialdiagnos och ange vilka frågor du måste komplettera med. (4 poäng)**

Depression (2p), nedstämdhet. Fråga om suicidtankar (suicidstegen), viktminskning, intresseförlust, dygnsrytm, missbruk (2p).

**12. Hur handlägger du detta fall? (4 poäng)**

Om det inte föreligger någon uppenbar suicidrisk så ger du honom sömnmedicin, SSRI och återbesök inom ett par veckor. Berätta om tortyrcentrum om det finns på orten och remittera ev dit. KBT-behandling. EMDR.

**Fall 4.**

**Du är AT-läkare på vårdcentralen och ska träffa Sara, 21 år, som din nästa patient. När Sara kommer in på ditt rum slås du först av att hon ser bekant ut. Hon är en ung moderiktigt klädd kvinna i kort snaggat ilsket rött färgat hår. Hon ser din tvekan och förklarar snabbt att detta händer hela tiden. Hon var nämligen med i en dokusåpa förra året och ständigt tycker folk att de känner igen henne. Hon ger ett öppet och trevligt intryck, ett fast handslag och ett leende.**

**Hon berättar följande:**

**Hon kommer ursprungligen från Värmland och har redan flyttat flera gånger i sitt liv. När hon var yngre hade hon kontakt med PBU under en period p g a nedstämdhet och utagerande beteende. Hon har tidigare i ungdomen skurit sig själv, visar underarmen som är randig av läkta tvärgående ärr. Hon har hunnit pröva flera olika folkhögskolor men aldrig slutfört någon utbildning utan hoppat av för att hon skulle flytta eller helt enkelt inte passade på just den utbildningen. Vad gäller relationer har Sara haft ett flertal pojkvänner. Det har varit stormiga relationer, som ofta slutat i dramatiska uppbrott. Flera gånger har det förkommit otrohet i relationerna. Hon har gjort två aborter. Under sin tid i dokusåpan träffade hon en gift man som hon inledde en affär med och det var för hans skull hon flyttade till Stockholm. Denna relation är dock över nu. Hon har bott inneboende hos olika vänner i Stockholm de senaste 6 månaderna och sedan en månad har hon en provanställning på JC. Till en början gick det bra, men nu känner hon sig ”instängd och hämmad” på arbetet. Hon har flera gånger kommit för sent för att hon har varit ute och festat. Hon har också stulit mindre summor ur kassan vid några tillfällen. I helgen var det personalfest och Sara råkade hamna i gräl med en annan kvinna på jobbet p g a att Sara flirtade lite för mycket med den andra kvinnans pojkvän. Hon behöver en sjukskrivning säger hon. Hon beskriver att hon mår fruktansvärt dåligt. På fråga om hon skulle försöka hitta ett annat arbete brister hon ut i gråt och förklarar att hon helt enkelt inte orkar söka jobb. Hon säger att hon är deprimerad och att hon skulle behöva terapi. Det framkommer att hon tidigare prövat på en del olika terapiformer. Hon har dock aldrig slutfört någon p g a att hon flyttat eller kommit i konflikt med terapeuten. ”Men”, säger hon, och lutar sig fram över skrivbordet, ”ingen har riktigt förstått mig förut!” Nu har Sara hittat en annons i en tidning om en ny typ av terapi som hon tror skulle passa just henne. Det är någon form av insiktsterapi som går ut på att man bor på ett internat och gör olika övningar. Mer vet hon inte. Den är ganska dyr och man måste kunna delta på heltid. ”Du förstår, det här kanske**

**är min enda chans att bli lycklig!”**

**13. Vilka preliminära diagnoser enligt axel II bör man överväga i detta fall? (3 poäng)**

Personlighetsstörning Kluster B; histrionisk, borderline, antisocial personlighetsstörning.

**14. Motivera dina förslag utifrån berättelsen (3 poäng)**

Flyttat runt, tidigare självskadebeteende, idealisering, ständiga konflikter, tomhetskänsla, sökande talar för borderline PS. Flirtigt beteende och dramatisk talar för histrionisk PS. Hon missköter arbetet och stjäl och är beredd på risktagande vilket talar i riktning på antisocial PS.

**15. Hur vanliga är dessa störningar i befolkningen? (1 poäng)**

Personlighetsstörningar förekommer i ca 10% av befolkningen och de enskilda störningarna ca 0.5-3%.

**16. För att kunna handlägga detta fall** **lege artis bör du ställa några ytterligare frågor till patienten? Vilka områden bör ytterligare belysas? (3 poäng)**

Förekommer något missbruk? Är kvinnan regelrätt deprimerad? Frågor kring

suicidtankar/planer, tidigare anamnes på detta, dygnsrytm, koncentration, intressen etc (depressiva symtom 1p, missbruk 1p, sucidal 1p)

**Fall 5**

**Du är jour på psykiatriska kliniken och kallas som konsult till en medicinavdelning för att träffa en 29-årig kvinna, Marie. Hon ligger inne för vård av en pyelonefrit. Frågeställningen på remissen är panikångest? suicidrisk? behandling?**

**När du tar del av den somatiska journalen får du veta att Marie som 20-åring var med om en whiplashskada när stadsbussen hon satt på bromsade in hastigt. Hon utvecklade under något år smärtor från stora delar av kroppen och kunde ett tag inte läsa och skriva. På senare år har hon av detta endast haft kvar nackbesvär. När hon som 26-åring födde barn hade hon svåra smärtor från foglossning. Hon är sedan dess, dvs sedan tre år tillbaka, helt rullstolsbunden.**

**Hon är utredd extensivt av neurolog, ortoped och rehabmedicin utan att man kunnat hitta någon förklaring till att hon inte kan gå.**

**På avd möter du en sängliggande kvinna som har en rullstol bredvid sängen. Hon ser frisk och välmående ut och har en blandning av snygga civila kläder och sjukhuskläder på sig. På sängbordet står foton av små barn och där ligger veckotidningar.**

**Marie pratar villigt med dig, hon verkar inte psykomotoriskt hämmad och inte synbart deprimerad förutom att hon en stund in i samtalet brister ut i korta gråtattacker. Samlar ihop sig väl emellan dessa. Under samtalet framkommer en mycket pressad hemsituation där hennes sambo förutom att jobba heltid i princip sköter hela hemmet. Pat uttrycker oro för hur sambon ska orka. Pat uttrycker att hon ”lärt sig leva” med att sitta i rullstol och anser sig inte ha några psykiska problem men berättar ändå om attackvis påkommande andnöd, hjärtklappning och upplevelse av att hon är på väg att dö.**

**17. Vilken huvuddiagnos föreslår du? (2 poäng)**

Konversionssyndrom

**18. Vad bör du särskilt tänka på när du talar med en patient av detta slag? (2 poäng)**

Att inte ifrågasätta patientens upplevelse av sina symtom, att inte hamna i diskussion med patienten huruvida orsaken är psykisk eller fysisk.

**19. Patienten är inte intresserad av psykiatrisk kontakt. Finns det ändå några synpunkter du kan ge? (4 poäng)**

T. e x: Viktigt med kontinuitet i läkarkontakten som kan vara på neurologkliniken eller vårdcentralen. Även om patienten inte anser sig ha psykiska besvär kan en ytterligare penetration av psykiska besvär ge uppslag till framtida behandling. Ev paniksyndrom kan behandlas med SSRI. Det kan vara av stort värde att tala med maken. Sjukgymnaster kan vara viktiga i behandlingen. (Poäng efter mognad!)

**Fall 6**

**En 48-årig kvinna söker hjälp hos dig på VC på grund av sömnproblem. Efter en ganska kort stunds samtal om hennes svårigheter att somna, börjar hon berätta om att hennes sömnsvårigheter började för ca ett år sedan. Hon insåg då att chefen på arbetet är förälskad i henne och att hon också hyser starka känslor för honom, något som hon dock aldrig yppat. Chefen har varken i ord eller handling visat att känslorna är besvarade. Hon förstår ändå att han är intresserad av henne. Hon kan inte längre somna på kvällarna utan tänker hela tiden på honom och på de diskreta antydningar han ger henne som tecken på sin kärlek. Han har visserligen inte sagt rakt ut att han älskar henne men det beror, menar kvinnan, på att han inte klarar av att säga det till sin fru.**

**Kvinnan har nu, berättar hon lite osäkert, tänkt skriva ett brev till chefens fru, och förklara hur det ligger till. Hon avser att be hustrun att lämna mannen så att han skulle kunna bejaka sin kärlek till henne. Hon funderar nu på hur hon ska skriva. Hon ligger nu sömnlös och väntar....**

**Av anamnesen framkommer att kvinnan lever ensam. Hon är enda barnet till strängt religiösa föräldrar. Bägge föräldrarna är döda. Modern dog för ett och ett halvt år sedan. Hon har aldrig varit tillsammans med en man och har i stort sett inga vänner. Umgås lite då och då med kusiner och äldre släktingar. Hon har alltid skött sitt arbete, som sekreterare på ett företag, perfekt men fick nytt jobb på en annan avdelning på firman för ett år sedan pga en organisationsförändring. Kvinnan uppger att hon alltid varit frisk och aldrig har haft några psykiska besvär. Hon vill nu ha hjälp med sina sömnbesvär.**

**20. Innan du tar ställning till behandling bör du ställa en diagnos. Vad blir din preliminära diagnos i detta fall? (2 poäng) Motivera ditt förslag med data ur texten (4 poäng)**

Vanföreställningssyndrom med erotomani (paranoia erotica). Hennes vanföreställningar rör endast ett område och är ej av bisarr art. Hon har fungerat väl i arbetet såväl tidigare i livet som nu, vilket talar emot schizofreni. Patienten är ensamstående har inga erfarenheter av relationer till män. Hon lever ganska isolerat och har i tidssamband med symptomdebuten varit med om påfrestningar såväl på arbetet som inom familjen.

**21. Hur handlägger du detta fall? (4 poäng)**

Det är mycket viktigt att skapa en förtroendefull relation till denna patient annars kommer hon inte tillbaka till dig!! Förklarar för henne att du förstår att hon har det besvärligt och att det är viktigt att hon får sova” annars blir man lätt mer och mer upptagen av såna här tankar”. Du skriver ut ett sederande neurolepticum, detta för att komma till rätta med sömnproblemen samtidigt som man har nytta av den antipsykotiska effekten. Återbesök om ca 10 dagar. Säger till henne att hon nog inte ska skriva till kvinnan utan låta mannen hantera sina relationer till sin hustru. Annars kan det bli stora problem.

Beroende på förloppet väljer du vid återbesöket att antingen remittera henne till en psykiater för fortsatt behandlingen (vårdintyg kan bli nödvändigt om hon blir sämre och ofredar paret ytterligare). Om patienten förbättras kan du sköta behandlingen själv. Dessa patienter är svåra att få att acceptera psykiatrisk vård. Det kan gå lättare hos distriktläkaren ev med stöd av psykiater på konsultbasis.

Institutionen för klinisk neurovetenskap

Sektionen för psykiatri, Huddinge

Tentamen i psykiatri

Fredagen den 9 mars 2007 Kl. 08.30-13.00

Poäng del 1:………………

Poäng del 2:………………

Poäng totalt:………………

G (Godkänd) U (Underkänd)

Maxpoäng del 1: 21 poäng (godkänd 14 poäng )

Maxpoäng del 2: 74 poäng (godkänd 49 poäng )

2

**Del 1**

**Videofall**

**1. Skriv ett aktuellt psykiatriskt status på denna patient på grundval av hans beteende på videon. (4 poäng)**

Inget särskilt avvikande i status, möjligen något sänkt grundstämning, spänd, men ok att skriva ett blankt status, suicidalitet ej penetrerat

**2. Vilken är den mest sannolika axel I diagnosen enligt DSM-IV utifrån de uppgifter som framkommer i videon? Motivera kort (3 poäng)**

Paniksyndrom med agorafobi : en blandning av somatiska och psykiska symtom som leder till ett fobiskt undvikande beteende (T-banan), även färgat av en ”subklinisk” nedstämdhet med viktnedgång.

**3. Patienten nämner ett symptom som inte är typiskt vid denna diagnos, vilket symptom är detta och hur resonerar du kring det? (2 poäng)**

Viktnedgång ingår inte som kriterium för paniksyndrom, detta skulle kunna vara en ”subklinisk”depression.

**4. Nämn några vanliga medicinska och sociala komplikationer till denna diagnos om den inte behandlas? (4 poäng)**

Nedsatt social funktion till följd av fobiskt undvikande beteende (relationer, arbetsförmåga, fritid), sekundära depressioner, självmedicinering med alkohol, ev. ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, hög vårdkonsumtion.

**5. Vilka evidensgrundade behandlingsalternativ finns för denna diagnos? (2 poäng)**

Svar: venlafaxin, sertralin, escitalopram, paroxetin, fluvoxamin, klomipramin,

alprazolam, KBT, KT, ev kombination läkemedel-KBT

För 2 poäng krävs SSRI alt SNRI och KBT

**6. Beskriv vanliga hinder för framgångsrik behandling (4 poäng)**

Svar: Feldiagnostik (somatisk och psykiatrisk), stigma, rädsla för biverkningar och beroende, dålig följsamhet, biverkningar (sexuella biverkningar, viktökning, sedation, svettning, illamående), tidsbrist i vården med dålig information och uppföljning av pat, har ej råd med medicin och/eller psykoterapi, anhörigas och patientens inställning till psykofarmaka, komorbiditet, missbruk, brist på KBT-terapeuter.

**7. Vad kan läkaren och annan personal göra för att öka chanserna till bra behandlingsutfall? (2 poäng)**

Svar: Tillgänglighet, muntlig och skriftlig information till pat och anhöriga, sköterskeledda patientgrupper, ev patientdagbok, kognitiv samtalsmetodik, uppmuntra kontakt med patientorganisation.

**Del 2**

**Fall 1**

**Du är underläkare på en psykiatrisk vårdavdelning där en man vid namn Axel vårdas. Han inkom med polis någon vecka tidigare. Hustrun hade funnit honom i hemmet med tjänstevapnet i handen i färd med att ta sig av daga. Polis tillkallades och de lyckades få honom att följa med till sjukhus.**

**Vid samtal med patienten och hustrun får man fram följande anamnes:**

**Axel är 56 år och har nått en hög befattning i armén. Han är gift sedan 25 år; hustrun arbetar som TV-producent. Paret har två vuxna barn, som är utflugna. Axel har gjort en hygglig karriär yrkesmässigt men på det mellanmänskliga planet har det funnits svårigheter. Det som utlöst hans självmordshandling var att han för en månad sedan läste ett brev adresserat till hustrun och då insåg att hon sedan länge haft en kärleksrelation med en annan man. Axel berättar att han aldrig kunnat tänka sig att hustrun skulle bedra honom och han känner sig nu fullkomligt tillintetgjord och arg. Han kan inte förstå hur hustrun, som han uppfattat som sin självklara livskamrat kunnat bedra honom, dessutom med en man som "den där, som ingenting är". Patienten berättar att visserligen har makarna grälat ibland men "så farligt har det inte varit". Han har aldrig snuddat vid tanken att hustrun skulle lämna honom. Hustrun berättar att maken alltid varit en "besserwisser", som aldrig kunnat sätta sig in i vare sig hennes eller barnens problem utan ofta varit kall och raljant när problem förts på tal. Yngste sonen har många gånger inför sin mor beklagat sig över att pappa insinuerat att han "är dum och obegåvad". Hustrun berättar vidare att hon känner sig ensam i hans sällskap, hon känner sig inte sedd och ofta nedvärderad. Hon menar att hon flera gånger försökt tala med sin man om detta men aldrig "nått fram", samtidigt som hon vet att han inför andra skryter med att vara gift med en av den bästa TV-producenten i det här landet. Hon träffade för ett år sedan en man, som hon nu är beredd att lämna maken för.**

**På arbetet har Axel lyckats bra, han uppfattas som begåvad men sval och oberäknelig, arbetskamrater känner sig ibland obekväma tillsammans med honom samtidigt som han stundom kan vara charmerande.**

**Han har aldrig sökt psykiatrisk hjälp men berättar att han vid några tillfällen i livet känt sig deprimerad. Dessa perioder har sammanfallit med situationer då han har känt sig förbigången eller kritiserad.**

**På avdelningen har Axel mest hållit sig för sig själv och har ätit dåligt under hela vårdtiden. Han säger att självmordstankarna i någon mån sjunkit undan och vill nu åka hem. Han kan inte tänka sig att träffa sina barn. Hustrun vill han inte heller tala med, tycker inte att det finns något mer att tillägga. Han vill absolut inte tillbaka till arbetet, då han tror att alla där kommer att se ner på honom. Han tycker sig inte se någon väg ur denna för honom så kränkande situation, han tycker att hustrun förstört hans liv "men här på avdelningen kan man ju inte vara kvar och jag är faktiskt här frivilligt". Hur ser du på detta fall diagnostiskt?**

**1. Finns det i denna text material som ger underlag för en axel-I störning? Motivera ditt svar med data ur texten (3 poäng)**

Depression : Flera veckor har gått, fortf risk för suicidhandlingar, beskriver sin situation hopplöst, vänder sig ifrån människor och hjälp.

**2. Anser Du att det finns underlag för en axel-II störning? Motivera ditt svar med data ur beskrivningen ovan (3 poäng)**

Narcissistisk personlighetsstörning : Pat har en genomgripande störning i sitt sociala funktionssätt , brist på empati, förvåning och brist på förståelse för sonens och makans besvikelser, tendens till nedsvärtning/idealisering, anser sig veta bäst, grandiositet i sin syn på sin egen betydelse etc.

**3. Pat vill skriva ut sig. Hur ställer du dig till detta? Resonera kring hur du hanterar detta fall? (4 poäng)**

Pat tycks fortfarande inne i en själslig återvändsgränd, vänder sig bort från hjälp och suicidrisken är fortfarande överhängande. Han kan därför inte skrivas ut. Försök motivera honom för försatt vård. Om han insisterar på att gå hem bör konvertering till LPT övervägas pga suicidrisken, i så fall kontakta överläkare. Farlighetsbedömning, tänka på hustrun och hennes älskare.

**4. Hur vill du lägga upp den fortsatta handläggningen av detta fall? (2 poäng)**

Om patienten konverteras innebär detta troligtvis en ytterligare kränkning vilket sannolikt ökar suicidrisken därför ställningstagande till ev extravak. Antidepressiv medicinering och samtal i syfte att motivera patienten till kognitiv psykoterapi. Beroende på hustruns inställning försök till parsamtal. Anmälan enligt vapenlagen.

**5. Hur ser du på prognosen för de störningar som denna patient uppvisar? (2 poäng)**

Den depressiva störningen kommer sannolikt att avklinga med behandling. Personlighetsstörningen får ses som en relativt stabil och svårbotbar störning hos en patient, även om en viss modifiering kan åstadkommas med aktiv psykoterapeutisk behandling av lämplig art om patienten kan motiveras härför. Bemötandet av dessa patienter är särskilt betydelsefullt, återupprättelse av kränkning brukar behövas för att pat ska må bättre.

**Fall 2**

**Du har ditt första sommarvikariat på en psykiatrisk intagningsavdelning. På avdelningen finns en äldre kvinna, Saga, som inkommit under natten. Saga är 84 år och tidigare frisk. Hon har inte tidigare varit i kontakt med psykiatrin. Hon bor med sin make sedan sextio år. Maken har varit sjuk i Alzheimer sedan några år. Saga har velat ha honom hemma, men under det senaste året har han dock blivit försämrad och man har ordnat med växelvård på ett sjukhem. Nu inkommer hon med polis efter att grannen klagat vid upprepade tillfällen. Grannen uppger att Saga ringer på deras dörr vilken tid på dygnet som helst; hon har varit rädd och velat sova hos grannarna då hon säger att det finns döda barn i hennes lägenhet. Hon har också skrikit och skränat i trappuppgången så att grannbarnen blivit rädda. När polisen knackar på hos Saga förstår hon inte alls varför de kommit dit och vill först inte alls följa med till sjukhuset. På akuten utfärdas ett vårdintyg. Under natten på avdelningen har hon inte sovit en blund utan stått vid fönstret och skrikigt. Du och överläkaren ska nu träffa patienten för ett samtal för att pröva detta vårdintyg. Du finner Saga stående i korridoren iklädd ytterkläder och med handväskan tryckt mot bröstet. Först vill hon inte alls följa med in till samtalsrummet, men till slut kommer hon med tveksamma steg. Under samtalet nickar Saga åt allt överläkaren säger, och på fråga om hon kan tänka sig att stanna på sjukhuset frivilligt nickar hon. Plötsligt reser hon sig, går fram till fönstret och börjar skrika, och lämnar sedan rummet. Överläkaren tittar på dig och undrar vad du anser att man ska göra med vårdintyget; patienten nickade ju jakande på frågan om hon kunde tänka sig stanna frivilligt.**

**1. Vem har rätt att skriva ett vårdintyg? (1 poäng)**

En legitimerad läkare

**2. Vilka kriterier måste vara uppfyllda för vårdintyg enligt LPT? (3 poäng)**

Allvarlig psykisk störning, oundgängligt behov av 24-tim psykiatrisk vård, nekar till vård eller kan ej fatta grundat ställningstagande.

**3. Motivera om patienten uppfyller dessa kriterier? (3 poäng)**

I detta fall är patienten psykotisk och lider av en allvarlig psykiskt störning, hon är i oundgängligt behov av 24 tim-psykiatrisk vård och hon förstår inte innebörden av läkarens fråga, vilket styrks av att hon lämnar rummet och visar ett inadekvat beteende. Således ska vårdintyget godkännas (förutsatt att det är korrekt ifyllt).

**4. Du överväger tänkbara diagnoser i detta fall. Ange två olika tillstånd och genes till dessa som denna kvinna kan tänkas lida av. Motivera vad i texten som talar för, respektive emot tillstånden. (6 poäng)**

Psykos/Parafreni; pat har psykotiska symptom, misstänkt rösthallucinos samt eventuellt synhallucinos, hög ålder. Organisk psykos till följd av t ex tumör. Tidigare frisk, både röst och synhalluciantioner

Konfusion; den höga åldern, tidigare frisk, t ex utlöst av UVI, stress, demens

**5. Kan man tänka sig några utlösande faktorer i detta fall av insjuknande? (2 poäng)**

Stress, hög arbetsbelastning med tanke på maken, separation från maken, försämrad hörsel, syn, infektion, sömnbrist.

**6. Vilka utredningar bör man göra på denna patient? (3 poäng)**

Somatisk status, utredning av pats sociala situation, CT-skalle, ev EEG,Urinsticka (UVI), MMT i ett lugnt skede (demensfrågeställning),Patienten tar till slut emot medicin, och ni väljer att ge henne flytande medicin. Efter någradagar är hon mindre agiterad och mer samlad.

**7. Vilken typ av medicin tror du man valde i detta fall? Ge förslag på ett par preparat som skulle kunna vara lämpliga? (2 poäng)**

Antipsykosmedel t ex Risperdal, Seroquel, Abilify

**8. Varför ger man henne flytande form? (1 poäng)**

Svårare att svälja tabletter, för att vara säker på att hon får i sig medicinen eftersom hon är misstänksam.

**Fall 3**

**Du arbetar som AT-läkare på en psykiatrisk klinik. Denna patient remitteras till dig av företagshälsovården. Av remissen framgår att: Patienten är en 50-årig man med svårigheter att klara av sitt jobb som taxichaufför. Han får återkommande klagomål från kunder som uppfattar sig bli dåligt bemötta. Situationen riskerar leda till att patienten förlorar sitt arbete.**

**Socialt: Ensamstående. Inga barn, mycket begränsad bekantskapskrets. Dålig kontakt med föräldrarna.**

**Missbruk: Har periodvis överkonsumerat alkohol. Röker ett paket cigaretter om dagen. Tillstår sporadiskt amfetaminbruk i 20-årsåldern, sedan dess inget intag av narkotiska preparat.**

**Anamnes: Växte upp som enda barnet i hel familj. Fadern beskrivs som ”udda” till sin personlighet, modern ”vanlig”. Har alltid känt sig utanför kamratgruppen, annorlunda. Som barn och ung märkbart energiöverskott och stort behov av att röra sig, alltid varit mycket duktig i idrott. Gick i speciell läsklass, tror själv att det mer berodde på uppmärksamhetsproblem och rastlöshet än lässvårigheter. Gick ut årskurs nio utan att vara godkänd i grundämnena. Valde att inte fortsätta att läsa på gymnasienivå, och avbröt sin militärtjänst på oklar grund. Har vid två tillfällen försökt med vuxenstudier men hoppat av, för att han inte kunde förmå sig att tala och prestera inför en grupp.**

**Blir numera lätt uttråkad, har svårt att komma igång med, respektive avsluta påbörjade aktiviteter. Uppfattas av omgivningen som envis och har svårt att hantera förändringar. Har periodvis besvärats av tvångsbeteenden.**

**Aktuellt: Ett stort vardagsproblem är att patienten vid umgänge med andra tolkar situationer och uttalanden för snabbt och reagerar på ett impulsivt sätt. Idag i stort sett brutit kontakten med alla vänner och bekanta, identifierar sig som en ensamvarg. Uppger att ingen delar hans intresse för amerikansk militärhistoria. Riskerar förlora sin enda fasta punkt i tillvaron, arbetet, till följd av sin problematik.**

**1. Hur utreder du fallet? (3 poäng)**

Fullständig barndomsanamnes samt journalkopior från MVC, förlossningen, BVC, skolsköterskan/läkare. Utförliga samtal med anhöriga. Både Asperger och ADHD har familjär anhopning. Pappans ”konstiga” personlighet

**2. Vilka två diagnoser är mest sannolika? Motivera utifrån symptomatologin i detta fall (6 poäng)**

ADHD: hyperkinetisk störning- en varierande kombination av ouppmärksamhet (ex skolan, lumpen och fortsatta studier), hyperaktivitet (specialklass) och impulsivitet (otålighet, kan ej slutföra projekt, problem med mellanmänskligt samspel. Anamnesen med tidig känsla av utanförskap, skolsvårigheter från åk1 talar för diagnosen. Irritabilitet, explosivitet vanligt men lite oklart hur detta ser ut hos patienten.

Aspergers syndrom: Det som ff a talar för diagnosen är oförmågan till social

interaktion. Specialintresset för amerikansk militärhistoria. (Klassiskt noteras oförmåga att förstå hur andra människor tänker, känner, fantasilöshet och dålig social interaktion. Vanligt med extrema intressen (ex telefonnummer, spårvagnstyper). Finner nöje i sina intressen, berättar gärna även för ointresserad publik. Språk grammatiskt perfekt men entonig satsmelodi. Lätt för andra språk, speciellt grammatiken. Saknar förståelse för idiomatiska uttryck, tolkar allt konkret. Ickeverbal kommunikation begränsad, mimikfattigdom, stereotypt leende, stel blick. Klumpig grovmotorik. Problem i kontakt med jämnåriga. Normal till medelbegåvning. Påtaglig brist på vad vi kallar ”sunt förnuft”).

1 poäng för rätt diagnos, 2 poäng för riktig motivering

Autism ger 2 poäng om motiveringen stämmer. Diagnoserna är släkt men patienterna med autism har ett svårt socialt, språkligt och beteendemässigt handikapp. Denna patient har bättre funktionsgrad och språk.

Schizoid personlighetsstörning eller social fobi med motiveringar ger 1 poäng vardera.

**3. Vilka behandlingsmöjligheter kan övervägas för respektive diagnos? (4 poäng)**

ADHD: man använder sig främst av kombinationen centralstimulantia och

psykoterapi. Centralstimulantia har lugnande effekt på överaktiviteten framförallt hos barn. Symtomlindring ger bättre funktion i skola/arbete. Missbruksrisken avtar.

Terapi handlar främst om färdighetsträning, hur man förväntas bete sig i olika situationer. Ej rätt till LSS.

Aspergers syndrom: varken farmaka eller psykoterapi har egentlig effekt.

Sekundära åkommor som depression, asteni, tvångssymtom behandlas på sedvanligt sätt. Specialpedagogik i skolan viktigt. I svårare fall kan behandlingsprinciper för autistiska patienter prövas. Rätt till LSS.

**4. Hur är prognosen för respektive diagnosförslag? (4 poäng)**

ADHD: symtomen ändras genom tiden, som barn främst hyperaktivitet därefter mer av ouppmärksamhet och impulsivitet. Beroende på grad av stödinsatser olika funktion, kan bli relativt normalfungerande. Hos många dock partiell remission med ökad risk för asocialt beteende, missbruk samt affektiv sjukdom.

Aspergers syndrom: ingen bot finns men många patienter kan komma att leva självständigt. Social inkompetens och oförmåga till inlevelse kvarstår livet ut. Generellt sett ju mindre symtom desto bättre funktionsgrad i vuxen ålder.

**Fall 4**

**Du vikarierar som underläkare på en psykiatrisk öppenvårdmottagning. På en akuttid som ordnats på begäran av BVC-psykologen kommer 35-åriga Lisa med ett tio veckor gammalt flickebarn. Barnets pappa är också med.**

**Följande framkommer vid samtalet: Paret är lyckligt gifta sedan fem år. Båda makarna arbetar som jurister; Lisa på en advokatbyrå och maken i tingsrätten. Graviditeten var inte planerad och när Lisa insåg att hon var gravid blev hon både glad och lite konfunderad över hur detta skulle påverka hennes liv. Lisa arbetade hårt under hela graviditeten till sista veckan före beräknad partus. Det medförde att hon inte hann tänka så mycket på hur det skulle bli att bli förälder. Förlossningen gick snabbt och bra och familjen var hemma igen efter ett par dygn.**

**Lisa beskriver med svag röst att det kändes ovant att inte gå till jobbet, och överraskande hur lite man hann med utöver att ta hand om flickan. Ungefär en månad efter förlossningen**

**började Lisa att få svårt att sova på nätterna. Flickan sov visserligen men Lisa var rädd att något skulle hända henne, att hon skulle kräkas och få i halsen eller drabbas av plötslig spädbarnsdöd. Lisa oroade sig för att mjölken skulle sina och ringde ofta till BVCsjuksköterskan för råd.**

**Maken, som är påtagligt oroad över hustrun, menar att denna oro och osäkerhet inte alls är typisk för Lisa som annars brukar vara en framåt och driftig person.**

**På förfrågan om hur det är med aptiten säger Lisa att ingenting smakar något. Hon har gått ner sju kilo den senaste månaden.**

**På grund av dessa förhållanden och en alltmer påtaglig nedstämdhet och känsla av att vara en misslyckad mamma fick Lisa en tid hos BVC-psykologen. Hon har genomfört stödsamtal vid fem tillfällen men sömnproblemen och känslan av att vara en misslyckad mamma har inte blivit bättre. Vid det senaste besöket framkom tankar om ”att inte orka med längre, det här går inte längre”. Psykologen, som blir orolig för Lisa, remitterar henne nu till psykiatrisk mottagning för bedömning och ställningstagande till lämplig behandling.**

**Du noterar vid samtalet att Lisa inte tittar på sin dotter särskilt ofta och när hon gnyr lite så tittar hon vädjande på maken, som tar upp och tröstar barnet.**

**1. Vilken preliminär diagnos är sannolik i detta fall? (2 poäng)**

Postpartum depression

**2. Vilka anamnestiska uppgifter bygger du detta förslag på? (4 poäng)**

Svar: Oro, ångest, >2 veckors kontinuerliga symptom på nedstämdhet, sömnstörning, viktminskning, matleda, känsla av att vara en misslyckad mamma, påtaglig förändring av funktionsnivån, svårigheter att möta barnets behov och misstänkta sucidtankar.

**3. För rätt bedöma arten och graden av störning behöver du få ett antal områden ytterligare belysta. Ange fyra viktiga områden och vad du behöver få klarhet i inom dessa frågeområden? (4 poäng)**

1. Suicidriskbedömning: dödslängtan, självmordstankar eller planer?

2. Tidigare psykiatrisk sjukhistoria. Har hon sökt/vårdats inom psykiatrin tidigare?

3. Hereditet?

4. Psykotiska symptom?

5. Tvångssymptom?

6. Tidigare hypomana episoder?

7. Relation till maken?

1 poäng per rätt område men för full poäng krävs att suicidrisk och psykotiska symptom är med.

**4. Hur handlägger du detta fall? Resonera kort kring olika behandlingsförslag? (3 poäng)**

Denna kvinna har varit plågad av sina symtom i minst en månad, närstående och psykolog är oroliga för henne och hon ter sig deprimerad, dysfunktionell och med antydd suicidrisk. Hon bör erbjudas inläggning för ställningstagande till farmakologisk behandling alternativt ECT beroende på vilken information som kommer fram i en utvidgad anamnes.

**5. Lisa ammar sitt barn men ger också tillägg. Hon vill absolut fortsätta att amma även om det är jobbigt, ”annars berövar jag ju barnet allt det en mor skall ge sitt barn”. Mannen har därför principiell fråga om amning och medicinering. Han vill veta om det går att ge läkemedel med tanke på amningen. Vad svarar du? (2 poäng)**

De preparat som kommer ifråga är SSRI-preparat (helst preparat som ger den

lägsta relativa dosen, t ex sertralin eller paroxetin och fluvoxamin). De går i försumbar utsträckning över i bröstmjölken. Studier visar att ett fullgånget barn med normal vikt mycket sällan får negativa effekter av detta. Riskerna för barn och moder med obehandlad depression överväger helt.

**Fall 5**

**Rune är 45 år och lider sen ungdomen av psykisk sjukdom. Han bor sedan länge i ett gruppboende. De senaste veckorna har han slarvat med medicinerna och man har noterat en tilltagande försämring. Han kommer nu till psykiatriska akutmottagningen tillsammans med personal från boendet. De berättar att han nu, som så många gånger tidigare när han har slarvat med medicinen, är helt upptagen av upplevelsen att ha två paddor i magen, som pratar med varandra. Han pratar sedan igår inte om något annat än dessa besvärliga paddor.**

**1. Vad kallas detta symptom? (1 poäng)**

Bisarr vanföreställning

**Rune går med på att läggas in för bedömning och ställningstagande till justering av medicineringen. Under natten får Rune en injektion av ett läkemedel då han varit påtagligt orolig och försökt skära upp buken i syfte att ta bort paddorna. På morgonen kommer Rune in på expeditionen med kramp i tungan, som är stel och utskjutande ur munnen, saliven rinner, han är mycket orolig och blicken är krampaktigt fixerad uppåt.**

**2. a) Vad heter det tillstånd patienten drabbats av? (1 poäng)**

**b) Vad är den sannolika orsaken till detta? (1 poäng)**

a) Akut dyston,i som är en extrapyramidal biverkan

b) injektionen av läkemedet på natten, som troligen var ett neurolepticum (t ex

Cissordinol Acutard eller Haldol).

**3. Hur behandlas detta tillstånd? (2 poäng)**

Injektion Akineton i.m. Därefter ordineras peroral underhållsdos av något antikolinergt läkemedel i någon vecka. Viktigt att informera patienten om orsaken till den akuta dystonin. Ställningstagande måste göras till preparatbyte eller dossänkning.

Rune blir successivt förbättrad. Han blir mer meddelsam på avdelningen och pratar allt mindre om sina paddor. Personalen noterar dock att han inte vill titta på TV. På frågan varför han inte vill titta på TV säger han att det är så jobbigt att allt TV-hallåan säger, numera handlar om honom. De flesta inslag som visas anspelar direkt på honom.

**4. Vad kallas det symptom som Rune nu uppvisar? (1 poäng)**

Svar: Hänsyftningsidéer

**Rune tycker dessutom att hallåan pratar ”sexomixomeja” hela tiden.**

**5. Vad kallas detta med en psykiatrisk term? (1 poäng)**

Svar: Neologism

Tentamen i psykiatri vt 2007, block II

1 juni 2007

Videodel: Maxpoäng 20, gk 14

Teoridel: Maxpoäng 67, gk 44

**Fall 1. Videofall**

**a. Beskriv patientens psykiatriska status. (4 p)**

Vaken , tersig helt orienterad och klar. Ger god formell och emotionell kontakt. Ngt osäker, tvekar i svaren, men ingen svarslatens, inga andra tecken på psykomotorisk hämning. Lätt ångestfylld, stämningsläget svårbedömt, ev ngt sänkt. Talet något detaljfattigt, inga psykostecken. Negerar dödstankar och suicidtankar.

**b. Patienten ter sig initialt tungandad. Föreslå rimliga orsaker. (2p)**

Ångest, hjärtsvikt, dyspné av pulmonell genes, obesitas, nervös inför videoinspelning

**c.Viken diagnos är mest sannolik. Motivera. (5 p)**

Egentlig depression, återkommande. Episodiska besvär, sömnstörning, viss ökad oro, viss aptitnedsättning, koncentrationssvårigheter, trötthet.

**d. Vilka differentialdiagnoser är aktuella? Resonera för och emot de alternativ du anger. (3 p)**

Dystymi; För: måttlig svårighetsgrad, ständigt återkommande (oklar duration)

Mot : det episodiska förloppet/GAD: För: ångestinslaget framträdande, osäkerhet

Mot: Ingen muskelspänning, negerar ängslighet, det episodiska förloppet

**e. Vilken är gängse behandling för detta tillstånd är aktuella, på kort och på lång sikt? Om Du tar hänsyn till patientens sjukdomsgrad och hennes ålder? (4 p)**

Antidepressiva med stödjande behandling

Kognitiv psykoterapi?

ECT?

**e. Vilka somatiska sjukdomstillstånd kan bidra till en bild av den typ som denna patient presenterar? (2 p)**

Endokrina rubbningar som thyroideasjukdom (hypofunktion)

Bristtillstånd gällande B-12/folat

**Fall 2.**

**Annika, 24 år, förs en söndag eftermiddag av två vårdare högljutt skrikande och gråtande in på den psykiatriska akutmottagningen. Hon har först återkommit direkt till vårdavdelningen från en permission och var påtagligt berusad. Hon berättar snyftande att hon kommit i gräl med sin mamma i samband med att man drack sprit. Menar att mamman var mer onykter än vad hon själv blev. Mamman hade också tagit en del bensodiazepiner under kvällen innan. Annika vårdas sedan tre veckor enligt HSL på den psykiatriska kliniken p g a nedstämdhet med självmordstankar efter en längre tids trassel på arbetet. Frågan är om hon har kvar anställningen? ”Skiter i det”, skulle vilja ha något som var betydligt bättre betalt, ”vad som helst”.**

**Hon har sedan många år växlat mycket i sinnesstämning och kan lätt få korta perioder av ångest och irritabilitet. Hon blir också ofta intensivt arg över småsaker och kommer i konflikt med andra, och har haft svårt att behålla relationer. Har nu varit intresserad av en manlig medpatient, enligt de medföljande vårdarna hade hon vid återkomsten till avdelningen hittats inne på det enskilda rum denna manliga patient har.**

**Relationen med mamman hade alltid varit spänd och trasslig och de har aldrig kommit varandra riktigt nära. Anser att mamman är en ”hysterisk” person, förutom att hon ”super nu och då” tror patienten att hon ibland är så speedad att hon hittar på mycket, har nyss köpt kläder till Annika som var rätt dyra. ”Hon vill bara köpa mig”.**

**Avdelningens skötare säger att de har klara regler om att patienten inte kan vistas på avdelningen eftersom hon är klart onykter.**

**a. Hur ska man bedöma hennes grundproblem? Föreslå två rimliga/sannolika diagnoser och motivera var och en. (8 p)**

1. Borderline alt emotionellt instabil personlighetsstörning. Varaktigt mönster av försämrad funktion problem enl följande; impulsstyrd, relationsproblem, affektiv labilitet, aggressivitetsproblem, samtidigt missbruk, identitetsstörning/brist på framtidsplaner, tomhetsupplevelse

2. Bipolär affektiv sjukdom/susp hereditet, episodiska besvär? Irritabilitet kan vara delmanifestation i mani. Mixed episode i det aktuella insjuknandet?

Alkoholberoende alt missbruk. Räcker ej f att förklara hela bilden.

**b. Vilka andra anamnesuppgifter vill Du ha ytterligare för att belysa patientens sjukdomsbild och allvaret i den samt differentialdiagnos. (2 p)**

Tidigare tecken på mani/hypomani/depression, självmordsförsök i anamnesen, psykotiska inslag (de båda första är poänggivande och bör finnas med för full poäng), självskadebeteende, hereditet

**Fall 3.**

**Henry, 58 år, är sammanboende med Lilly, 52 år, sedan 9 år. Lilly har en vuxen dotter i ett tidigare förhållande. Han arbetar inom livsmedelsindustri, har tidigare varit förman men är sedan ett par år vaktmästare på arbetsplatsen. Lilly arbetar inom äldrevård. Henry tycker att de har ett lugnt och rätt behagligt liv, klarar sig bra ekonomiskt. De försöker leva gott. För fyra månader sedan blev Henry av med körkortet vid en nykterhetskontroll, men han vill inte medge att han använder för mycket alkohol.**

**Sedan några månader har Henry börjat misstänka att Lilly har ett förhållande. Har noterat att hon inte verkar intresserad av honom, deras sexuella förhållande har tidigare varit bra, som Henry sett det. Tänker att hon kan ha någon annan. Vet att det arbetar ett par yngre män på äldreboendet, hör ofta att Lilly trivs så bra med sina arbetskamrater.**

**Lilly är med på samtalet på psykakuten hos Dig. Du är AT-läkare. Lilly är mycket bekymrad över att Henry tror att hon är otrogen, hon förnekar bestämt att det skulle ligga någon sanning i det. De två arbetskamraterna är så mycket yngre, Lilly tror inte att de alls skulle vara intresserade av henne som kvinna. Henry menar dock att han vet. Han har tittat i Lillys kalender och sett att hon raderat ut en anteckning för några veckor sedan. Henry understryker att det är ett bevis för att hon träffat en av männen detta datum. Har också bevis genom att det ringt en gång på telefon nyligen, men då har en man sagt att han ringt fel. Henry förstår att mannen inte ville bli avslöjad. Lilly kvarstår vid att det inte är sant. Henry tycker vid besöket att det skulle gå bra om Lilly bara erkände. Hur ska de annars kunna göra det bra igen?**

**a. Vilken diagnos misstänker Du (2 p)?**

Svartsjukeparanoia – Vanföreställningssyndrom med svartsjukeparanoia

**b. Vad tror Du kan vara orsaken bakom det tillstånd Henry möjligen lider av? Finns det psykologiska, sociala eller organiska faktorer som bidragit till tillståndet (3 p)?**

Alkoholkonsumtion

Samlevnadssvårigheter, diabeteskomplikation i form av impotens, körkortsförlust som en psykologisk kränkning

**c. Vilken behandling bör man rekommendera? (2 p)**

Antipsykotiskt läkemedel

**Fall 4.**

**57-årig ingenjör som vill gå hem från psykiatriska akutavdelningen efter en natts vistelse på avdelningen. Modern hade en amningspsykos efter att patienten fötts. En yngre syster har gjort suicidförsök. Hade en elak styvfar under stor del av uppväxtåren, fick tidigt själv ta föräldraansvar när modern var sjuk. Var länge gift, men frivilligt barnlös. Nu är han skild sedan 5 år. Högt blodtryck sedan**

**några år, för ett år sedan hade han en kortvarig övergående förlamning i höger arm. Står på blodförtunnande medicin.**

**Några gånger har han haft kontakt med psykiatrisk klinik. Omkring 20 års ålder hade han en episod med dystert humör i samband med att han frigjorde sig från modern. Några år därefter hade han en period med upprymdhet, men sökte inte hjälp för det. Insjuknade därefter 1984 på sensommaren, han hade haft relationsproblem till dåvarande hustrun, vilka förvärrats. Pat hade den gången både en form av uppvarvat stämningsläge men också paranoida föreställningar, hallucinationer där han såg ett starkt ljussken. I journalen beskrevs att han var rädd att det starka ljusskenet skulle bränna honom till döds.**

**Under de kommande åren hade han förhållandevis regelbunden kurators- och läkarkontakt, han var intagen tre gånger på psykiatriska kliniker, ofta med depression och stark ångest. Inget missbruk av alkohol, droger eller läkemedel är känt.**

**Nyligen under sommaren fick han Zoloft, då han känt sig ledsen och ensam och haft svårigheter att klara arbetet. Han inkom till sjukhus igår, en lördag kväll i november p g a mycket stark ångest, får en hög dos ångestlindrande medicin. Kvarstannade över natten, men känner sig bra nu på morgonen och vill gå hem. Han har planerat att återgå i arbete halvtid på måndag.**

**a. Vilken diagnos är mest sannolik, motivera (5 p)**

Bipolär affektiv sjukdom eller schizoaffektiv sjukdom (bipolär typ), Cykloid psykos

Tidigare misstänkt både manisk och flera depressiva symptombilder

Hereditet

Psykotisk symptomatologi under manisk episod

Ångestinslaget kan tala för schizoaffektiv sjukdom

**b. Vad är viktigast att fråga patienten om i den aktuella situationen, för att kunna värdera om han ska få gå hem som han önskar eller om man ska övertala honom att stanna kvar? (2 p)**

Suicidtankar, specifikt i samband med ångest.

Psykotiska symptom

Socialt stöd

**c. Om tvångsvård bedöms nödvändig, vilken del av lagen är tillämplig, vad krävs för att intagning enligt LPT ska kunna ske, vem fattar beslut och på vilket sätt går sådan intagning till i den aktuella situationen? (8p)**

Konvertering, då pat redan är intagen enligt HSL (1p). Utöver de tre baskriterierna (3p) ska även farlighetsrekvisitet vara uppfyllt (1p). Vårdintyg ska skrivas (leg läk) och bakjour tillkallas för intagningsbeslut snarast (senast inom 24 timmar ) (2p). Handlingar faxas sedan till länsrätten snarast (senast inom 4 dygn) (1p).

**d) Vilken typ av uppföljning bör han ha, om han går hem? Resonera kring behov av behandling och monitorering på kort och lång sikt, vårdnivå för det senare. Motivera. (6p)**

Kort sikt: Snar kontakt med fokus på de depressiva besvären, ångesten och ev suicidtankar (3p).

Lång sikt: Bör utredas noggrannare avseende anamnes för säkerställande av diagnos och erhålla profylax i form av stämningsstabiliserare, sannolikt litium (2p), ska skötas inom specialistpsykiatrin (1p).

**Fall 5.**

**Märta, 81, bor ensam i en servicelägenhet. Hon får dagligen besök av hemtjänsten och hjälp med att planera, handla, städa och laga mat. Ibland brukar hemtjänsten stanna kvar och dricka kaffe med henne. Hon småpratar ofta om sin avlidne man och hur det var förr. Hon har inga barn, men en brorsdotter i samma stad, som nyligen har fått en liten son. Brorsdotterns pojkvän är oberäknelig och vill inte vara pappa, han har alldeles nyss lämnat brorsdottern**

**De senaste månaderna har hon några gånger med sänkt röst och bekymrad uppsyn, i samband med fikastunderna med hemtjänsten, berättat hur en hemlig liga borrat hål i väggen, att man släppt in gas samt haft samlag med henne. Hon visar på några fläckar på sängöverkastet. I övrigt är hon som vanligt, leende och lite småpratande. Hemtjänstens personal är fundersamma, de vänder sig till en av vårdcentralens läkare, det råkar bli Du som vikarierar och ännu inte hunnit börja på den AT Du vill göra på orten. Du lovar att följa med en hemvårdare till Märta för att försöka förstå vad man kan göra för henne.**

**När Du kommer hem förstår hon inte varför Du kommer med, hon verkar lite misstänksam och undrar om inte hennes vanliga kvinnliga husläkare är kvar på vårdcentralen? Hon vill inte prataom hålet i väggen, säger viskande att hon inte vågar här. När Du frågar hon varit utsatt för angrepp av något slag säger hon ingenting. Efter en stund har Du egentligen bara fått fram att hon har sömnproblem och att hon är orolig ibland, särskilt på nätterna. Hon verkar inte nedstämd.**

**a. Vilken diagnos sätter Du? Motivera kort. (4 p)**

Vanföreställning med paranoia; förföljelsetankar, bibehållen funktionsnivå

/Paranoid schizofreni med sen debut (parafreni); susp hallucinos m sekundära vanföreställningar

**b. Kan man finna ett samband med patientens höga ålder? Ge förslag på faktorer som kan ha bidragit till sjukdomsutvecklingen. (2 p)**

/kognitiv svikt (demensutveckling), försämrad hörsel

**c. Vilken möjlighet till behandling är indicerad och hur kan du motivera Märta att medverka till behandling? (3 p)**

Låg dos antipsykotika, ex Haldol eller Risperdal, motiveras med att hon kan få hjälp med sömnen och den nattliga oron ev bensodiazepiner

**Fall 6**

**På vårdcentralen där du gör din AT, söker Camilla, 29 år. Hon har inte kunnat gå till jobbet den senaste veckan. Hon arbetar som webbdesigner på en firma där hon varit i tre år och hon trivs bra**

**– vet med sig att hon är både en av de bästa på firman och att hon är uppskattad. Hon står också just inför ett stort uppdrag som hon ska leda och som hon verkligen sett fram emot att få.**

**Det som plågar henne nu är ångest. Hon känner igen det, har haft det förut, första gången under tonåren, då det var riktigt besvärligt. Även om hon ibland också senare haft känningar, så har hon kunnat kämpa emot och trycka tillbaka obehaget. Hennes mamma har haft liknande besvär.**

**De situationer där ångesten särskilt gjort sig påmind de senaste åren har varit i situationer då hon ska äta eller dricka bland andra. Hon kan då få för sig att hon inte ska träffa munnen, eller att det inte ska gå att svälja och är livrädd att det ska synas på henne. Om hon stålsatt sig har hon ändå klarat av det. Den sista tiden har det dock blivit ohanterligt. Hon börjar skaka och spiller och**

**sölar ner, och känner det som om hon absolut inte skulle kunna svälja. Strupen låser sig vid blotta tanken, och samtidigt drar det ihop sig i bröstet, hjärtat klappar hårt och hon blir alldeles kallsvettig. Oftast går det över efter en stund, men hon blir helt utmattad och vågar inte riskera att de på jobbet ska se henne så här. Hon har till och med fått känningar när hon varit ensam, under sista veckan. Att alls våga ta sig till vårdcentralen har varit nästan oöverstigligt.**

**Camilla redogör väl för sina besvär, är helt adekvat, men påtagligt plågad. Hon har ingen ångest när hon talar med dig, men säger att både vägen hit och att sitta i väntrummet var plågsamt. Hon känner att detta inte går längre och att hon nu behöver få professionell hjälp. Hon har läst att man kan behandla på olika sätt och undrar vad som kan passa henne bäst och vad som kan hjälpa snabbast.**

**”Jag är beredd att prova vad du än föreslår, bara det hjälper. Jag vill verkligen komma tillbaka till jobbet så snart det går, men klarar inte detta själv.”**

**a. Vilken /vilka diagnoser är mest trolig/a. (4p)**

/Social ångest: ångesten kommer ffa i sociala situationer när hon är rädd att omgivningen ska observera hennes besvär. Panikattacker som delmanifestation.

/Paniksyndrom med agorafobi: Panikattacker som uppstår i oväntade situationer, svårighet att ta sig utanför dörren.

**b. Vad behöver du fråga mer om för att säkerställa diagnos? (3p)**

Andra sociala situationer där ångesten uppstår?

Vegetativa symptom i samband med ångesten utöver de uppgivna?

Uppstår ångesten helt utan koppling till särskilda situationer?

Depressiva symptom; nedständhet, sömn, aptit mm?

**c. Vilka behandlingsstrategier finns evidens för? (2p)**

SSRI, psykoterapi enligt kognitiv el kognitiv beteendemodell i grupp eller individuellt

**d. Vilka komplikationer till hennes besvär kan uppstå på sikt om hon inte får framgångsrik behandling? Välj en av de möjliga diagnoserna och ange relevanta komplikationer för denna (2p)**

Social fobi: alkoholmissbruk/beroende, isolering, depression

Paniksyndrom m agorafobi: isolering, depression, försämring i hjärt-kärl sjukdomar, självmedicinering med alkohol

**Fall 7**

**Du är vikarierande underläkare på en öppenvårdsenhet för psykospatienter en sommar. Erik, 40 år, som skötts på mottagningen i många år p g a schizofreni kommer på ett återbesök till dig efter att han varit slutenvårdad under två veckor pga att hans paranoia blivit mer framträdande under en tid då han slarvat med sina depåinjektioner under våren. Han har återinsatts på neuroleptika, fått injektioner på avdelningen och var och fick sin depåinektion som planerat igår. När du träffar honom har han svårt att artikulera och han verkar rastlös och**

**har svårt att sitta still, reser sig upp gång på gång men kan inte förklara vad som är fel.**

**a. Vad kan ha drabbat Erik? Ange med korrekt terminologi och förklara vad som orsakat hans aktuella tillstånd. (3p)**

Extrapyramidala biverkningar, akatisier. Ökad dos, eventuellt ackumulering av

antipsykotika.

**b. Hur ska det uppkomna tillståndet behandlas? (3p)**

Sänkt dos av depåmedicinering vid nästa tillfälle, samt ev förlängning av intervall mellan injektionstillfällena. Antikolinergika (Pargitan, Disipal) per oralt mot EPS och bensodiazepiner, ev beta-blockad, mot akatisier.

**c. Vilka statusfynd kan du förvänta dig att finna när du gör den somatiska undersökning av Erik? (3p)**

Tremor, rigiditet, hypersalivering, minskad ansiktsmimik

Institutionen för klinisk neurovetenskap, K8

Sektionen för psykiatri, Sektionen för beroendeforskning,

Sektionen för neurologi, Sektionen för ögon & syn,

Sektionen för öron, näsa, hals & hörsel

Tentamen

Kurs: ”Neuro, sinnen, psyke” vt -09

Psykiatri/Beroende

Maxpoäng: 83

Fall 1 (film som visas kl. 09.00)

1a.

**Beskriv ett psykiatriskt status på denna patient. 6p**

Välvårdad, klar, vaken, sannolikt orienterad x 4, dock ej penetrerat, god formell kontakt, sämre emotionell kontakt(stel i kontakten), grundstämning neutral, inga psykostecken, ej ångestdriven, ingen psykomotorisk oro, suicidalitet ej penetrerat.

**1b.**

**Baserat på de symptom och problem som patienten beskriver skulle man kunna misstänka att han lider av ett tvångssyndrom. Nämn några ytterligare frågor du skulle vilja ställa för att bekräfta diagnosen?** Tidsåtgång/funktionsnedsättning, annan axel-I störning kopplad till tvångssymptomen, droger/fysisk sjukdom, insikt, närmare penetration av tvångssymptomen

**1c.**

**Man kan fundera över andra diagnoser i detta fall. Nämn två andra psykiatriska störningar (2p) som du kan överväga i detta fall. Motivera och resonera utifrån fallet på filmen (4p).**

Neuropsykiatrisk störning/Autismspektrumstörning/Aspergers syndrom?/: Symptomen startade redan i förskoleåldern, tvång, svårigheter att anpassa sig i skolan, men å andra sidan säger han att han hade många vänner och sportade. Det skulle behövas en bra anhöriganamnes.

Schizoid personlighetsstörning: Pat är 40 år och vågar inte närma sig en kvinna, har svårt att förstå frågan om emotionellt intima relationer, ger ett stelt och oflexibelt intryck ur emotionell synpunkt, tycks ha en dålig social funktion, bor antingen hos mor eller i gruppboende.

**1d.**

**Det finns delar i patientens berättelse som förvånar en smula. Hur kan man hantera sådan information? 2p**

Pat beskriver sig som aktiv och att han hade många vänner i barndomen. Här skulle man vilja få information av anhöriga

**1e.**

**Diskutera vilka behandlingstrategier, farmakologiska och icke- farmakologiska som är aktuella i behandlingen av patienter med tvångssyndrom? 4p**

Farmakologisk behandling SSRI eller klomipramin.

Icke farmakologisk behandling: Psykoterapi såsom KBT (exponering med responsprevention).

**Fall 2**

**Lena, som är 42 år, driver tillsammans med två andra personer ett litet bokförlag sedan många år. Hon har aldrig haft några psykiatriska besvär, är gift sedan 18 år och har tre barn, 17, 12 och 10 år gamla. En av delägarna har för några månader sedan beslutat att dra sig ur firman och man planerar nu att avveckla den, göra sig av med lokalen och starta egna rörelser var för sig. Det har varit en del konflikter och Lena har tagit illa vid sig. Hon är den som stått för sakkunskapen men har inte tagit ansvar för ekonomi och kontakter med kunder, distributionsvägar, eller själva affärsverksamheten. Hon har de senaste månaderna blivit alltmer orolig och haft svårt att sova. Hon ältar hela tiden problem med ekonomin och är rädd att de forna kollegerna ska lura henne. Samtidigt är det främmande för henne att ta upp problem, då hon alltid varit rädd för konflikter. Hon har fått hjälp av husläkaren med sömntabletter, men det har inte räckt till – hon sover nu bara någon timme varje natt, och har lämnat sitt och makens gemensamma sovrum för att inte störa honom.**

**Nu söker Lena tillsammans med sin make på psykakuten. Han är mycket orolig och säger att han inte känner igen Lena längre. Hon äter inte, deltar inte i middagskonversationen, utan sitter bara och stirrar framför sig och svarar ofta inte på tilltal från maken eller något av de tre barnen. Annars brukar hon vara pratsam, social och mycket närvarande med barnen. De senaste dagarna har den äldsta sonen inte velat vara hemma, utan sovit över hos kompisar, medan de två yngre bara vill sitta framför datorn och undviker sin mamma. Lena har gått ner i vikt, flera kilo, hon oroar sig hela tiden och ser framför sig hur familjen kommer att bli ruinerade, vilket maken understryker att de inte kommer att bli. Hon har fått skrivelser från banken och delägarna i veckan som gått, men har inte kunnat ta in och förstå vad där står. I morse var hon intensivt rastlös, vankade av och an och stannade gång på gång framför spegeln, där hon blev stående, tittade på sin spegelbild och tog sig i ansiktet. När maken tilltalade henne såg hon plågad och rädd ut och fick inget ur sig alls.**

**När du som jourläkare träffar Lena ler hon osäkert och säger att hon behöver hjälp att få sova. Att hon tänker att familjen kommer att ruineras, men inte orkar samla tankarna längre. Hon är rastlös och ställer sig även i undersökningsrummet framför spegeln och bara stirrar. Kan inte riktigt svara på dina frågor och när maken beskriver hur det varit i familjen de sista dagarna ser hon plågad ut. Hon börjar själv försöka beskriva hur det varit, men tystnar snart och tittar på dig med tom blick.**

**2a.**

**Beskriv tre väsentliga statusfynd. 4p**

Sänkt grundstämning, psykomotoriskt orolig, ångestfylld, perplex?, kognitiv och konativ hämning, tankestörning, begynnande syntyma/stäningskongruenta/ depressiva vanföreställningar.

**2b.**

**Vilken diagnos är sannolik och hur kan du specificera den? Motivera utifrån beskrivningen. 4p**

2p Egentlig depression - viktnedgång, depressivt tankeinnehåll, ångest, rastlöshet, koncentrationsstörningar, sömnstörning

1p Med psykos? – vanföreställningar, psykotisk med depersonalisation?

1p Melankoli- distinkt kvalitet på nedstämdhet, agitation och hämning, viktnedgång

**2c.**

**Hur kan man förstå Lenas insjuknande? 3p**

Stress-sårbarhetsmodellen. Lena har varit en del i ett team, där hon varit beroende av de andras kompetens och står nu inför att klara sig själv. Hon är känslig för konflikter och blivit starkt belastad av dessa, och utvecklat en depression. Sömnbristen har lett till ett psykosgenombrott.

**2d.**

**Vilka allvarliga tecken och symtom behöver du ytterligare undersöka för att bedöma allvarlighetsgrad och differentialdiagnostik? 4p**

Suicidtankar och planer

Hallucinos

Stämningsinkongruenta vanföreställningar

Nutritionsstatus

Tidigare tecken på bipolaritet

**2e.**

**Beskriv viktiga aspekter att beakta när du samtalar med och bemöter Lena och hennes make, var för sig och gemensamt. 4p**

Med respekt lyfta fram bådas beskrivning/försök att beskriva situationen. Möta Lena med lugn och omsorg. Informera båda. Inhämta information om hur maken och barnen hanterar det som hänt Lena.

**2f.**

**Vilken behandling är adekvat utifrån den diagnos du valt och vilken vårdform är lämplig i den rådande situationen? 4p**

Förorda slutenvård, ställningstagande till ECT. Sömnreglering och antidepressiv behandling

**Fall 3**

**Du sitter som AT-läkare på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Din första patient för dagen är en 39-årig man som ursprungligen kommer från Gambia, och i journalen framkommer följande bakgrundshistoria.**

**Efter ankomsten till Sverige för cirka 7 år sedan utbildade sig patienten sig till kock och första arbetet var på Viking Line. Trots stor glädje och stolthet över sitt första arbete började patienten att uppleva att arbetskamraterna var emot honom. Patienten tyckte först att arbetskompisarna enbart uppträdde nedlåtande men rätt snart blev han mer och mer rädd, kom allt oftare i konflikt med arbetskamraterna och fick en känsla av att ”rysk maffia” bevakade honom. Fick tilltagande sömnsvårigheter, upplevde ett pågående ”mumlande” i huvudet, blev ångestladdad, och uppfattades som deprimerad av sin företagsläkare. Sjukskrevs under diagnosen ”blandat depressions-ångesttillstånd”. Fick T Oxascand (oxazepam). Förbättrades, men upplevde fortfarande trakasserier på arbetet och sökte därför annat arbete. Började på ett större hotell som frukostkock. Initialt mycket nöjd men efter några veckor började patienten återigen känna sig iakttagen och utpekad p.g.a. sitt ursprung. Hemma förekom allt oftare inslag på radion om invandrare som handlade just om honom. Eftersom patienten inte längre litade på företagshälsovården sökte han hos en privat läkare. Gick hos denne en tid, men efter att ha försökt ta livet av sig i tunnelbanan blev patienten inlagd. Under vårdtiden sattes patienten in på en låg dos SSRI och Zyprexa samt Oxascand. Skrevs ut efter en månad då suicidaliteten avtagit och patienten själv önskade utskrivning.**

**Vid återbesöket idag, tre månader efter utskrivningen, berättar patienten att han på senare tid mått allt sämre trots att han är sjukskriven. Sömnen fungerar inte, han kan varken somna eller sova. Han kan inte läsa tidningar eller titta på teve, i viss mån p.g.a. koncentrationssvårigheter, men mest p.g.a. att han får meddelanden från både TV och radio. Patienten känner sig träffad även när han läser tidningar. Isolerar sig hemma, vill inte ens gå till affären då han känner sig förföljd och iakttagen samt är rädd för att bli misshandlad av någon. Dessutom berättar patienten att sista månaden har han haft en röst som är med så gott som hela hans vakna tid och som säger ”gör det inte”. Patienten är helt övertygad om att hans upplevelser framkallas av arbetskamraterna och han planerar därför att påbörja en rättslig process mot sin arbetsgivare. Patienten står kvar på den medicinering han hade när han skrevs ut från den psykiatriska kliniken.**

**3a.**

**Vilken är den mest sannolika diagnosen? 2p**

Paranoid schizofreni

**3b.**

**Nämn två andra diagnoser som skulle kunna vara tänkbara?(2p) Resonera och ange några argument för och emot de olika alternativen. (4p)**

Vanföreställningssyndrom, depression (med lite väl mycket psykotiska symtom), drogpsykos

**3c.**

**Nämn några symtom vid dagens besök som du tycker är särskilt viktiga att anteckna i journalen? 2p**

Hänsyftningsidéer, förföljelseidéer, rösthallucinos, avsaknad av sjukdomsinsikt

**3d.**

**Är det någon viktig information om patienten som du saknar? 3p**

Suicidtankar? Sinnesstämning? Drogbruk? Hemsituation? Nätverk? Hereditet? Tagit sin medicin?

**3e.**

**Vad gör du i det här läget (vid dagens besök)?(3p)**

**Beskriv vad som gäller juridiskt och vad som är tillämpligt på just denna patient. (4p)**

Rådgör med specialist (Obs! Fullgott svar måste ha med denna åtgärd). Ta ställning till vårdform (Inläggning? LPT?). Pat bör läggas in med tanke på psykotisk symtomatologi och det tidigare allvarliga suicidförsöket. Ev. fundera på om patientens medicinering är korrekt/optimal.

För att LPT skall vara tillämplig krävs:

• APS

• heldygnsvård nödvändig

• motsätter sig vård ev. kan inte ta ställning

Pat uppfyller första kriteriet och sannolikt de övriga och LPT blir då nödvändig (varje kriterium + gk resonemang 1 p), vårdintyg måste skrivas av leg läkare (1p)

**Fall 4**

**Peter är en 42 årig säljare med representation. Gift, tre barn. Arbetet är stressigt, hans lön är provisionsbaserad. I tonåren hade han rampfeber. De senaste åren har han sökt läkare p.g.a. nervositet, ångest och oro. Han har fått pröva olika antidepressiva, först via företagsläkaren, sedan på psykiatriska mottagningen och nu är han remitterad till dig på VC. Patienten är inte känd sedan tidigare.**

**Han är ordinerad T Zoloft (sertralin) 100 mg 1x1 och T Sobril (oxazepam) 15 mg v.b. Efter en stund, och efter dina väl ställda frågor, berättar Peter att han i själva verket endast tagit Sobril trots att han alltid varit noga med att även hämta ut Zoloft-receptet. Han säger att han brukar få Sobril även från sin 78-åriga mamma och att han tar mellan 4 och 8 tabletter per dag. Han har själv försökt sluta efter att ha läst en artikel i Apotekets tidning om beroende, men han blev så dålig när han slängde tabletterna att han började igen. Nu är han mycket rädd att du inte ska skriva ut ett recept på Sobril.**

**4a.**

**Vilken preliminär diagnos skulle du ställa och vilka andra diagnoser behöver du fastställa/utesluta vid ett första besök av en patient som beskrivs enligt ovan? 3p**

1) Fastställa om det finns ett beroende av bensodiazepiner eller inte. (1p)

2) Fastställa om det också finns ett blandmissbruk av alkohol. (1p)

3) Är patienten deprimerad? (1p)

**4b.**

**Vilka uppgifter är särskilt viktiga för att du ska kunna utreda och behandla Peter adekvat? Förklara varför! 5p**

1) Droganamnes med Time-line bakåt för att se vilken snittdos P. haft så att man sedan kan stabilisera dosen före en nedtrappning. (1p)

2) Ta en alkoholanmanes. (1p)

3) Labbprover, exvis. gamma-GT, ASAT, ALAT,CDT, MCV med tanke på hans riskyrke. (1p)

4) Penetrera depressiva symtom. (1p)

**4c.**

**Varför blev Peter ”så dålig när han slängde tabletterna att han började ta dem igen”? 1p**

Han fick abstinenssymtom.

**4d.**

**Ge exempel på ett allvarligt tillstånd som kan inträffa vid abrupt utsättning av höga doser med bensodiazepiner? (1p) Beskriv hur det exempel du givit kan utvecklas över tid? (1p)**

1) Epilepsianfall typ grand mal. (1p)

2) Krampanfall kan uppträda inom tre dygn men risk finns under en vecka. (1p)

Alternativ: Komplexa anfall kan förekomma t.ex. kan en ovanlig men allvarlig komplikation vid bdz abstinens är delirium med desorientering och hallucinos och som kan utvecklas efter några dagars/en veckas abstinens. (2p)

**4e.**

**Hur hanterar du patientens önskan om recept på Sobril, på kort och på lång sikt? 4p**

Kortsiktigt:

1) Erbjuder ett litet recept för ett par dagar alternativt delar ut liten dos ur medicinskåpet. (1p)

2) Tar tillbaka patienten inom ett par dagar/snar återbesökstid för uppföljning och vidare planering. (1p)

Långsiktigt:

3) Vid första återbesöket görs en behandlingsplanering tillsammans med patienten för hur man ska trappa ut det/de preparat som patienten använt. Planeringen följs sedan upp med regelbundna återbesök. (2p)

**4f.**

**Beskriv minst tre allmänna rekommendationer till läkare vid förskrivning av bensodiazepiner. 3p**

(varje punkt ger 1p vid rätt svar):

1) Innan läkemedel förskrivs bör läkaren känna patientens identitet och noga sätta sig in i dennes symtom och problem. (1p)

2) Förskrivningen bör lämpligen ej ske vid första kontakten med patienten, som i stället ägnas åt undersökning och förklaring av sjukdomsbilden för patienten ”det goda samtalet”. (1p)

3) Bensodiazepiner bör vara ett andrahandspreparat. (1p)

4) Försök håll dosen låg och korttidsbehandla samt utvärdera. (1p)

5) Endast kliniskt betydelsefulla symtom bör behandlas. (1p)

6) Tidigare beroende av alkohol eller narkotika eller tidigare läkemedelsberoende måste beaktas som en kontraindikation eller i varje fall kräva särskild vaksamhet

7) Iaktta särskild försiktighet vid förskrivning av flunitrazepam till personer med tidigare missbruk, personlighetsstörning och allvarliga psykiska störningar.

8) Doseringen bör vara intermittent föra att inte beroendet och ackumulation ska uppstå.

9) Den läkare som initierar behandlingen bör se till att behandlingsplan finns och följs.

10) Den läkare som ordinerar ett beroendeframkallande läkemedel har behandlingsansvaret tills annan kollega tar över.

11) Använd antidepressiva vid inslag av depressivitet och ångest.

12) Undvik i.v. opiattillförsel och opiater med kort halveringstid.

(från Regionalt vårdprogram läkemedelsberoende, s. 49)

Tentamen

Kurs: ”Neuro, sinnen, psyke” vt -09

Psykiatri/Beroende

Maxpoäng: 73

OBS! Fyll i Din kod här ®

Tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Psykiatri/Beroende, Läkarprogrammet t9, vt -09 (2009-05-04) 2 (8)

KOD:

**Fall 1 (film som visas kl. 09.00)**

**1a.**

**Beskriv ett psykiatriskt status på denna patient. 5p**

Klar, vaken, vårdad sannolikt orienterad x 4, dock ej penetrerat, god formell och emotionell kontakt, neutral till lätt sänkt grundstämning, inga psykostecken, ej ångestdriven, ingen psykomotorisk oro, aktuell suicidalitet ej penetrerad (men säger att hon inte skulle kunna ta sitt liv) .

**1b.**

**Vilken huvuddiagnos anser du vara den mest sannolika, baserat på de symtom och problem som patienten beskriver? (2 p)**

**Ange minst fyra symtom som du stöder ditt diagnosval på. (2 p)**

Egentlig depression, recidiverande

**1c.**

**Nämn två differentialdiagnoser/tänkbara komorbida tillstånd som bör uteslutas detta fall.(2 p) Motivera utifrån vad som kommer fram i intervjun.(2 p)**

**4p**

GAD. Muskelspändhet, små problem blir stora, allmän ångestbenägenhet

Paniksyndrom. Hon beskriver kraftiga ångestattacker, misstänkta derealisationskänslor, svårt att andas, blir blockerad.

Borderline personlighetsstörning (BPD). Problem redan i ungdomen med

självskadebeteende och nedstämdhet.

Kluster C personlighetsstörning

Personlighetsstörning UNS. Omständigt osäker, orolig, aggressionshämmad, nedstämd och konflikträdd.

Thyreoideasjukdom

Missbruk

1d.

**Diskutera vilka behandlingstrategier, farmakologiska och icke-farmakologiska, som är aktuella i behandlingen av denna typ av patienter? 4p**

Farmakologisk behandling med SSRI- preparat, eventuellt i kombination med anxiolytika.

Psykoterapeutisk behandling gärna med KBT, stödterapi. Resonemang krävs.

**1e.**

**Patienten skall ha information om läkemedelsbehandlingens uppföljning, planerade längd och de vanligaste (biverkningarna) när och hur de yttrar sig – vad säger du till patienten? 4p**

Uppföljning inom 2 veckor efter insättning av läkemedlet, utvärdering av behandlingseffekt efter 4-6 veckor, minst 6 månaders behandling (vid recidiverande depression, som i detta fall, eventuellt längre behandlingstid). Vanliga biverkningar är illamående, huvudvärk och en initialt ökad oro. Dessa biverkningar är övergående. Vissa patienter kan få sexuella biverkningar såsom minskad sexlust och orgasmsvårigheter. SSRI-preparaten är inte beroendeframkallade.

**Fall 2**

**På en akut tid på vårdcentralen träffar du Bertil som är 65 år. Han är gift med Sonja och har två vuxna söner. Bertil är nyligen pensionerad. Sista åren innan pension var han arbetslös men har tidigare arbetat som rörmokare. Bertil söker för att få förnyat recept på Xanor. Han har stått på det i flera år p.g.a. återkommande oro. Då du frågar närmare kring besvären berättar han att han tar tabletterna för att ha lättare att röra sig ute bland folk. Bertil förklarar att han upplever det starkt obehagligt då han hamnar nära andra personer, särskilt i trånga utrymmen. Han nämner bl.a. köer, tunnelbana och hissar. Bertil berättar att han har haft dessa besvär under många år. Det framkommer att besvären började i samband med att han hade mycket dåligt tandstatus och upplevde en stor skam och rädsla för att lukta illa ur munnen. Idag har Bertil helprotes men**

**oron för att lukta illa har inte försvunnit, även om han förstår att det inte är så längre. Bertil tycker att Xanor har god effekt på besvären.**

**Vid de tillfällen Bertil inte har haft tillgång till tabletterna har han tagit sherry innan han går ut. Det framkommer att han även använt alkohol i andra sociala sammanhang, nu såväl som tidigare i livet, men tycker att det inte känns bra att ta till alkohol för att kunna hantera vardagen.**

**I de beskrivna situationerna får Bertil stark ångest av oron för att lukta illa och att folk ska uppfatta honom som ohygienisk. Han har svårt att härda ut, upplever att folk tittar på honom och han får hjärtklappning och andnöd. Han upplever även att rösten inte bär då han behöver tala i dessa sammanhang.**

**Hustrun har bokat en resa till Kanarieöarna. Han inser nu att medicinerna inte kommer att räcka hela vistelsen ut och önskar därför ett recept. Hans ordinarie läkare är på semester.**

**Vad lider sannolikt Bertil av? (1 p) Motivera utifrån information i texten. (2 p)**

Social fobi

**2b.**

**Ange åtminstone två ytterligare tillstånd som bör beaktas. (2 p)**

**Motivera utifrån informationen i texten. (2 p)**

Paniksyndrom med agorafobi

Alkoholmissbruk/beroende

**2c.**

**Nämn några frågor som bör ställas för att få ytterligare klarhet kring de tre tillstånd som du nämnt i 2a och 2b. 6p**

1. Social fobi: Genans i sociala situationer. Upplever Bertil känslan som överdriven? Ångestsymtomen finns där men är inte i fokus för patientens uppmärksamhet som vid paniksyndrom.

2. Paniksyndrom: Genomgång av möjliga ytterligare symtom. Kommer symtomen plötsligt och oväntat, Är symtomen i sig i fokus för patientens uppmärksamhet med rädsla för upprepning och konsekvenser?

3. Alkohol- och tablett inventering Alkohol- och tablettmissbruksinventering. Timeline follow back

**2d.**

**Hur tycker du att Bertil egentligen borde behandlas? 4p**

1. Ställningstagande till modifiering av ångestdämpande behandling. I första hand insättning av SSRI och senare ev. nedtrappning av Xanor.

2. Ställningstagande till korttidsintervention med exempelvis MI och därefter

uppföljande KBT (gruppterapi).

**Fall 3**

**Till en psykiatrisk öppenvårdsmottagning söker Anders, en 32-årig man, som berättar följande historia. Han pluggar på KTH men i dagsläget har han tagit uppehåll då han ej kunnat få ihop sitt examensarbete. Han har studerat på teknisk fysik linje och därefter bytt till annan linje då han har upplevt allt större svårigheter vid inlärning.**

**Anders berättar att han har mått dåligt sedan sju år tillbaka, besvärats av**

**koncentrationssvårigheter, initiativlöshet och orkeslöshet. Sista tre åren har han upplevt att nyheterna handlar om honom och talar om just honom. Blev ytterligare försämrad för cirka ett år sedan då han fick en känsla av att någon kan loggas in i honom eller att han själv kan göra det. Han hör röster; vissa som representerar ”gäster” som för tillfället är inloggade och utforskar vad han gör och vad han tycker och hur han beter sig, samt andra, "moderatorer" som styr och ställer. Han kan känna när de som har loggat in i hans hjärna byter skift. Anders är rädd för att bråka med sina röster och säger att det gäller att vara på rätt nivå för att kunna vara sams med dem. Kan inte koncentrera sig på någonting fullt ut utan att bli avbruten av rösterna. Han upplever att rösterna pratar med honom samt avlyssnar hans tankar, han känner deras närvaro, de skrattar och kommenterar. Men ibland kan Anders faktiskt skoja med sina röster. Anders får av och till kraftiga orosattacker som han beskriver som "bakgrundsvibration". Med det menar han att han upplever kraftig ångest och oro och en känsla av att kroppen kommer att spricka. Dessutom, så snart som han får positiva tankar blir han överraskad av upplevelsen att en stor aggressiv hund dyker upp framför ansiktet på honom som tänker**

**attackera och bita honom. Anders berättar om den känsla och den energi som han känner när han har denna hund framför sig som hotar att bitas. Han nästan känner hur det gör ont i ansiktet och det är väldigt skrämmande.**

**I status, förutom de obehagliga upplevelser som nämnts ovan, noteras att patienten talar monotont och är mycket detaljerad i sin berättelse; redogör för sin utbildningskarriär ytterst noggrant. Anders kommer ihåg alla datum (när det påbörjades och hur länge det pågick), ställen (hur han tog sig dit och hur han tog sig hem), handledares namn, etc. som har med hans olika praktiktjänstgöringar att göra. Dessutom är han mycket detaljerad i allt han berättar om sitt privatliv. Han nämner även att han i skolan hade litet speciella intressen och ville vara för sig själv. (Det visade sig sedermera att det sätt att vara på som beskrivs i detta**

**sista stycke, förändras inte efter att Anders fått behandling.)**

**3a.**

**Vilka diagnostiska överväganden gör du utifrån fallbeskrivningen ovan? Motivera kort dina förslag, gärna utifrån centrala DSM-kriterier? 6p**

Patienten fick både diagnoserna schizofreni och Aspergers syndrom. Den senare diagnosen var uppenbar när patients psykotiska symtomatologi hade försvunnit.

**3b.**

**Ange i punktform hur bör man utreda patienten? 6p**

• Noggrann anamnes, inkl. barndomsanamnes

• Missbruksanamnes, ev. U-tox

• Somatisk anamnes, status (inkl. neuro) och provtagning

• DT eller MR, ev. EEG

• Neuropsykologisk utredning

• Social och funktionsmässig utredning

**3c.**

**Vad kallas patientens upplevelse att nyheter i media handlar just om honom? 1p**

Hänsyftningsidé

**3d.**

**Patienten använder ordet ”bakgrundsvibration”. Vad kan det vara exempel på? 1p**

Neologism

**3e.**

**Hur går man till väga i behandlingen? 4p**

Om man utgår från schizofreni:

Antipsykosläkemedel. Knyter upp patienten till en lämplig psykiatrisk mottagning.

Pedagogiska och socialpsykiatriska insatser.

**Fall 4**

**Du tjänstgör som allmänläkarjour i X-stad sent en fredagseftermiddag och in kommer en kvinnlig patient, Eva, som är i 40-årsåldern. Hon söker hjälp för sin ångest. Av tidigare journalanteckningar framgår att hon vid enstaka tillfällen sökt här tidigare p. g. a. ångest UNS och depression. Patienten är ensamstående och sjukskriven på halvtid p. g. a. smärta i nacke och axlar, en whip-lashskada, som hon fick i samband med en trafikolycka för fem år sedan. Hon har försökt arbetsträna på den andra halvan av arbetstiden, men varit borta mycket. Hon luktar cigarettrök, är välsminkad och starkt parfymerad. Hon gråter och vädjar**

**till dig om hjälp.**

**I samtal med patienten framkommer det att hon under många år medicinerat mot ångest. Under 15 års tid har hon fått bensodiazepiner som ångestlindring. Vilket preparat hon tar och vem som f.n. skriver ut hennes mediciner vill hon inte nämna, men framhåller att medicineringen ”står under läkarkontroll”. Patienten vill inte heller ange vilken dos hon har. Vidare framkommer det att man vid flera tillfällen försökt sätta in antidepressiva (SSRIpreparat).**

**Patienten uppger att hon avbrutit denna medicinering p.g.a. biverkningar, som hon dock inte kan precisera.**

**Vidare penetrerar du patientens smärtproblematik och det framkommer att hon sedan olyckan har kontakt med en ortoped, som förskriver Treo Comp. Denne har dock ingen kännedom om patientens övriga mediciner. Patienten tar Treo Comp v.b. På fråga om alkoholkonsumtion uppger patienten att hon dricker ett glas vin till maten, men vill inte gå närmare in på detta.**

**4a.**

**Vilken preliminär diagnos skulle du ställa avseende ovan beskrivna fall? 2p**

Läkemedelsberoende (bens-/analgetikaberoende)

**4b.**

**Vilka andra tillstånd behöver du även beakta? 2p**

Ångest/depression

Alkoholmissbruk-/beroende

**4c.**

**Ange fyra viktiga uppgifter för en adekvat utredning av ev. differentialdiagnoser och behandling av patienten i fallet? 2p**

Läkemedels/droganamnes

Alkoholanamnes

Social situation

Patientens allmäntillstånd

Abstinenssymtom

Psykstatus

**4d.**

**Nämn fyra tillstånd som, om de kommer fram i anamnesupptagningen med patienten,motiverar en akut inläggning? 2p**

Tidigare EP, DT och/eller svåra abstinenssymtom

Blandmissbruk med alkohol i kombination med svåra abstinenssymtom alt. riskabstinens

Påverkan av läkemedel/narkotika/alkohol med samtidiga akuta psykiatriska symptom exvis. suicidrisk, mkt svår ångest, psykosnära/akut psykotisk

Graviditet

**4e.**

**Patienten i fallet önskar medicin mot sin ångest och säger att hon tar 40 mg Oxascand/dag. Hur skulle du handlägga denna situation förutsatt att patienten inte behöver läggas in akut? Ange minst två alternativ till handläggningsmöjligheter inför helgen. Ge även förslag på fortsatt uppföljning. 5p**

Man kan låta bli att skriva ut läkemedel och bara hänvisa till förskrivande läkare alt. VC för att patienten inte ska få till vana att söka jour/akut när läkemedlen är slut. Emellertid har denna patient sökt vid enstaka tillfällen och eftersom det är sent på eftermiddagen en fredag erbjuds patienten i första hand Atarax eller Lergigan. Troligen tackar patienten nej till erbjudandet. Alternativet är att du istället skriver ut ett kort recept på bens (den medicin patienten står på), som täcker helgens behov och eventuellt även i detta fall analgetika (20 tabl. Treo comp). Ett ytterligare alternativ är att du delar ett dagsbehov från medicinskåpet och ber pat. återkomma nästa dag för mer. I alla fallen hänvisar du pat. till sin ordinarie förskrivande läkare eller VC snarast kommande vardag för vidare behandling. Informera förskrivande läkare - om möjligt.

**4f.**

**Man lägger sällan in läkemedelsberoende patienter akut. Förklara varför! (2 p)**

**Beskriv hur man generellt handlägger dessa patienter. (2 p)**

Beroende/missbruk av läkemedel (opiater eller bensodiazepiner) är mycket sällan ett akut tillstånd d.v.s. inte livshotande samt att läkemedelsabstinens inte uppträder förrän oftast en vecka efter avslutat intag.

På en akut/jourmottagning bedömer man patientens allmänstillstånd och grad av abstinens. Om patienten inte uppfyller kriterierna för akut inläggning hänvisas patienten till ordinarie förskrivande läkare eller erbjuds remiss till VC alt. till beroendevård om sådan finns, för vidare behandling.

Vanligen kan dock patienter med läkemedelsmissbruk/beroende handläggas av intresserad läkare i öppenvård, VC eller motsvarande. I svåra fall vårdas patienterna inom psykiatrin eller helst beroendevården om sådan finns. Viktigt att skapa allians med patienten och få denne motiverad till utsättning av medicinen. Långsam nedtrappning för bensodiazepiner och lite snabbare för analgetika. Målsättningen bör vara att bli fri från medicinerna.

Tentamen

Kurs: ”Neuro, sinnen, psyke” vt - 08

Psykiatri/Beroende

Maxpoäng: 90

OBS! Fyll i Din kod här ®

Integrerad tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Psykiatri/Beroende, Läkarprogrammet t9, vt -08 2 (15)

KOD:

Fall 1 (videofall som visas kl. 10.00)

**1a.**

**Skriv ett psykiatriskt status för patienten i denna videointervju. 4p**

**1b.**

**Vilken axel I diagnos är mest sannolik baserat på de symtom patienten beskrev sig ha precis innan han sökte sjukvården i januari månad? 2p**

**1c.**

**Vilka symtom uppvisade patienten då (i januari) som du anser bekräftar ditt diagnosval? 4p**

**1d.**

**Vilka ytterligare symtom bör efterfrågas för att få en mer säker axel I diagnos? 4p**

**1e.**

**Ange minst två läkemedel som används för somatiska åkommor, som kan påverka stämningsläge och ångestnivå. 2p**

**1f.**

**Vilken vårdgivare anser du bör sköta behandling och uppföljning av patienten utifrån hans nuvarande tillstånd (videotillfället)? 2p**

**1g.**

**Vilken behandling bör patienten erbjudas i det inledande skedet resp. på längre sikt? Hur länge skall behandling pågå? 4p**

**1h.**

**Patienten har koronarkärlssjukdom med hypertoni och hyperlipidemi. Vilken betydelse kan hans psykiska tillstånd ha för koronarkärlssjukdomens prognos? 2p**

**1i.**

**Förekommer denna typ av sjukdom i samma utsträckning hos personer av bägge könen? 1p**

**1j.**

**Kan symtom och hur man förhåller sig till sjukdomen skilja sig mellan män och kvinnor Beskriv kortfattat? 2p**

**Fall 2**

**Ernest, 21 år, studerar ekonomi på Stockholms universitet,. Han är ensamboende i ny studentlägenhet, föräldrarna finns i sta’n. Ingen flickvän. Han är mellanson i familjen, det finns en 2 år äldre bror i Frankrike och en 1 ½ år yngre bror som fortfarande bor hos föräldrarna. Ernest kommer från ett akademiskt hem, men modern har de senaste åren bytt inriktning och startat liten butiksrörelse. Han har dålig kontakt med pappan, Ernest har alltid känt att han inte var lika nära pappan som sin äldre bror. Mamman beskrivs som ”lite känslig” men är den han brukar vända sig till. Hon har innan hon startade butik varit sjukskriven en period efter att ”ha gått in i väggen” i sitt arbete som lärare. Relationen mellan föräldrarna kan han inte säga något om.**

**Drygt 19 år gammal flyttade Ernest till Malmö för att studera ekonomi. Kände sig främmande i Malmö, men klarade studierna första terminen. Lärde inte känna så många, men sysselsatte sig med att motionera ett par ggr/vecka ”för att hålla ångesten borta”. Han fick sämre studieresultat i slutet av första terminen, och sökte upp en studentpsykiater när han kände sig ”deppig”. Fick där prova Cipralex 10 mg x 1. Kände inte sig så mycket bättre. Fortsatte med Cipralex över sommaren men slutade sedan. Under hösten mår han sämre och lyckas inte klara någon tenta. Kommer hem till Stockholm i november, efter lite mindre än ett år i Malmö. Står överraskande på trappan till föräldrarnas hus en dag. Bor sedan hos föräldrarna, drar sig dock undan kontakt och modern har tyckt sig höra att han talar för sig själv inne på sitt rum. Börjar efter någon månad att ”piggna till”.**

**Modern beskriver hur han började överge tanken på att återuppta ekonomistudierna och ville i stället söka in på Konstfack. Föräldrarna, särskilt fadern ifrågasatte starkt den nya inriktningen. Börjar måla, köper sista veckan mycket konstmaterial för stora summor och har förmedlat att det är hans ”bestämning” att bli en stor konstnär. Har också börjat boxningsträna, trots att han är relativt späd fysiskt tror han sig kunna bli riktigt bra. Oklart hur mycket han tränar, kanske höll han till i en träningslokal på Södermalm utan att få tillfälle till träning, tror den yngre brodern.**

**I januari blir han aktuell på psykakuten. Kommer i sällskap med modern som uppfattar honom som ”förändrad och konstig”. Tycker att hans drömmar är orealistiska. Nu har han fyllt 20 och har tagit in på Royal Viking under en vecka. Inte själv bekymrad över vad det kostat, ”hade fått pengar på födelsedagen som skulle spenderas”.**

**Läggs in, får Zyprexa, men mår illa av dosen på 20 mg. Man byter till Risperdal, men då blir han så trött att man byter tillbaka till en lägre dos Zyprexa. Har ibland av personal uppfattats som hallucinerande, men förekar detta konsekvent vid förfrågan. Efter tre veckor är han lugnare, vill inte kommentera vad han nu tänker om de förra planerna. Vill hem, har inga konkreta tankar om vare sig studier eller boende. Får poliklinisk uppföljning, men sätter själv ut medicinen. Behandlande läkare föreslår långsiktig medicinsk behandling, men Ernest är inte positiv till förslagen. Modern önskar psykoterapi åt sonen, det framhäver han själv också.**

**2a. Vilken syndromdiagnos bedömer du vara sannolik, och varför anser du det? 4p**

Schizofreniformt syndrom

Debutålder, misstänkt rösthallucinos, bisarrt beteende, personlighetsförändring, funktionsnedsättning.

**2b.**

**Vad tror du kan ha utgjort bakomliggande och utlösande moment för det insjuknande som föranledde den initiala studentpsykiaterkontakten under tiden i Malmö? På vilket sätt kan man tänka att sådana utlösande moment påverkar hälsa och sjukdom? Flera förslag accepteras. 4p**

Miljön under uppväxttiden spelar en stor roll, allvarligt störda uppväxtförhållanden kan förstärka den biologiska sårbarheten. Med tanke på pats uppväxt med dålig kontakt med sin far samt en mor med psykiatriska besvär kan ge bakomliggande problem. En person med hög sårbarhet kan leva utan problem tills dess att något händer som utlöser psykosen, t ex.att börja studera, flytta hemifrån, göra militärtjänsten, få sitt första barn, sjukdom, långvarig sömnbrist eller drogpåverkan. Ernest hade ju flyttat hemifrån för att börja studera och detta kan vara den utlösande faktorn.

**2c.**

**Vilken långsiktig behandling tycker du är viktig om man ska förebygga återinsjuknande? 3p**

Behandling av psykos har två faser, en akut fas där högre doser av medicineringen kan behövas för att behandla psykotiska symptom, följt av en underhållsbehandling som i regel är livslång. Underhållsbehandlingen reduceras gradvis till minsta möjliga dos som krävs för att förhindra skov. Om symtom uppkommer på en lägre dos, kan man tillfälligtvis öka dosen för att förhindra ett nytt skov.

Neuroleptika ex. Zyprexa 10 mg x 1

Sömnmedel och lugnande Nitrazepam 5 mg

**2d.**

**Hur bör patientens och moderns önskemål om behandling bemötas? 2p**

Medicinen ska reducera symtomen på schizofreni. Psykoterapi kan hjälpa personen med schizofreni att förstå sjukdomen och att hantera den så att det sociala beteendet förbättras och personen blir integrerad i samhället igen. Dock krävs medicinering för att pat

**2e.**

**Viken läkemedelstyp utgör Risperdal (risperidon) och Zyprexa (olanzapin)? 1p**

Neuroleptikum (Antipsykotika)

**2f.**

**En äldre generation av denna läkemedelstyp har större risk för en viss typ av biverkningar, vilka är de och, hur ter de sig? 4p**

Extrapyramidala biverkningar. Första generationens antipsykotija (FGA) har sin antipsykotiska effekt om de binder till 60–80% av D2 receptorerna medan EPS uppstår vid 75–80% bindning till D2 receptorerna. Överlappet mellan önskad effekt och biverkan gör det svårt att undvika EPS med FGA. Till de akuta biverkningarna hör:

Akatisi - innebär att personen inte kan sitta still utan verkar ha "myror i byxan".

Akut dystoni - kan te sig mycket dramatiskt och visar sig som tonusökning och olika muskelgrupper, till exempel hals, käkparti, tunga och svalg. Patienten klagar på en intensivt obehaglig och smärtsam kramp.

Parkinsonism - börjar ofta med stelhetskänsla i kroppen och kan sedan inom två månaderna utveckla sig till den klassiska bilden vid Parkinson med hypokinesi, rigiditet och tremor.

Akinesi - innebär svårigheter för patienten att röra sig.

Malignt neuroleptikasyndrom- muskelrigiditet av blyrörstyp, snabb ytlig andning, förvirrad, feber och akinesi.

Sena biverkningar:

Tardiv dyskinesi - uppkommer efter långvarigt användande. Består av okontrollerade muskelrörelser, exempelvis ormtunga (sticka ut tungan).

**2g.**

**Det framgår inte under vilket lagrum Ernest vårdades. Resonera kring huruvida tvångsvård var tillämpligt då han lades in, med angivande av konsekvenser vid olika beslut. I resonemangen skall även framgå vilken lag som styr sådan vård, liksom de kriterier som måste vara uppfyllda om den ska vara tillämplig. 6p**

Tre förutsättningar för att LPT enligt paragraf 4 ska gälla:

(1) allvarlig psykiskt störning (av psykotisk svårighetsgrad) då denna är i

(2) tvingande behov av dygnetruntvård på sjukhus,

(3) men motsätter sig denna vård och behandling.

Vad bygger intagningen för LPT på?

- Vårdintyg utfärdas av legitimerad läkare.

- samma läkare han fatta beslut om kvarhållning.

- Vårdintyget får inte vara äldre än 4 dagar.

- Intagningsbeslut måste fattas inom 24h.

- vid intagning måste patienten informeras om rätten att överklaga till länsrätten samt rätten till stödperson.

Om pat hade lagt in sig frivilligt enligt HSL, sedan ändrat sig och vill gå hem men man anser att patienten är i behov av inneliggande vård måste man omvandla till LPT. Då gäller samma kriterier som för LPT (allvarlig psykisk störning/oundgängligt vårdbehov/motsätter sig vård) + risk att patienten skadar sig själv eller andra! Det är mer komplicerat att omvandla från HSL än att lägga in pat på LPT direkt.

**Fall 3**

**Du tjänstgör på ortens psykiatriska akutmottagning som en del av din AT-tjänstgöring. Nästa patient på tur är Arne, 45 år. Det rör sig om en påtagligt överviktig man med ovårdat yttre, träningsoverall, långt hår och otrimmat skägg. Han har med sig en arbetskamrat och en remiss från sin företagsläkare. Arne beskriver dåligt mående och vantrivsel alltsedan hans arbetssituation förändrades för cirka två år sedan. Medföljande kollega har noterat detta samt att Arne har haft en tendens att isolera sig. På din fråga svarar Arne att han arbetar som reparatör och det framkommer att han tidigare har arbetat nattskift, men att han i samband med förändringarna på arbetsplatsen schemalagts dagtid.**

**Nu sedan tre månader lider Arne av tilltagande nedstämdhet, oro och sömnsvårigheter samt svårigheter att koncentrera sig. Han har svårt att beskriva någon direkt utlösande orsak. Han flydde till sin sommarstuga utan att sjukskriva sig eller meddela någon. På grund av pengabrist har Arne legat efter med hyran och riskerar nu vräkning från bostadsrättsföreningen. Hans lägenhet är i oordning och han säger att han alltid har haft svårt att göra sig av med saker, och att det har varit för mycket saker i lägenheten ända sedan hans far dog för åtta år sedan.**

**Senaste veckorna har Arne bara sovit ett par timmar per natt. Det framgår att han är ständigt upptagen av tankar på arbetet och på lägenheten. Förnekar alkoholmissbruk.**

**Arne är ensamstående och har inga barn. Han tycks ha ett mycket glest socialt nätverk. Tydligen finns det två systrar, men Arne verkar inte särskilt intresserad av kontakt med dem.**

**Arne har högt blodtryck, men uppger att han inte tar några mediciner.**

**I psykiatriskt status noteras vidare en sänkt grundstämning, ej avledbar. Patienten är spänd och sammanbiten. Livsleda, i viss mån dödsönskan och självmordstankar, men inga självmordsplaner. Fullt orienterad. God formell, men bristfällig emotionell kontakt. Du bestämmer dig för att tala med arbetskamraten enskilt för att höra mer om hur han uppfattar Arne. Arbetskamraten hade för första gången varit hemma hos Arne. Han beskriver att Arnes lägenhet var helt full av bråte, det låg så mycket saker på golvet att det var svårt att veta vad man klev på. Arbetskamraten noterade en knopp som stack upp ur havet av prylar, papper och kartonger under honom – det visade sig vara armstödet till en**

**soffa! Det var som ett soprum!” Arbetskamraten berättar att Arne är en mycket egen person, som gör saker på sitt sätt, oavsett om det passar sig och vad folk tycker; det verkar som att Arne inte riktigt vet hur han skall bete sig i sociala sammanhang. När Arne väl är på plats kan han göra reparationsarbeten på ett bra sätt, även om han har en del omständliga rutiner han ägnar sig åt innan han väl kommer igång och arbetet ofta blir försenat. Arbetskamraten nämner också att Arne har imponerande kunskaper om elektricitet som fenomen.**

**Innan du går tillbaka till Arne för att avsluta samtalet funderar du igenom hur du ser på Arnes problematik.**

**3a.**

**Välj de två psykiatriska diagnoser som bäst beskriver patientens problematik. 2p**

Tvångssyndrom -samlare

Autismspektrumstörning

**3b.**

**Nämn tre centrala symtom för var och en av dessa två diagnoser. 3p**

Tvångssyndrom (samlare)

\* Ihållande svårigheter att slänga eller göra sig av med saker, oavsett deras faktiska värde.

\* Svårigheterna beror på ett upplevt behov av att behålla sakerna och obehag förknippat med att göra sig av med dem.

\* Symtomen resulterar i ansamling av saker, som hopas och belamrar nödvändiga levnadsutrymmen och väsentligen förhindrar den avsedda användningen av dessa. Om levnadsutrymmen inte är stökiga och överhopade beror detta enbart på inblandning från en annan part (t ex familjemedlemmar, städare, myndigheter).

\* Samlandet orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden (inklusive att upprätthålla en säker miljö för en själv och andra).

\* Samlandet beror inte på ett annat medicinskt tillstånd (t ex hjärnskada, cerebrovaskulär sjukdom eller Prader–Willis syndrom).

\* Samlandet förklaras inte bättre av ett annat tillstånd i DSM-5

Autismspektrumstörning

Varaktig funktionsnedsättning i fråga om:

Social kommunikation och interaktion

Begränsade, repetitiva beteendemönster, intressen och aktiviteter.

**3c.**

**Vilken väsentlig information saknas i det psykiatriska status som beskrivs i texten ovan? 2p**

Ångest? Hallucinationer? Vanföreställningar?

**3d.**

**Beskriv kortfattat dessa diagnosers etiologi utifrån rådande kunskapsläge. 2p**

Oklar etiologi, men stor genetisk komponent i båda diagnoserna.

**3e.**

**Varför har patienten hamnat i den situation han befinner sig i när han kommer till dig? Beskriv kort en rimlig hypotes. 2p**

???

**3f.**

**Redogör i detalj för handläggningen av denna patient, från det att du träffar patienten till och med att adekvat hjälp har etablerats för patienten. Tänk dig in praktiskt i vilka överväganden och åtgärder som kan vara nödvändiga för att återge patienten en så god funktion och livssituation som möjligt! Se till att det i dina resonemang framgår klart och tydligt, precis som i den kliniska verkligheten, varför du väljer att göra på antingen det ena eller det andra sättet. 8p**

???

Fall 4

**Du sitter som distriktsläkare och blir uppringd av en av dina patienter som ber dig om råd angående sin son. Han är 22 år och har de senaste fem åren helt spårat ur med droger och kriminalitet. Hon hade nästan helt gett upp hoppet om honom men nu har han nyss avtjänat ett längre fängelsestraff och under strafftiden kommit på andra tankar och gått igenom ett drogavvänjningsprogram. Hon fick då åter kontakt med honom och det fanns en planering med fortsatt vård och arbetsrehabilitering efter frigivningen. Men bara några dagar efter frigivningen hamnade han på akuten p.g.a. en överdos och var mycket nära att dö. Nu är han hemma igen – han bor hos henne – men såvitt hon förstår är han igång och missbrukar igen. Hon är helt förtvivlad och är rädd att han ska knarka ihjäl sig. Finns det inget sätt att tvinga honom till vård undrar hon.**

**4a.**

**Varför är risken för överdos av heroin särskilt stor direkt efter frigivning från fängelse? 1p**

Nedsatt tolerans, man tar samma dos som man använt innan man åkte in i fängelse och avlider p g a att man under fängelsetiden varit utan droger och därmed inte tål så höga doser som innan.

**4b.**

**Vilken substans använder man på akuten för att häva heroinöverdosen? 1p**

Naloxon

**4c.**

**Vad svarar du på hennes fråga? 1p**

Om missbrukaren till följd av ett fortgående anses vara i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och denna inte kan tillgodoses enligt Socialtjänstlagen eller på annat sätt (till exempel genom SoL, HSL, LPT), kan LVM bli aktuell under någon av dessa tre förutsättningar:

\* Utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. (ex. inte äter, riskerar att frysa ihjäl)

\* Löper uppenbar risk att förstöra sitt liv. (ex. förlorar jobb/utbildning/boende/familj mm. Läggs större vikt vid gällande yngre.)

\* Kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller andra närstående

**4d.**

**Till vilken myndighet ska hon vända sig? 1p**

För ett omhändertagande enligt LVM ska ske krävs en anmälan till socialtjänsten av exempelvis läkare, socialsekreterare eller nära anhörig. Socialtjänsten ska, om den finner det befogat, starta en LVM-utredning som i sin tur kan ligga till grund för en ansökan av Socialnämnden om tvångsvård enligt LVM hos förvaltningsrätten. Endast socialnämnden i hemkommunen har rätt att ansöka hos förvaltningsrätten. Ärendet prövas i förvaltningsrätten i en förhandling där en tjänsteman från socialnämnden företräder nämnden och för dess talan. Missbrukaren har rätt att närvara och ha ett biträde, ofta advokat, som företräder honom eller henne. De som ursprungligen gjort ansökan om LVM till socialnämnden - till exempel anhöriga till missbrukaren - har inte rätt att närvara eller på annat sätt ta del av vad som sägs i förvaltningsrätten eller överklaga det som beslutas.

Vårdtiden får uppgå till högst sex månader i taget. Tid räknas av då personen olovligen vistas utanför hemmet som är avsett för vård eller är häktad/intagen på kriminalvårdsanstalt. Om detta har skett under sex månader i följd upphör beslutet om LVM att gälla.

**Mamman kontaktar myndigheten, som söker upp sonen och övertalar honom att gå på ett samtal på Beroendekliniken. Han kommer till dig som nu tjänstgör som vikarierande underläkare på Beroendekliniken. Mamman är med. Du tar en droganamnes och får fram att han började med hasch vid 14, testade amfetamin vid 15 och provade att röka heroin vid 17. Då kände han direkt att det var ”hans drog” och ett år senare hade han börjat injicera heroin.**

**Ofta blandar han med bensodiazepiner, särskilt när han har ont om pengar till heroin och det händer fortfarande att han röker hasch, men heroinet är hans huvuddrog.**

**Han hade trott att han skulle klara att hålla sig drogfri när han kom ut, men när han fick chansen kände han att han måste ta ”en sista gång”, vilket alltså verkligen höll på att bli den**

**sista. Nu vill han i stället ha Subutex (buprenorfin) då han inte längre tror sig om att kunna bli drogfri. Mamman är mycket skeptisk. Är inte det också knark? Sonen rättar henne och säger att det är medicin mot knark.**

**4e.**

**Båda har rätt. Beskriv användningsområdena. 4p**

Buprenorfin är en partiell agonist. Buprenorfin stimulerar receptorerna (smärtstillande effekt) samtidigt som den hindrar vissa andra opioider att binda. Detta gör att effekten av samtidigt intag av t.ex. heroin uteblir. Andra opioider med högre affinitet för receptorerna, t.ex. Tramadol hindras dock ej från att binda till receptorerna. Buprenorfin är mildare än Metadon och kan inte överdoseras, däremot ökar risken att få andningsdepression. Risken för att få andningsdepression ökar även vid samtidigt intag av alkohol och bensodiazepiner.

Till skillnad från många andra opioider (agonister) ger buprenorfin (partiell agonist) endast starkare effekt i högre doser upp till en viss gräns. Därefter hindrar buprenorfinet sig själv att binda till receptorerna vilket gör att ökad effekt uteblir. Detta gör att långt gångna opioidmissbrukare med hög tolerans har svårt att få ett rus av buprenorfin, då deras tolerans är högre än buprenorfinets "tak".

Kritikerna mot subutexbehandlingen menar att det förväntade resultatet, drogfrihet, sällan uppfylls. I stället, menar de, missbrukas dessa tabletter i stor omfattning som ett substitut för heroin. Tanken med behandlingen är att patienten efter en tid ska trappa ned doseringen för att sedan sluta helt. Inte alla lyckas avsluta Subutexbehandlingen. Subutexavtändning tar lång tid och abstinensen är svår. Det läcker också mycket Subutex från personer som ingår i programmen till personer som säljer dem på den illegala marknaden. Dödsfall på grund av överdoser förekommer.

Den största leverantören i Sverige, läkmedelsföretaget Reckitt Benckiser Pharmaceuticals, upphörde i januari 2013 med försäljningen av Subutex i Sverige på grund av missbruksproblemen. Subutex hade fram till dess en marknadsandel på 60% för buprenorfine..

**4f.**

**Vilken farmakologisk princip ligger bakom och hur utnyttjas den i underhållsbehandling vid opiatberoende? 5p**

Buprenorfin är en partiell agonist. Buprenorfin stimulerar receptorerna (smärtstillande effekt) samtidigt som den hindrar vissa andra opioider att binda. Detta gör att effekten av samtidigt intag av t.ex. heroin uteblir. Andra opioider med högre affinitet för receptorerna, t.ex. Tramadol hindras dock ej från att binda till receptorerna.

**4g.**

**Vilka farmakologiska skillnader är det mellan buprenorfin och metadon? 4p**

Buprenorfin

Partiell opioidagonist/antagonist till µ (my)- och κ (kappa)-receptorerna i hjärnan. Dess funktion som opioid underhållsbehandling anses basera sig på dess långsamt reversibla koppling till μ-opioida receptorer, vilken under en längre period kan minimera drogbehovet hos opioidberoende patienter.

Metadon

Ett narkotiskt analgetikum som tillhör samma grupp som morfin. Substansen har en agonisteffekt på opiatreceptorerna i hjärna, benmärg och nervsystem, med hög affinitet för µ-receptorer samt viss affinitet för σ- och κ-receptorer. Metadon verkar på ett liknande sätt som morfin, men har mindre sederande effekt. Användning av metadon kan reducera eller eliminera effekterna av andra opiater. Metadon kan i en noga titrerad dos ges oralt, utan att ge någon eufori utan endast ett tillstånd av ”normalitet” under 24–32 timmar, följt av tilltagande utsättningssymtom, såvida inte en ny dos tillförs

**4h.**

**Det nyaste preparatet – Suboxone – är en blandning av buprenorfin och naloxon. Vad finns det för tanke bakom den kombinationen? 3p**

Syftet med naloxon som ingrediens är att förhindra intravenöst missbruk.

Tentamen

Kurs: ”Neuro, sinnen, psyke” ht -08

Psykiatri/Beroende

Maxpoäng: 55

OBS! Fyll i Din kod här ®

Gemensam tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Psykiatri/Beroende, Läkarprogrammet t9, ht -08 2 (11)

**1.**

**Britta är 45 år och arbetar som butiksbiträde. Hennes man Anders är busschaufför och de har två söner; Peter och Sebastian, 15 och 10 år gamla. Britta söker dig på vårdcentralen då hon har fått allt större problem med sömnen. Hon känner sig trött dagtid, orkar inte som tidigare.**

**”Egentligen började allt när Sebastian var 6 år och blev inlagd på barnkliniken för körtelfeber. Efter det har jag varit så orolig - för barnens hälsa och för hur det ska gå för dem - ja, för Anders också! Det har varit ett stort ansvar att ge barnen en god uppväxt. Ibland har jag undrat hur jag ska klara av det. Ändå är det ju inga fel på ungarna.” Det framkommer att Britta ofta grubblar över om hon gör tillräckligt och vad som skulle hända om hon eller Anders blev svårt sjuka eller skulle förlora arbetet. Britta beskriver att hon har stora svårigheter att frigöra sig från tankarna som är överväldigande och ofta tränger sig på, även om hon försöker stoppa dem eller tänka på något annat. Med den ökade oron har aptiten minskat. Hon umgås mindre med vänner och tycker att det som gladde henne**

**förut inte känns lika roligt. Hon upplever arbetsuppgifterna allt mer ansträngande och orkar inte med kraven som tidigare och har därför valt att gå ner på deltid. Hon berättar att en pågående ombyggnation på arbetsplatsen och det faktum att Peter skall börja på gymnasiet 3 mil bort gör henne orolig. Britta kan i bland få andnöd, hjärtklappning och yrsel i samband med att hon känner sig pressad.**

**”Jag blir så irriterad, särskilt på barnen men även på Anders och på jobbet, med chefen som inte tycker förstår hur jag har det. Det känns som om jag har för mycket omkring mig och orkar inte...”**

**1a.**

**Flera diagnoser är tänkbara. Ange två rimliga diagnosförslag. 2p**

GAD

Depression

**1b.**

**Ange minst två tänkbara differentialdiagnoser. 2p**

Utmattningssyndrom

Paniksyndrom

**1c.**

**Vad talar för och emot dessa differentialdiagnoser? 4p**

**1d.**

**Hur skulle du lägga upp en fortsatt utredning med anledning av dina svar ovan? 4p**

**2.**

**Lars som är 33 år har vuxit upp i Norrtälje, har mor och tre äldre syskon på orten. Fadern dog när Lars var 12 år, oklart om det var en konsekvens av långvarigt alkoholbruk eller ett självmord. Lars arbetar på ett verkstadsföretag, men har varit sjukskriven i några längre omgångar under 2007 och 2008. Lars har haft en längre relation med en jämnårig kvinna som han känt sedan tidiga ungdomsår. Efter att de fått en dotter började det trassla i relationen och för tre år sedan separerade de. Dottern är nu fyra år.**

**Lars sökte i början av 2007 på vårdcentralen och träffade en husläkare, vilken bland sina patienter har flera av Lars familjemedlemmar och även f.d. sambon. Mycket av problemen vid läkarkontakterna handlade om den spruckna relationen och om hur Lars kommit att känna sig ledsen och uppgiven över att inte kunnat hålla ihop familjen.**

**Husläkaren satte så småningom in Citalopram, 40/dygn, vilket Lars fortsatt med. Lars har trots detta inte återgått i arbete. Han har formellt haft delad vårdnad men det är oklart i vilken utsträckning han verkligen tagit hand om dottern.**

**2a. Vad bör man som läkare ha i åtanke om man ska tänka på vanliga tillstånd hos en person i denna situation? 2p**

**2b.**

**Vilka allvarliga tillstånd eller risker hos en person bör man överväga i denna situation? 2p**

**En kväll kommer Lars in till psykiatriska akutmottagningen på S:t Göran. Han har hämtats med polis på vårdcentralen i Norrtälje. Husläkaren har skrivit ett vårdintyg där det framgår att Lars idag verkat påtagligt förändrad. Det var bara en vecka sedan de träffades senast och Lars skulle då prova att återgå i arbete, vilket han troligen också gjort. Lars har nu överraskande sagt att han är mycket bekymrad över sin dotters hälsa. Menar att hans f.d. sambo försummar dottern genom att hon dricker för mycket alkohol och har många män,**

**Lars säger att han inte har förstått det förut men är mycket säker på att det är så.**

**När du träffar Lars på akutmottagningen står han i korridoren och vägrar följa med in i ett undersökningsrum. Du går in men Lars står kvar i dörren och skakar avvärjande med armen när du vill att han ska sätta sig hos dig i rummet. Han förklarar att han inte förstår hur han kunde skickas hit. Han har själv ”sträckt ut en hand till vårdcentralens doktor” men känner sig förskräckt över att han ”straffas” och att han skickats in till en psykiatrisk klinik. Anar varför det hänt, vet att det finns ”några” som ligger bakom detta. Säger att det handlar om en organisation som han inte vill berätta om. Han försöker svara dig när du ställer frågor men dröjer med svaren flera gånger, som om han inte förstår på en gång vad du frågar efter. Ser upprörd, konfunderad och lite småsvettig ut. Tar fortfarande Citalopram, men kan inte ange vilken dos.**

**2c.**

**Vilken diagnos har du anledning att först överväga? Motivera. 3p**

**2d.**

**Vad kan ha utlöst den reaktion som uppträtt de senaste dagarna? 2p**

**2e.**

**Vilka differentialdiagnoser kan du behöva överväga? 3p**

**2f.**

**Vad är viktigt i ditt bemötande av Lars? 2p**

**2g.**

**Kan du tillämpa LPT om Lars skulle vägra att stanna? Motivera i vad mån de kriterier som gäller för tillämpande av LPT föreligger i denna situation. 3p**

**3.**

**Erik, som är 61 år gammal, ensamboende och arbetar på ett lager, har lagts in för utredning och behandling på en psykiatrisk vårdavdelning. Erik beskrivs av sina arbetskamrater som en person som har ”koll på allting” på det stora lagret och är mycket uppskattad för det. Däremot har Erik inte varit någon person i gänget på sin arbetsplats. Han har hållit sig för sig själv och har inte heller berättat så mycket om sitt privatliv. Att han varit mycket intresserad av fåglar har varit känt.**

**Då Erik efter semestern inte dök upp på arbetet blev kamraterna oroliga eftersom han aldrig brukar vara sjuk. Några arbetskamrater åkte hem till Erik och mötte då en ovårdad man som knappast hade ätit på flera dagar och som var tystare och entonigare än vanligt.**

**Arbetskamraterna uppfattade Erik som trög och förändrad. Hade ett sår i pannan. Kamraterna tyckte inte att han verkade förvirrad men påtagligt negativ. Nämnde flera gånger att det inte är ”nån mening med nånting”. Såg mycket trött ut och bekräftade att han hade svårt att sova. Klagade också litet över huvudvärk Det fanns inga flaskor eller några andra tecken på att Erik skulle ha druckit alkohol på sistone. Däremot chockades arbetskamraterna av hur det såg ut för övrigt i lägenheten. Förutom ett stort glasdörrsförsett skåp som var fullproppat med uppstoppade fåglar, var lägenheten fylld av prydligt hopvikta tidningar i nästan takhöga travar. Arbetskamraterna lyckades med, efter lång tids övertalning, att få med Erik till den psykiatriska kliniken.**

**3a.**

**Väl inlagd så tyckte man att en diagnos verkade ganska trolig, nämligen? 1p**

**3b.**

**Motivera ditt förslag diagnosförslag i fråga 3a. 2p**

**3c.**

**Men, på avdelningen tyckte man också att Erik tedde sig annorlunda, att han inte var den ”vanliga” sortens patient med diagnosen ovan. Har du flera diagnosförslag som skulle kunna vara aktuella? 2p**

**3d.**

**Hur bör man utreda Erik innan man börjar någon form av behandling? 2p**

**3e.**

**Beskriv åtminstone två svårigheter med psykiatrisk diagnostik i allmänhet, såsom du har uppfattat det under kursen. 4p**

**3f.**

**Vad är gemensamt för fall 1-3 och vad drar du för slutsats av detta? 2p**

**4.**

**Det är förmiddag och du jobbar på akuten då Niklas en 35-årig ensamstående man kommer in för bedömning då han på morgonen uppträtt berusat på jobbet. Niklas arbetar som art director på en känd reklambyrå och han åtföljs av sin chef, som berättar att han är både duktig och skicklig i sitt arbete och en mycket omtyckt kollega. De senaste månaderna har man dock tyckt att Niklas ”blivit annorlunda”. Till en början trodde man att det berodde på att han separerat efter ett flerårigt förhållande, men snart har man förstått att han har en för hög** **alkoholkonsumtion. Niklas har tidigare skött sitt arbete väl, men har den senaste tiden av och till kommit sent, ibland luktat alkohol eller så har han helt uteblivit. Vid ett par tillfällen har han också verkat vara berusad på arbetsplatsen.**

**I det enskilda samtalet med Niklas framkommer att han själv inte tycker att han har problem med alkohol och säger att han accepterat att gå med till akuten därför att hans chef insisterat på det och han inte vill ställa till med bråk. Det framkommer vidare att Niklas**

**alkoholkonsumtion sedan ett par månaders tid motsvarat i snitt 7-10 starköl en vanlig dag, men att det vid fest blir mer och även andra starkare sorter. Niklas är vid samtalet samlad, men verkar obekväm med situationen. Han blåste 1,9 ‰ vid ankomsten. När du frågar efter senaste intag berättar Niklas att han bara druckit en öl på morgonen och att han känner sig nykter.**

**4a.**

**Hur bedömer du Niklas tillstånd? Motivera kort. 2p**

**4b.**

**Vilken/a preliminärdiagnos/er ger du Niklas med avseende på hans alkoholkonsumtion? 1p**

**4c.**

**Vilka kriterier använder du för din/a diagnos/er? Beskriv kort varje kriterium du anger. 4p**

**4d.**

**Vilka ytterligare uppgifter behöver du för att kunna göra en fullständig anamnes? 2p**

**4e.**

**Vilka blir dina medicinska behandlingsåtgärder det akuta läget? Beskriv principerna för dessa behandlingar oc h varför du använder dem? 4p**