

**Akutpsykiatriska
bedömningar och
diagnossättning**

Michael Rangne
Överläkare, specialist i psykiatri
Norra Stockholms Psykiatri
Michael.rangne@ki.se
Februari 2012

Uppdraget

Akutpsykiatriska bedömningar och diagnossättning
Det akuta omhändertagandet - vad bör du tänka på?
Bedömning av den akut psykiskt sjuke patienten
Diagnossättning med hjälp av samtal, anamnes och skalar
Vem behöver vård omgöende och vem kan återkomma senare?

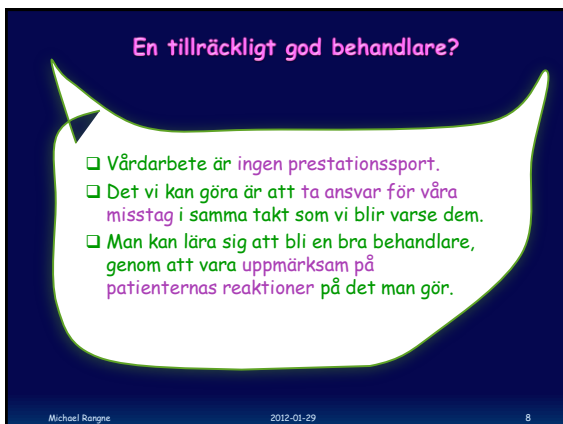
Vad säger lagstiftningen om tvångsvård
Vad säger lagstiftningen om tvångsvård
När ska lagarna om tvångsvård användas och hur?
Hur kan man arbeta för mindre tvång i psykiatri?
Hur kan vi få patienterna att engagera sig mer själva för att undvika tvångsåtgärder?
Hur kan vi hjälpa och stödja utan att tvinga för att patientens integritet ska bibehållas?

Rubrikerna

Några grunder
"Manualen"
Den självmordsnära patienten
Involvera patienten
Diagnostik och bedömning
LPT för akutpersonal
LVM för akutpersonal
Hotfulla och aggressiva patienter
Omhändertagande för att minimera tvånget i psykiatri







Ansvar och kontroll är inte samma sak



EN BRA MÄNNISKA STYR SJÄLV
SITT ÖDE?

DET ENDA DU KAN GÖRA ÄR ATT
VATTNA DITTÄPPELTRÄD!

ÄPLENA KOMMER NÄR DE KOMMER

(MEN GLÖM INTE ATT VATTNA)



VI KAN TA ANSVAR FÖR PROCESSEN -
MEN RESULTATET RÅDER VI INTE ÖVER



Några grunder

The deepest hunger of the human soul is to be understood.

Stephen R Covey

Men vi försöker också **förstå** - även där inget finns att förstå!

Vårt hjärna har ett problem...

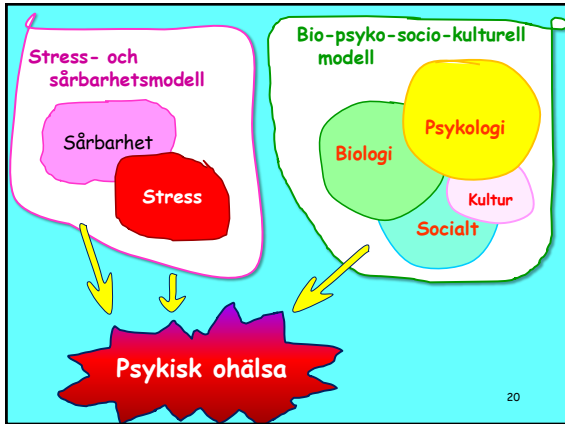


Den försöker hela tiden skapa helhet av skärvor och fragment. Storyn den kokar ihop låter så fin, men är den SANN?


18

Kom ihåg F-en!

- Föreställningar
 - Förväntningar
 - Farhågor
- } Fantasier
- Förtroende
 - Förståelse
 - Förändring
 - Familjen



Låt inte någon lura dig...



Bra psykiatri tar TID!

21

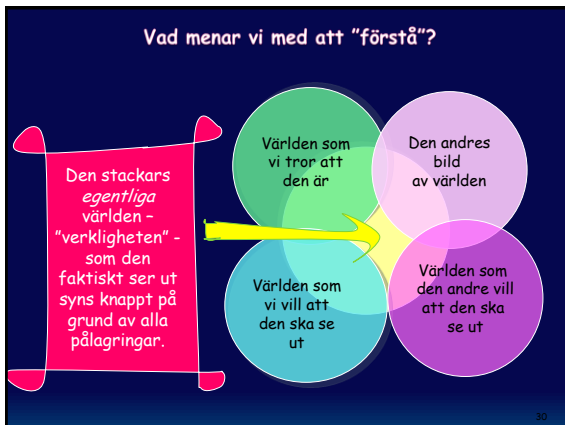
Och...



Läs journalen!

22







Att fråga "varför" fungerar sällan.
Pröva i stället:

Hur tänker du nu?
Hur tänkte du då?

32

Hur klarar personen att världen inte är som
han skulle önska?

Diskrepansen
mellan rosa
och lila är
provocerande

Världen som
vi tror att
den är

Den andres
bild
av världen

Världen som
vi vill att
den ska se
ut

Världen som
den andre vill
att den ska
se ut

33

Onyttig stress

En känsla av att ha bristande
kontroll över en situation

Personlighet och stress

I situationer där individen känner sig särskilt utsatt

- t ex i sjukvården -

förstärks ofta aggressivt, utagerande och besynnerligt beteende.

35

Ett test på en människas personlighet

Hur reagerar hon när hon
inte får som hon vill?

36

Hur blir vi av för mycket stress?

- Tunnelseende
- Försvarsinställda
- Rigida
- Irritabla
- Lättkränkta
- Aggressiva
- Intoleranta
- Trötta
- Cyniska
- Uppgivna
- Sömnproblem
- Ökad ljudkänslighet
- Minnesproblem
- Koncentrationssvårigheter
- Nedstämdhet
- Ångest
- Kroppsliga besvär
 - Värk
 - Tryck över bröstet
 - Orolig mage/tarm
 - Yrsel

37

**"Grön och röd zon";
"neuronal kidnapning"**

Neocortex, "grön zon":
Intellekt, empati, humor,
vädja, be, resonera...

Limbiska systemet, "röd
zon": Känslor, drifter,
självkänsla, religion,
värderingar...

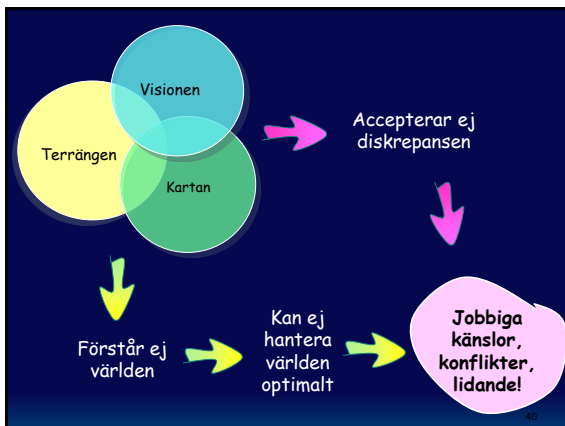
Reptilhjärnan:
Flykt, anfall,
spela död...

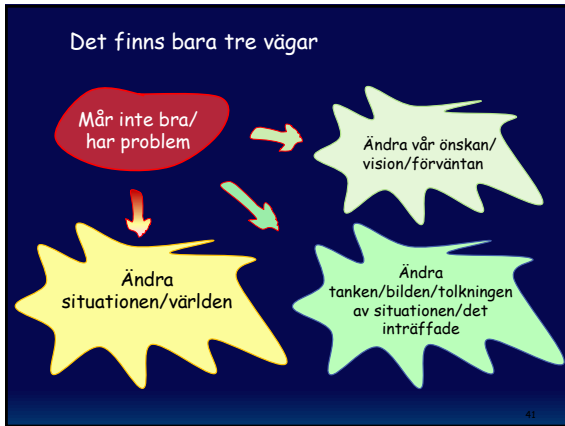
Tack till Lennart Lindén, UGIL konsult, för pedagogiken! 38

"Röd och grön zon"

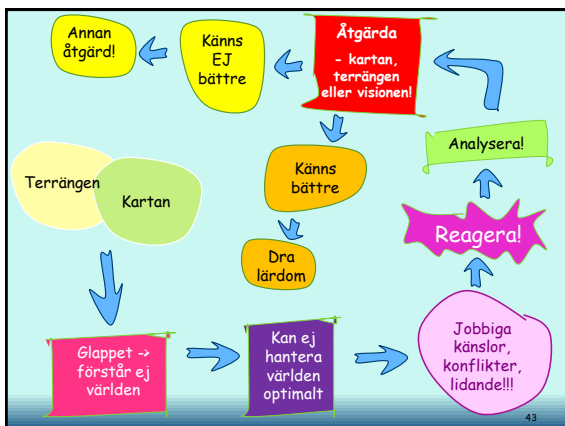
<p>Låg stress</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nya hjärnan handlägger ▪ Känslorna står till vår tjänst ▪ Fäkta eller fly efter rationellt övervägande 	<p>Måttlig stress</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Vuxen chimpansnivå" ▪ Avtagande intellekt, tankeförmåga, humor, distans, sinne för proportioner ▪ Tunnelseende 	<p>Hög stress</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reptilhjärnan tar över ▪ Dom och vi; utdefiniering och indefiniering ▪ Tankarnas kontroll över känslorna nu helt borta
---	--	---

Tack till Lennart Lindén, UGIL konsult, för pedagogiken! 39









Acceptance and comittment therapy, ACT, i ett nötskal

De flesta komplexa mänskliga problem är olösbara.

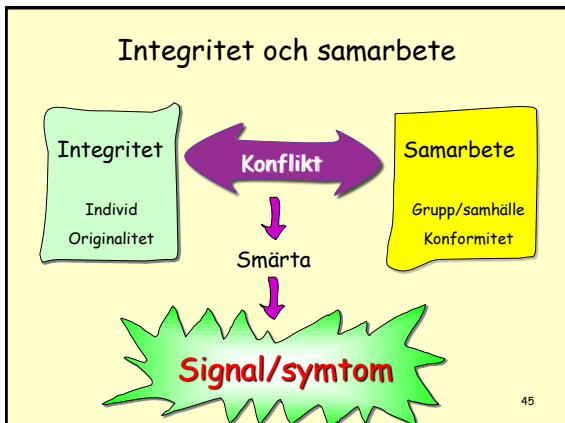
Saker händer hela tiden.

Hur jag FÖRHÅLLER MIG till det som händer mig i livet är den avgörande faktorn för vilket liv jag får.

Förväntan på ett smärtfritt liv skapar problem och ytterligare lidande.

Vad VILL JAG GÖRA MED MITT LIV, trots mitt lidande och mina problem?

44



Stora eller många små kränkningar av integriteten leder till

- Brist på självaktning och självrespekt
- Låg självkänsla
- Nedsatt vitalitet
- Aggressivitet
- Självdestruktivt beteende

46

Händelsekedja idag	Händelsekedja nästa gång
<p>○ Extrajobbiga saker idag:</p>	○
<p>○ Vad hände nu:</p>	○
<p>○ Då tänkte jag:</p>	○
<p>○ Då kände jag:</p>	○
<p>○ Då gjorde jag:</p>	○
<p>○ Resultatet just då blev:</p>	○

○	Efteråt kändes det så här:	○
○	Så här tror jag att det kändes för kompiserna / fröken /...:	○
○	Om det här händer ofta är det risk att:	○
	Om jag ändrar mitt beteende vinner jag det här:	○
<p>Nästa gång är det allra viktigaste det här :</p>		



Vi har minst tre uppgifter

- Bedöma
- Råda
- Hjälpa



63

Vad är syftet med bedömningen?

1. Avgöra om patienten behöver vård, och i så fall hur snabbt och på vilken nivå. Fordrar *alltid* suicidriskbedömning.
 - Psykiatrisk akutmottagning
 - Psykiatrisk öppenvårdsmottagning
 - Husläkarmottagning
 - Psykolog "på stan" (växa som vuxen, förstå sig själv)
2. Behövs ambulanstransport, polishämtning eller vårdintygsbedömning?
3. Hjälpa av socialtjänsten?
4. Ge tröst och stöd för stunden.
5. Ge råd om självhjälp om så är lämpligt
 - Lästips?
 - "Internetterapi"?
 - Patient- och anhörigförening
6. Motivera patienten till den insats som bedöms lämplig. 65

Vad vill vi veta?

1. Vem är patienten?
2. Har hon kontakt med vården nu, någon att vända sig till?
3. Har hon fått någon diagnos? Tidigare sjukhistoria?
4. Hur mår hon just nu?
5. Vad är det som gör att hon kommer just nu? Har något hänt?
6. Vad är det värsta som skulle kunna hända nu? Vilken är hennes största rädsla/farhåga?

Vad vill vi veta?

7. Vad har hon **själv försökt göra** för att må bättre?
8. **Vad vill hon själv ha nu** - förståelse och tröst, någon att samtala med, goda råd, hembesök, kontakt med akutmottagning eller öppenvård, inläggning?
9. **Vilket stöd har hon runt omkring sig?** Anhöriga, vänner, nätverk?
10. **Finns det en suicidrisk?** Hur stor?
11. **Anhöriga/närståendes uppfattning** om situationen.
12. **Är patienten positiv till tidigare vård och det du föreslår?**

Det viktigaste

1. Samtalet är ibland patientens **första kontakt** med psykiatri och formar hennes bild av denna.
2. Samtalet är en del av **behandlingen**.
3. "Play it safe!"
 - Vi ska inte gissa vad patienten troligast lider av utan se till att patienten får rätt omhändertagande utan risk.
 - **Låt inte uttalade eller outtalade förväntningar påverka dig** (många samtal, snabba samtal, "effektivitet", undvika inläggningar).
 - **Glöm aldrig att värdera suicidrisken** (även om patienten inget säger).
4. **Får du inte hyggligt god kontakt med patienten faller hela bedömningen**
 - En patient som inte upplever att du bryr dig - på riktigt - kommer inte att få ut eller göra något av samtalet.
 - Iskna och otrevliga patienter har högre självmordsrisk.

Det viktigaste

5. Vid osäkerhet - **fråga om det finns någon mer du kan få prata med.**
6. **Involvra patienten!**
 - Summera det som framkommit och förmedla din bedömning till patienten.
 - Fråga om du förstått rätt.
 - **Fråga vad patienten själv tycker vore det bästa att göra nu och vilken hjälp han skulle vilja ha.**
7. **Föreslå**, utifrån utfallet av punkt 6, vad du tycker vore den bästa hanteringen och **fråga** patienten vad hon tycker om detta förslag.
8. Om patienten inte är nöjd, **fråga ånyo** vad patienten föreslår och försök hitta den bästa möjliga **kompromiss** som patienten samtycker till.
9. **Gör en överenskommelse med patienten.**
10. **Tacka för besöket och hälsa välkommen åter** (om patienten går hem).

Några svårigheter och risker

1. Psykiatri och psykiatrisk bedömning är svårt och vanskligt även vid optimala omständigheter.
2. Kontakten med patienten - och vår förmåga att värdera den rätt - är A & O vid all psykiatrisk bedömning och behandling.
3. Talar patienten sanning? Vi behöver alla ledtrådar vi kan få!
4. Vi får ofta inget "facit" som vi kan lära oss av.
5. Krävande att göra många bedömningar av människors psykiska hälsa och skapa kontakt med många människor var dag.
6. Risk att vi blir emotionellt avtrubbade och "utbrända" i längden, om vi inte hittar ett sätt att själva få näring av samtalen.

Hur blir man av att ha en depression?

- Irritabel, arg, sur, lättstött och allmänt överkänslig...
- ...eller likgiltig, uppgiven och självförsunken.
- Självupptagen, krävande och anklagande.
- Okoncentrerad.
- Trött och oföretagsam.
- Skäms och tycker att det vore bäst för alla att man inte fanns eller försvann.

73

Fler svårigheter och risker

Patienter med depression

- Uppgivna
- Trötta
- Fåordiga
- Ger nedsatt kontakt
- Tror inte att någon bryr sig
- Svårt ta emot hjälp

Patienter med ångest

- Kan prata på
- Svårt att höra hur mycket de lider
- Ofta missförstådda



Ytterligare svårigheter och risker

Patienter med depression eller ångest

- **Koncentrationsproblem**
- **Skäms** och känner sig som en belastning
- Kan vara taggiga, griniga, **aggressiva och otrevliga**
- Har vanligen **negativa vårderfarenheter** i bagaget
- Kan bli **suicidala** som följd av sitt tillstånd, **och vid negativa vårdupplevelser!**
- Vi kan inte "objektivt" registrera hur en annan människa mår utan att samtidigt påverka detta mående på något vis. **Vår bedömningsprocess är en del av behandlingen** (liksom bemötandet).

"Manlig depression"

- Sänkt stresstolerans
- Utagerande
- Aggressivitet med
bristande
impulskontroll
- Antisocialt beteende
- Missbruksbenägenhet
- Depressivt
tankeinnehåll
- Oftare suicid
- Sämre insikt om sitt
hjälpbehov
- Mer sällan kontakt
med sjukvården
- Sämre compliance
beträffande olika
behandlingsstrategier

76

If Women controlled medicine



77

Situationen i ett nötskal

Patientens utgångsläge

- Plågad
- Olycklig
- Sårbar
- Utlämnad
- Rädd
- Belastning
- "Fel"
- Skam
- Skuld

Vår uppgift

- Hjälpa patienten känna att han är okay ändå
- Minska skuld- och skamkänslorna
- Minska lidandet

Inse att det INTE handlar om:

Rätt eller fel
Gott eller ont
Moral eller skuld
Svaghet eller styrka
Vilken sorts människa man är

Det handlar om en sjukdom!

Att vara anhörig eller hjälpare

Man känner sig

- Avvisad
- Ratad
- Anklagad
- Otillräcklig
- Skyldig
- Rädd
- Dum
- Osäker
- Förtvivlad
- Hjälplos
- Trött



Inget av allt detta är ditt fel eller har med dig att göra över huvud taget!

När behöver patienten läggas in?

1. Svårt lidande, **omänsklig situation** att befinna sig i.
2. **Hög självmordsrisk** (hur hög?).
3. **Svårbedömd självmordsrisk?**
4. Risk för våld mot annan, dvs **"farlighet"**.
5. **Funktionssvikt, klarar sig inte i boendet.**
 - Får ställas i relation till det stöd patienten har från familj, anhöriga, psykiatri, hemtjänsten och socialtjänsten.
 - Får inte i sig mat.
 - Sover knappt på nätterna.
 - Klarar inte att sköta sin hygien.
 - Klarar inte skötseln av hemmet, betala räkningar etc.
 - Kommer inte ut från bostaden.
 - Super ner sig.

81

När behöver patienten läggas in?

6. Beter sig socialt olämpligt, terroriserar grannar, **riskerar vräkning**.
7. **Utmattade anhöriga.**
8. **Svåra konflikter** med anhöriga.
9. Uppenbart **behov av vård som inte kan ges i hemmet** (ECT, medicinering som patienten vägrar ta etc).
10. Depression
 - Med **depressiva vanföreställningar** eller andra psykotiska inslag.
 - Postpartum.
 - Blandepisod (mixed state).
 - Hopplöshetskänslor.
 - Suicidrisk.
11. Vissa **allvarliga tillstånd** - mani, postpartumpsykos, allvarlig psykos.

82

När behöver patienten läggas in?

Man behöver alltså vid telefonkonsultationen klarlägga såväl **symtom och lidande** som patientens **funktionsnivå** och **tillgång till stöd och hjälp**.

- "Hur går det för dig hemma nu när du har det så svårt?"
- "Finns det någon som bryr sig om dig när du mår så här?"
- "Har du någon som hjälper dig?"
- "Är det någon som ringer dig ibland?"
- "Någon du kan ringa?"
- "Bli dina räkningar betalda?"
- "Sover du på nätterna?"
- "Får du i dig mat på dagarna?"

83

Hur bråttom är det?

Akut inläggning vid

- **Självordsrisk.**
- Depressiva vanföreställningar eller andra allvarliga psykotiska inslag som gör att **patienten inte tänker och handlar rationellt.**
- **Intoxikation**, medicinpåverkad, sluddrar.
- **Risk för skada på andra.**
- **Katastrofal social situation**, är i färd med att förstöra sitt liv.
- **Outhärdlig situation, svår hopplöshet**, nattsvart (självordsrisken är sannolikt hög även om patienten förnekar det).

84

Patienten som "suicidhotar"...

... är kanske suicidal!

- Att patienten har misslyckats med ett antal suicidförsök tidigare är inte anledning att ta *dagens* suicidtankar på mindre allvar.
- Det är ju tänkbart att patienten kommit fram till att självmordshot är enda gångbara valutan i vissa vårdkontakter...
- ... **men du är inte Gud och kan inte läsa andras tankar!**
- Om patienten säger sig ha suicidavsikter så utgå från att det stämmer, om du inte *på mycket goda grunder* är övertygad om att patienten inte är suicidnära.
- **Handlägg därför patienten efter den "högsta" suicidrisken som synes kunna föreligga.** I dessa situationer får patienten "stå sitt kast".

85

"Hon är bara ensam"

Att vara ensam är inte så "bara". Snarare är ensam det jävligaste en människa kan vara.



Ta ensamheten på allvar och försök *hjälpa* patienten med den.

86

"Hon är bara ensam"

- Att vara ensam är inte så "bara"!
 - Snarare är ensam det jävligaste en människa kan vara.
 - En deprimerad människa känner sig ensam t o m när hon inte är det. Det ligger i sjukdomens natur.
 - Att få höra att man "bara är ensam" när man är deprimerad är extremt invaliderande.
 - Man kan inte säga att patienten å ena sidan har sin depression och å andra sidan sin ensamhet. De upplevs som samma sak.
 - Ensamhet försämrar tillståndet och prognosen.
 - Ensamhet ökar faktiskt behovet av professionellt omhändertagande.
 - Ensamhet dödar.
- Ta ensamheten på allvar och försök *hjälpa* patienten med den.

87

In akut? Några frågor:

1. "Vilken hjälp behöver du **just nu?**"
2. "Skulle du behöva **träffa en läkare** och eventuellt **läggas in på sjukhus** just nu?"
3. "Vilken hjälp behöver du **på litet sikt?**"
4. "Om du väljer att försöka klara dig hemma ikväll, **vad är det värsta som skulle kunna hända** om det inte går bra?"
5. "Har du **människor hemma** som du kan få hjälp av om det blir jobbigt för dig?"

88

In akut? Några frågor:

6. "Nu vill jag ställa min kanske allra viktigaste fråga, och det är jätteviktigt att du verkligen svarar mig precis som du känner det: **Tror du själv att det finns någon risk för att du försöker ta ditt liv om du åker hem just nu?**"
7. "Nu har vi gjort en liten handlingsplan tillsammans, du och jag. **Känns den helt okay med dig?**"
8. "Jag skulle vilja att du lovar mig att ringa eller åka in akut om det blir sämre eller du får mer påträngande självmordstankar. **Kan du lova det?**"

89

Psykiatri eller primärvård?

Hur **brukar** det vara, hur brukar patienten må?

- Om patienten i **vanliga fall** brukar må bra och vara nöjd med livet och sig själv kan hon i normalfallet omhändertas i primärvården. Förutsatt att det inte föreligger suicidrisk eller annan inläggningsindikation.
"Skulle du vara nöjd om du kunde må som du brukar må igen?"
- En patient som säger att det har aldrig varit bra, hon vet inte vem hon är, hela livet har varit ett h-e, hon måste få psykoterapi etc behöver förmodligen psykiatrisk specialhjälp.
"Har du alltid haft det så här svårt?"

90

Den självmordsnära patienten

- om att bedöma och hjälpa patienten

Varje psykiatrisk patient...

...skall betraktas som en potentiell självmordsrisk innan undersökning och bedömning skett!

92

En patient med självmordsrisk...

...skall betraktas som ett akutfall av samma dignitet som kirurgins akuta buk och medicinens hjärtpatient, och är alltså i behov av akut omhändertagande!

93

En "suicidriskbedömning" är aldrig bara en bedömning!

Varje samtal inverkar ofrånkomligen på patientens grad av suicidalitet. Frågan är inte OM du ska påverka denna risk, utan **I VILKEN RIKTNING!**

100

En patient med självmordstankar behöver krisintervention

Själv mord är patientens lösning på ett "olösligt" problem.

Hjälp honom finna en bättre lösning (eller att acceptera att problemet inte är ett "problem" utan ett villkor han måste lära sig leva med).

101



1. Kunskap

2. Professionell behandling

3. Egenvård (= ett klokt liv)

Lära om Aktivering Motion Kost

Slappna av Gemenskap Kärlek

Mening Humor Alkohol Jobbet

4. Effektivt tänkande

112

Psykoterapi

"Supportive"

- Handlar om att hjälpa patienten att hantera en påfrestning, med hjälp av de egenskaper och personlighetsdrag och resurser som hon/han redan besitter
- Försöker inte förändra patienten

"Reconstructive"

- Historien och klagan är ok och kan vara en bra start, men det räcker inte
- Måste **ändra** något hos sig själv om det ska ha mer varaktig effekt
- Man kan inte ändra känslan direkt
- Istället kan man ändra beteendet, och ofta tankarna

113

Professionell stödterapi

- Väsentligaste metoden i den akuta fasen.
- **Empati och stöd.**
- **Härbärgera** patientens plågsamma känslor.
- **Information** och utbildning om tillståndet.
- **Inge hopp** (men undvik överdriven hurtighet).
- **Motivera** till att ta emot behandling.
- **Hjälp med problemlösning** och hanterande av praktiska problem.
- **Hjälp patienten ta avstånd** från depressiva skuld-känslor och vanföreställningar.

115

Undanröj - om möjligt - eventuella utlösande och bidragande faktorer

- ❖ Konflikter
- ❖ Psykosociala problem
- ❖ Missbruk
- ❖ Somatisk sjukdom
- ❖ Läkemedel



117

Varför blir jag inte bra?



- Slarvar med medicinen? *Illa!*
- Dåligt fungerande kontakt med vården? *Rätta till eller byt!*
- Dricker? *Sluta!*
- Svåra levnadsvillkor, ohållbart leverne? *Åtgärda, sök stöd!*
- Ständiga konflikter? Knepig läggning? *Psyko-terapi?*
- Annan diagnos, t ex bipolär sjd eller ADHD? *Ta upp till diskussion med läkaren.*
- Fler diagnoser samtidigt? *Ta upp till diskussion med läkaren.*
- Svårbehandlad depression? *Poängtera att du inte är fullt återställd ännu!*

122

Det allra viktigaste du kan göra själv är att **ta emot och fullfölja** föreslagen, vetenskapligt dokumenterad, behandling

- Psykoterapi
- Antidepressiva läkemedel
- Elbehandling

123

Psykoterapi vid depression

- > Oavsett terapityp uppnås framgång först om patienterna återupptar aktiviteter som var normala eller lustfyllda före depressionen.
- > Mest stöd för effekt finns för beteendeterapi, kognitiv terapi eller en kombination av dessa.

SBU

124

Depressionens onda cirkel



125

Vad fungerar verkligen?

1. Lära sig att kritiskt granska och ifrågasätta de depressiva tankarna.
2. Planera in trevliga aktiviteter som skingrar tankarna.

126

Vad du kan göra själv - handling

- ❖ Planera ditt dagliga schema. Gärna lista med dagliga aktiviteter.
- ❖ Ta itu med svårare uppgifter genom att skriva ned de olika delmomenten och genomför sedan **ett steg i taget**.
- ❖ **Skriv ned** vad du faktiskt gjort och klarat av.

127

Ett gott liv, minikursen: vad får mig att må bra?

Bra saker	Dåliga saker	Bra människor	Dåliga människor

SIDAN ÖFÖRD AV JILL ROBINSON

"Stresströskeln"

- Stor skillnad mellan olika personers förmåga att hantera stress på ett konstruktivt vis.
- Vi har alla vår **personliga stresströskel**.
- Under den fungerar vi ändamålsenligt.
- **Överskrids den börjar vi klicka**; hjärnan står allt mindre under vår viljemässiga kontroll.
- **När stresströskeln överskrids ökar de kognitiva förvrängningarna kraftigt**, och kroppen slår om till de automatiska försvarssystemen - "fight or flight" eller "play dead".
- Dessa försvarssystem är dock inte alltid så funktionella i vårt nuvarande samhälle.

"Stresströskeln" varierar med omständigheterna

Sårbarhetsfaktorer sänker stresströskeln!

- Hunger
- Ilska (anger)
- Ensam (lonely)
- Trött (tired)
- Sömnbrist
- Smärta och värk
- Droger
- Förluster
- Förändrad livssituation
- Konflikter

} "HALT"

Vilka är dina svaga punkter?

För att i görligaste mån behålla kontrollen över dina tankar, känslor och handlingar är det viktigt att du minimerar dina sårbarhetsfaktorer.

Mina "sårbarhetsfaktorer" - saker jag mår sämre av eller riskerar bli sjuk av igen

- **Identifiera** allt Du kommer på.
 - Stress
 - Ensamhet
 - Människor
 - Konflikter
 - Situationer
 - Händelser
 - Livsstil
 - Dygnsrytm
 - Arbetsmiljön
 - Alkohol/droger
- **Undvik/åtgärda dem**



Uppmärksamhet på återkomst av tidiga sjukdomstecken, "tidiga varningstecken"

Mina tidigare depressioner har börjat med följande symtom:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Om jag eller mina anhöriga märker något av dessa symtom ska vi vidtaga följande åtgärder:

1. (Kontakta min läkare)
2. (Ta kontakt med...)
3. (.....)

KRISPLAN	
Tidiga varningstecken vid depression	-Drar sig undan sociala sammanhang -Ökat sömnbehov -Ökat godisug -Pessimistisk
Tidiga tecken vid uppvarning	-Idéer om nya projekt -Säger in idéer till omgivningen -Stark köplust -Irritation
Vad ska patienten göra	-Monitorera sitt stämningsslag med hjälp av stämningssdagbok -Använda tekniker att hantera konflikter enligt modell -Upprätthålla rutiner -Ta sina mediciner och äta regelbundet -Ta kontakt med sin vårdgivare -Upprätthålla tider med sjukvården
Vem ska kontaktas	Familjen får ta kontakt med Affektivt centrum vid tidiga tecken eller oro över att x börjar må dåligt.
Vad närstående ska göra	-Stöd att upprätthålla vardagsrutiner. -Planering om medicinering -Ta kontakt med behandlare vid Affektivt centrum i ett tidigt läge
Vad psykiatrin ska göra	-Erbjuda bedömning -Ställningstagande till ev medicinändring -Stödsamtal med fokus att hantera vardagen -Kontinuitet, erbjuda telefonföljning -Problemlösning
Psykiatrins åtgärder i en akutsituation	-Bedömning och ställningstagande till inläggning -Erbjuda uppföljning och utvärdera stämningsslaget

Lathund för dig som mår akut dåligt

1. Aktuell situation.
2. Vad jag behöver för att må bra (sömn, motion, umgänge, struktur osv).
3. Saker jag mår sämre av och därför ska minska på.
4. Kedjeanalys.
5. Andningsövningar.
6. Krisfärdigheter.
7. Medveten närvaro.
8. Rättighetsformulär.
9. Skäl att leva.
10. Livets höjdpunkter.
11. Upptäck och sätt stopp på försämring tidigt.
12. Gör ett veckoschema.



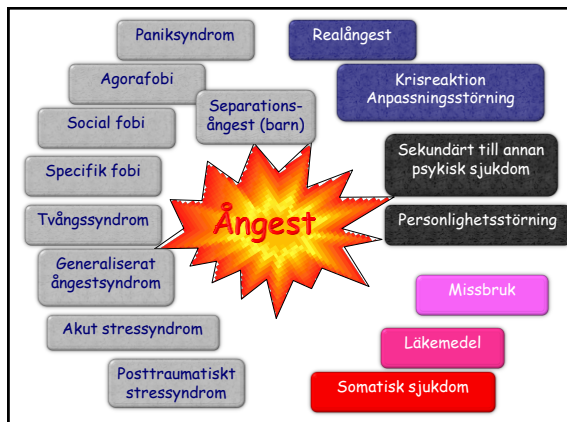
Tack till överläkare Margareta Sidén, NSPI!



Tidigare diagnostik

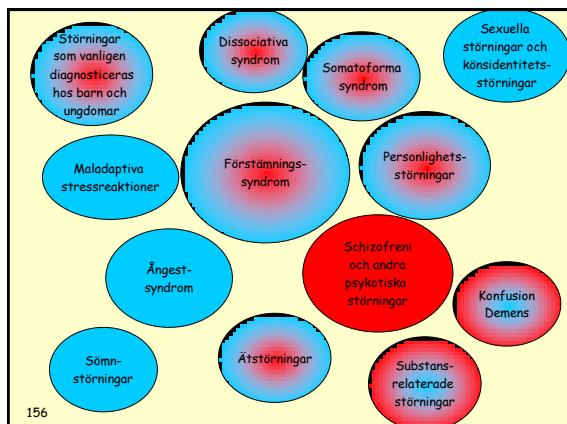
- Ursinne
- Tungsinne
- Svagsinne
- Melankoli
- Mani "sans delirium"
- Mani "avec delirium"
- Demens
- Idioti
- Homosexualitet
- Neuros
- Persona pathologica
- Moralisk brist
- Moraliskt sjuka
- Moraliskt imbecill
- Abnorm personlighet
- Karaktärsabnormitet
- Tidig karaktärsstörning
- Moralisk färgblindhet
- Karaktärsbrist
- Manipulativ personlighet

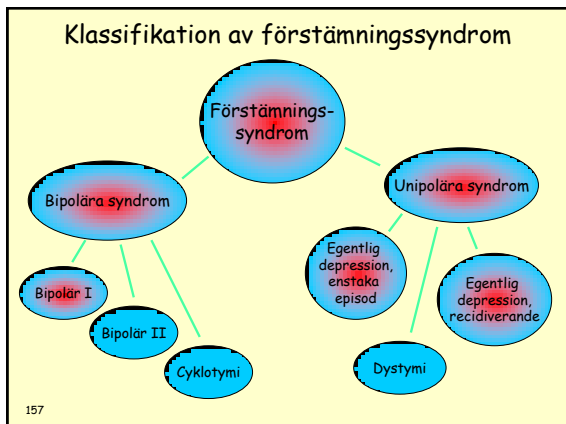
146

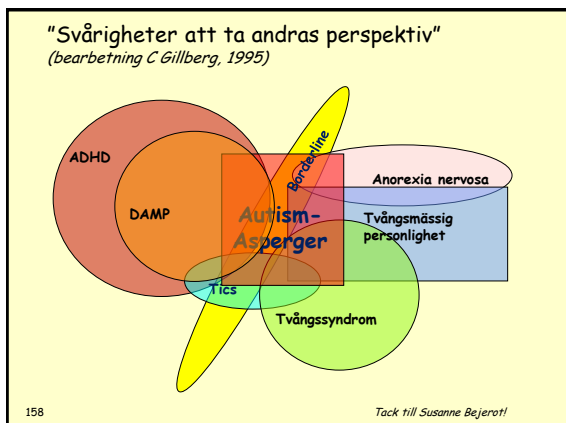


I vilken situation utlöses attackerna?

- Paniksyndrom - **neutrala** situationer.
- Social fobi - fruktade **sociala** situationer.
- Specifik fobi - **specifik** fruktad situation.
- Tvångssyndrom - vid exposition för **situation som tvångssyndromet gäller**. T ex smuts vid renlighetstvång.
- PTSD - stimuli som påminner om **stressorn/traumat**.
- Missbruk - ffa abstinens, ev rus.
- Depression - när den allmänna ångesten är som värst, ofta på **morgonen**.
- (GAD - fluktuerande ångest. Ej attackvis)







En helt vanlig dag på Serafen

Lina, 21 år

- Ängest och nedstämdhet
- Labilt humör
- Svart-vitt sätt att uppfatta tillvaron och andra människor
- Svårt klara relationer
- Skär sig för att lindra ängesten
- Flera självmordsförsök, ofta i samband med hot om separation
- "Vet inte vem jag är"
- Avskyr sig själv

"Varför ska man leva om det blir lättare om man bara dör... skär mig hela tiden, ingen ser. Kuratorn och psykiatrin är bara skit. Det hjälper ju inte. Jag mår ju aldrig bra... det känns om om alla polare också skär sig så de har nog med sig och orkar inte med mig."

Borderline personlighetsstörning

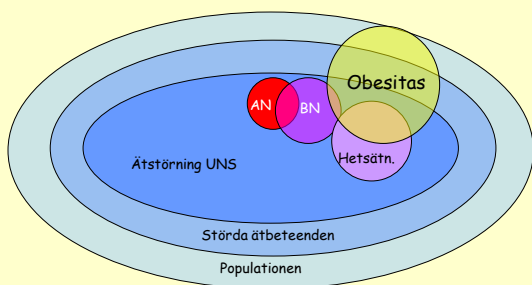
Instabila relationer, impulsivitet
(minst 5 av följande)

- Skräckslagen inför separationer
- Idealiserar och nedvärderar
- Störning i identitet och självbild
- Destruktiv impulsivitet (slösaktig, sexuellt, drogmissbruk, hetsätning)
- Självdestruktivitet (suicidförsök, skärningar)
- Affektiv labilitet
- Kronisk tomhetskänsla
- Aggressivitetsproblem
- Kortvariga gränspsykotiska episoder



162

Toppen på isberget...



166

Frisk eller sjukt?

Beakta

- Duration
- Intensitet
- Hanterbarhet
- Konsekvenser
- Relation till utlösande faktorer
- Grad av förståelighet




167

Påtagligt lidande eller funktionsnedsättning?

Tack till Marie Dahlin!

167



"Nya" sjukdomar?

- Spelberoende
- Utbrändhet
- Trötthetssyndrom
- Utmattningssyndrom
- Fibromyalgi
- Elöverkänslighet
- Amalgamöverkänslighet
- SBS, "sick building syndrome"
- Mobil- och mastskräck

168

Några närliggande begrepp

- Utbrändhet
- Burn-out
- Urladdad
- Utmattningssyndrom
- Maladaptiv stressreaktion
- Utmattningsdepression
- Egentlig depression med utmattningssyndrom
- Reaktiv depression

Använd gärna någon av dessa!



169

Stressutlöst psykisk ohälsa

Typ av stress	Typ av ohälsa
Akut och livshotande	Akut stressyndrom (duration mindre än en månad) Posttraumatiskt stressyndrom (> än en månad)
Långvarig stress, utan återhämtning	Stressreaktion (lindrig) Maladaptiv stressreaktion (måttlig) Utmattningssyndrom (svår) Somatisk sjukdom, t ex hjärtsjukdom
Långvarig stress, med personlig förlust/kränkning	Utmattningsdepression
Akut personlig förlust/kränkning, utan föregående långvarig överbelastning	Anpassningsstörning Maladaptiv stressreaktion "Reaktiv" depression
Överbelastning inom värdande yrke, med oförmåga att ge god vård/hjälp	Utbrändhet , "burnout" Ev. "wornout" (vid mindre prestationsbaserad självkänsla)

170




Vilka frågor kan jag ställa för att

1. ta reda på vad patienten lider av?
2. värdera hur allvarligt det är?

174

Varför diagnos?

1. Samla, systematisera och värdera information.
2. Kommunikation - vi vet vad vi pratar om.
3. Internationell samstämmighet i bedömningen.
4. Vägledning för adekvata vårdinsatser.
5. Kvalitetssäkra behandlingen
6. Prognostisk bedömning.
7. Patienten kan söka stöd och information, hitta andra med liknande besvär samt ta hjälp av intresseföreningar.
8. Krävs ibland för samhällsstöd († ex LSS).
9. Underlättar forskning och utvärdering av olika behandlingsmetoder.
10. Statistik.



Att förstå psykisk sjukdom

DSM diagnostisk och statistisk manual



Axel I:	Kliniska syndrom
Axel II:	Personlighetsstörningar, mental retardation
Axel III:	Kroppslig sjukdom/skada som bidrar till symtombilden
Axel IV:	Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter
Axel V:	Global funktionsförmåga (GAF)

179

Svårighetsgrad och förloppsspecifikationer:

- Lindrig, måttlig eller svår.
- I partiell remission, i fullständig remission eller tidigare diagnos.

Exempel på diagnostisk redovisning:

Axel I: 296.32 Egentlig depression, recidiverande, måttlig
305.40 Missbruk av sedativa, hypnotika eller
anxiolytika

Axel II: 301.83 Borderline personlighetsstörning
Antisociala personlighetsdrag

Axel III: 881.02 Skärsår vänster handled

Axel IV: Utslängd hemifrån av sambo

Axel V: Aktuell GAF = 45

181

Hur ställer man diagnosen egentlig depression?

De vanligaste symtomen vid depression

- nedstämdhet
- minskat intresse eller minskad glädje
- aptit- eller viktpåverkan
- sömnstörning
- agitation eller hämning
- brist på energi
- känslor av värdelöshet
- nedsatt koncentration eller obeslutsamhet
- tankar på död och självmord

Hur mycket besvär?

- minst 5 av 9 symtom varav
- minst ett av symtomen måste antingen vara nedstämdhet eller brist på intresse eller glädje
- symtomen förekommer dagligen, eller så gott som dagligen
- symtomen har förelegat under minst två veckor

Samt: Symtomen försakar ett kliniskt signifikant lidande för patienten eller en nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan eller av något annat viktigt funktionsområde.

182

Ange också

- Svårighetsgrad (lindrig/måttlig/svår)
- Psykotiska drag
- Melankoliska drag
- Årstidsrelation
- Postpartumdebut
- Korta svängningsperioder
- Remission mellan perioderna



Exempel, axel 1:

"Egentlig depression, recidiverande, svår, med stämningskongruenta psykotiska symtom, med melankoli, i partiell remission, utan årstidsvariation"

183

Hur märker man att någon är psykiskt sjuk?



Svar: det märker man ofta inte alls!

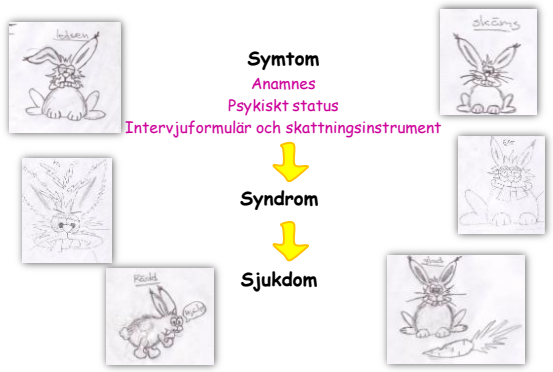


Psykiatrisk undersökning

1. Vad patienten berättar, "anamnes"
2. Vad andra berättar
3. Patientens framtoning och beteende, "psykiskt status"
 - Det vi direkt kan se
 - Sätt att relatera till andra



Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"



Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

1. Symtom

- Anamnes

- Vad patienten berättar
- Vad andra berättar
- Involvera gärna **anhöriga** för kompletterande uppgifter, såsom aktuellt sjukdomsförlopp, eventuella självmordsmeddelanden och tidigare hypomani
- Journalen
- Social situation, stöd, nätverk

- Psykiskt status

- Det vi direkt kan se
- Patientens framtoning och beteende
- Sätt att relatera till andra

- Intervjuformulär och skattningsinstrument

2. Syndrom

- Jämför aktuella symtom och statusfynd med kriterielistor enligt DSM IV/ICD 10
- Vardera lidande och funktionsinskränkning

3. Sjukdom

- Aktuellt syndrom/episod och ev tidigare episoder vägs samman



Anamnes - vad behöver vi veta?

- Sjuklighet i släkten.
- Barndom och uppväxt.
- Vuxenlivet.
- Resurser och adaptiv förmåga.
- Social situation (stöd, familj, nätverk).
- **Nuvarande symtom och förlopp, inkl suicidalitet och aggressivitet.**
- **Varför söker patienten just nu?**
- **Lidande och funktionspåverkan.**
- Tidigare sjukdomsskov och behandling.
- Tidigare suicidalitet.
- Tidigare aggressivitet.



- Kroppslig sjukdom.
- Eventuellt missbruk.
- Aktuell och tidigare medicinering.
- Samspelet mellan patient och intervjuare.

188

1. Hur ser patienten ut?

- Hur är han klädd?
- Missbruksstecken?
- Skårår på handlederna?
- Avmagrad?

2. Fullt vaken?

Vad kan vi iakttaga?

3. Fullt orienterad?

- Minne?
- Begäring?

4. Intellektuella funktioner

- Formell?
- Emotionell?

5. Ger han fullgod kontakt?

- Neutral?
- Sänkt, irritabel, dysforisk?
- Förhöjd, euforisk, irritabel, expansiv, grandios?

6. Affekter

- Labila, avtrubbade, inadekvata?
- Orörlig, ångestfylld?
- Hottfull, aggressiv?

7. Motorik och mimik

- Motorisk oro, rastlös?
- Hamnad motorik och mimik?



9. Tal

- Färdigt, enstavigt, stackato, svarsläta, idefattigt?
- Flödande, talträngd, hög röst, svår att avbryta?

10. Hur tänker patienten?

- Koncentrationssvårigheter?
- Innehållsfattigt?
- Lösa associationer, tankeflykt, splittrad?
- Tankestopp?
- Tankesträngsel?
- Förbisvar?

11. Vad tänker patienten?

- Depressiv tankeinhäld?
- Grandios tankeinhäld?
- Övervärdiga idéer?
- Vanföreställningar?
- Tvångstankar?

12. Perceptionsstörningar?

- Illusioner?
- Hallucinationer?

13. Självmordsbenägenhet?

- Livsleda, hopplöshet, dödsönskan, självmordstankar, självmordsplaner, självmordsförsök?

14. Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

191

Diagnosystem; DSM-IV och ICD-10

- Bygger på operationella definitioner.
- De operationella definitionerna baserar sig dock på **förekomst eller frånvaro** av specifika psykiska symptom.
- Vårdgivaren är den som har att gå igenom alla symtomen
 - för att finna och bekräfta patientens misstänkta diagnoser.
 - för att säkert utesluta alla andra tänkbara diagnoser.



193

Några vanliga skattningsinstrument

Depression

- MADRS + MADRS-S
- PHQ-9
- BDI

Ångest

- Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD
- CPRS-S-A
- Social Phobia Anxiety Scale
- BOCS

Mani

- MDQ
- HCL-32

Missbruk/beroende

- AUDIT/DUDIT

ADHD och Asperger

- ASRS-VI.I
- Conners formulär
- Formulär A

Psykos

- BPRS
- PANSS
- GAF symtom
- GAF funktion

Demens, kognitiv svikt

- MMT

Suicidrisk

- MINI suicidriskbed
- SSI
- SIS

196

Förslag till skattningsinstrument för allmänläkare

- MADRS + MADRS-S
- PHQ-9
- HAD eller CPRS-S-A
- Social Phobia Anxiety Scale
- BOCS
- MDQ eller HCL-32
- AUDIT/DUDIT
- GAF symtom
- GAF funktion
- Conners formulär eller ASRS-VI.I
- Formulär A
- MMT
- MINI suicidriskbed (s. 8)

197

Varför psykiatrisk skattning?

- Screening, diagnostik, mäta symtomdjup.
- Bättre stringens vid diagnossättning.
- Möjlighet att utvärdera vald behandling.
- Större möjlighet till framgångsrik behandling.
- Tydlig uppföljning för patienten.
- Pedagogiskt verktyg för patienten att förstå sin sjukdom.
- Möjlighet att kvalitetssäkra behandlingen.
- Kan spara tid.

Syften med psykiatriska skattningsskalor

- Screening
 - Upptäcka misstänkta fall av ett visst tillstånd. T ex PHQ-9, MDQ.
- Diagnostik
 - Skala eller intervjumetod för att fastställa om en viss diagnos föreligger eller ej. T ex SCID, MINI.
- Mätning av symtomdjup
 - Symtomet föreligger eller ej?
 - Mätning av symtomens/tillståndets djup. Hur deprimerad?

Se Behandling av depressionssjukdomar (SBU 2004) sid 48-55, för utmärkt översikt.

Tack till Mats Adler, Affektiva mottagningen KUS/Huddinge!

199

Psykiatrisk skattning - åsikterna går isär

Mot:

- Tidskrävande
- Stör kontakten
- Känns onaturligt

För:

- Sparar tid, rätt använd
- Ger värdefull information
- Patienten är vanligen positiv, uppfattar skattning som ett uttryck för omsorg och intresse
- Hjälper patienten med struktur, överblick och ger ett språk
- Ger möjlighet till kommunikation och feedback
- Visat att kan ha en positiv terapeutisk effekt

200

Regionala vårdprogram

- Vård av suicidnära patienter
- Ångestsjukdomar
- Patienter med psykos, speciellt schizofreni
- Depressionssjukdomar inkl. mani-depressiv sjukdom
- Alkoholproblem
- Läkemedelsberoende



Psykiatrisk screening

I de regionala vårdprogrammen för SLL finns rekommenderat ett antal screeningfrågor för några vanliga tillstånd.

Exempel, depression:

- Har Du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?
- Har Du under de senaste två veckorna tappat intresset för Dina dagliga sysslor?

203

Screeningfrågor för depression och ångestsjukdomar

- Har Du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?
- Har Du under de senaste två veckorna tappat intresset för Dina dagliga sysslor?
- Att göra bort sig eller verka dum, hör det till Dina värsta rädslor?
- Undviker Du aktiviteter eller andra sammanhang om Du riskerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?
- Är Din rädsla att göra bort Dig så stor att Du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?
- Tvättar Du Dig mycket fastän Du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?
- Kontrollerar Du upprepat spisen eller att Du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?
- Måste Du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?
- Oroar Du Dig onödigt mycket för bagateller?
- Är Du ständigt orolig?
- Är Du kroppsligt spänd nästan varje dag?
- Har Du upplevt avgränsade perioder, från sekunder till minuter, av överväldigande panik eller rädsla och som åtföljdes av hjärklappning, andnöd eller yrsel?
- Finns det någon speciell plats, sak eller situation som ger Dig ångest, och som Du därför helst undviker?
- Har Du varit med om någon svår och obehaglig händelse, som fortfarande stör Dig eller påverkar Ditt liv?

Några vanliga instrument för diagnostik och bedömning av depressionsdjup

MADRS / MADRS-S	Närmast DSM-IV's kriterier
PHQ-9	DSM-IV-symtomen rakt av
BDI	Övervikt för frågor om självbild
Hamilton (HAMD / HDRS)	Många fysiologiska symtom
HAD	Fokuserar på ett symtom; glädje- och intresseförlust
M.I.N.I	Strukturerad diagnostisk bedömning
HCL-32R och MDQ	Utesluta bipolaritet
AUDIT/DUDIT	Upptäcka eventuellt missbruk
ASRS	Upptäcka ev ADHD

209

PHQ-9

- Har också visats fungera väl för att screena för depression efter stroke, samt i en geriatrisk population
- 9 frågor: DSM-IV-symtomen för depression
- 4 svarsalternativ, 0-3 poäng per fråga
- Samt en fråga om hur stora svårigheter besvären förorsakat (funktionsförlust)
- Avsikten är att kunna använda formuläret **både** för diagnostisk screening och för mätning av symtomdjup
- Känsligheten för att mäta förändring över tid har ännu inte fastställts (viktigt för att ett instrument ska fungera vid behandlingsuppföljning)

211

PHQ-9 - urval av frågor

1. Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
	0	1	2	3
a. lite intresse eller glädje i att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. känt dig nedstämd, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. problem att somna eller att du vaknat i förtid, eller sovit för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. känt dig trött eller energilös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> osv...

2. Om du kryssat för att du haft något av dessa problem, hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om sysslor hemma, eller i kontakten med andra människor?

Inga svårigheter	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPRESSIONSENKÄT (PHQ-9)

Detta frågeformulär är viktigt för att kunna ge dig bästa möjliga hälsovård. Dina svar kommer att underlätta förståelsen för problem som du kan ha.

Namn:

Personnummer: Datum:

1. Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem.

	Inga symtom 0	Få symtom 1	Mer än hälften av dagarna 2	Minst varje dag 3
a) Lite intresse eller glädje i att göra saker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) känt dig nedstämt, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) problem att somna eller att du vaknat i förtid, eller sovit för mycket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) känt dig trött eller energilös.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) dålig aptit eller att du ätit för mycket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) dålig självkänsla - eller att du känt dig misslyckad eller att du sviktat dig själv eller din familj.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) svårigheter att koncentrera dig. Till exempel när du läst tidningen eller sett på TV.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) att du röjt dig eller talar så långsamt att andra nödvändigt sätt måste hjälpa dig, att du varit så nervös eller rastlös att du röjt dig mer än vanligt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) tänker att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Om du kryssat för att du haft något av dessa problem, hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om sysslor hemma, eller i kontakten med andra människor?

Inga svårigheter	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instruktioner - hur man tolkar PHQ-9

Egentlig depression antyds föreligga:

1. om 5 eller fler av de 9 frågorna besvarats med minst "mer än hälften av dagarna" **och**
2. om minst en av frågorna a. eller b. är positiva, det vill säga besvarade med minst "mer än hälften av dagarna".

Annat depressivt syndrom antyds föreligga:

1. om 2-4 av de 9 frågorna besvarats med minst "mer än hälften av dagarna" **och**
2. om minst en av frågorna a. eller b. är positiva, det vill säga besvarade men minst "mer än hälften av dagarna".

Instruktioner - hur man tolkar PHQ-9

Stor studie med 6000 patienter (Kroenke, Spitzer et al, 2001):

- 10 p eller mer -> 88 % sensitivitet och 88 % specificitet för egentlig depression
- 5-9 p = mild depression
- 10-14 p = "moderate" depression
- 15-19 p = "moderately severe" depression
- 20-27 p = severe depression

Instruktioner - hur man tolkar PHQ-9

Guide för tolkning av score på PHQ-9

- ≤ 4: Tyder på att patienten inte behöver depressionsbehandling.
- 5-14: Läkaren bedömer utifrån klinisk undersökning om behovet av behandling utifrån funktionspåverkan och durationen patientens symtom.
- ≥ 15: Tyder på behov av depressionsbehandling med antidepressiva, psykoterapi eller en kombination av behandlingar.

216

Kan det vara något annat än "egentlig depression"?

- Dystymi
- Bipolär sjukdom
- Sorg
- Krisreaktion/anpassningsstörning
- Ängestsjukdom
- ADHD
- Autismspektrumstörning
- Psykossjukdom
- Personlighetsstörning
- Missbruk
- Kroppslig sjukdom eller läkemedelsreaktion



Maskerad depression

- Pseudosomatisk depression
- Pseudoneurotisk depression
- Pseudodemens hos äldre
- Beteendestörning hos yngre

221

Hustrun till en 39-årig jordbrukare med fyra barn har ringt polisen då hon känner sig hotad. Maken har tidigare varit intagen "för nerverna" på psykiatrisk klinik ett flertal gånger, för samma besvär som nu. Han har den senaste tiden blivit alltmer dystert och grubblande, talat om att "allt är slut" och att varken han, hustrun eller barnen är värda att "vandra på jorden". Han har förbjudit familjen att lämna huset och idag har han börjat barrikadera sig på gården och antytt att "stunden snart är kommen".

222

Depression med melankoli



- Förmågan att känna lust eller glädje har helt försvunnit, anhedoni
- Reagerar inte på vanligtvis positiva stimuli, "oavledbarhet"
- Nedstämdhet av distinkt kvalitet, "kan inte gråta"
- Dygnsrytm, nedstämdheten vanligen värst på morgonen
- Tidigt morgonuppvaknande
- Betydande aptitnedsättning eller viktnedgång
- Stark psykomotorisk hämning eller -agitering
- Överdrivna eller obefogade skuld känslor, ibland depressiva vanföreställningar
- Vanligen nedsatt libido, förstoppning, nedsatt saliv- och tårsekretion, menstruationsstörningar

"Atypisk" depression

Enligt DSM-IV

1. (Reaktiv sinnesstämning bibehållen - inkorrekt kriterium!)
2. Betydande aptitökning, viktökning
3. Sover för mycket
4. Blytyngdskänsla i armar och ben
5. "Rejection sensitivity"

Vanligt är dessutom

- Nedsatt stresstolerans
- Uttrötthet med kognitiv svikt vid för hög belastning

Glöm inte att...

...en del av de "unipolära" depressionerna i själva verket är bipolära och kräver annan behandling än de får idag!

228


Bipolärt syndrom

Detta tillstånd kombinerar depressiva och hypomana/maniska episoder.

Mani är depressionens motsats. Den kliniska bilden präglas av

- eufori / irriterabilitet / expansivitet
- förhöjd energinivå
- ökad självkänsla
- snabbhet i tal och tanke
- ökad kreativitet
- omdömeslöshet
- nedsatt sömnbehov
- ökad libido

Patientens handlingar är ofta omdömeslösa och patienten kan senare bittert få ångra vad han ställt till med.



229

Det bipolära spektrat enligt Akiskal illustreras av denna bild:

Unipolär ↑	40%
BP IV	4%
BP III	6%
BP II½	31%
BP II	11%
BPI	8%

Sammanställning av bipolärt spektrum enligt Akiskal, från klassisk manodepressiv sjukdom inklusive Mixed states (BP I) via BP II (hypomani + depression), BP III/1/2 (cyklotymi + depression) och BP III (mani/hypomani utlöst av antidepressiva) till BP IV (hyperthyrt temperament + depression).

(Frekvens enligt Hantouche 2003, Akiskal och Hantouche 2005)

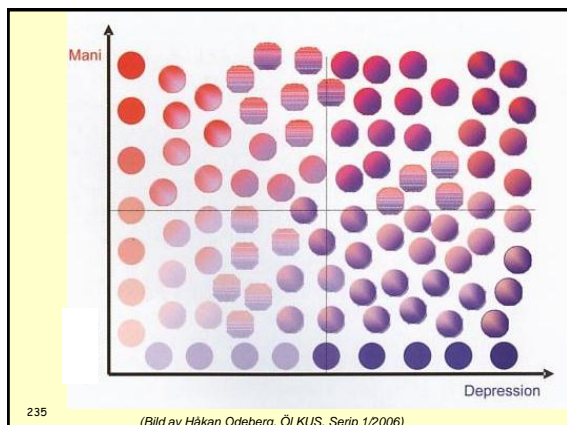
233 (Bild av Håkan Odeberg, ÖI KUS, Serip 1/2006)

Bipolärt spektrum, nyare siffror

- Bipolär I (depr + mani) 8 %
- Bipolär II (depr + hypomani) 11 %
- Bipolär II $\frac{1}{2}$ (depr + cyklotymi) 31 %
- Bipolär III (depr + AD-utlöst mani/hypomani) 6 %
- Bipolär IV (depr + hypertymt temperament) 4 %
- **Unipolär** 40 %

Hantouche 2003, Akiskal och Hantouche 2005

234



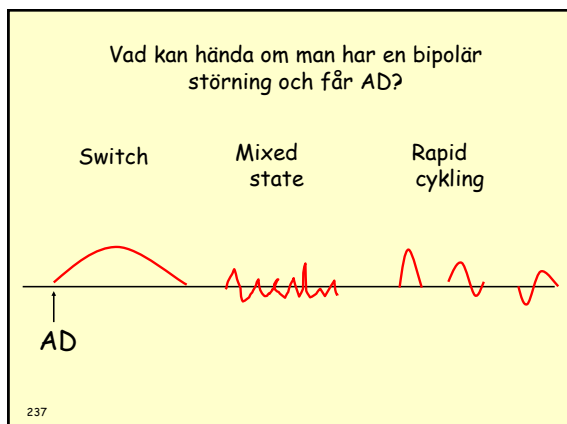
235

(Bild av Håkan Odeberg, ÖI KUS, Serip 1/2006)

Vad kan hända om man har en bipolär störning och får AD?

- Initialt ibland bra svar på medicinen.
- Inom ett par månader gradvis ökande irritabilitet, dysfori, sömnsvårigheter, "ACID". Påminner om depressivt "mixed state".
- Switch, mixed state eller rapid cycling.

236



Några varningsklockor för tänkbar bipolär störning

Symtom

- **Plötsligt** insättande och upphörande
- **Psykotiska** symtom, särskilt bland yngre
- **Konfusion**
- **Omvända vegetativa symtom**
 - ökad sömn
 - ökad aptit/vikt
- **Blytyngskänsla** (motorisk tröghet)
- **Agiterad depression** (= blandepisod?)
- **Blandade symtom** - depressiva och maniska symtom under samma episod
- Svårbehandlad sömnstörning

238 Tack till Mikael Landén, Aff Centrum, NSP

Några varningsklockor för tänkbar bipolär störning

Förlopp

- **Tidig debutålder** (15-25 år vanligt)
- **Allvarliga självmordsförsök i tonåren**
- **Hög frekvens depressionsepisoder** (> 3 allvarliga depressioner)
- **Säsongbundet förlopp** (deprimerad höst/vinter, mani vår/sommar)

239 Tack till Mikael Landén, Aff Centrum, NSP

Några varningsklockor för tänkbar bipolär störning

Behandling

- Dåligt svar eller försämring av antidepressiva
- Ibland mycket snabb initial effekt
- Mår ofta bra i början, sedan förlamande trött
- Kraftig uppvarvning av antidepressiva; överslag till mani
- Kan leda till maniskt överslag, rapid cykling eller blandtillstånd (mixed state)
- Suicidala impulser när behandlingen sätts in
- Euforisk/uppvarvad när antidepressiva sätts ut

240

Tack till Mikael Landén, Aff Centrum, NSP

Några varningsklockor för tänkbar bipolär störning

Övrigt

- Anamnes för hypomani, cyklotymi eller hypertymi
- Familjeanamnes på bipolär störning
- Hög samsjuklighet, f f a ångeststörningar och missbruk
- Anamnes på flera personlighetsstörningsdiagnoser (borderline, antisocial, histrionisk)

241

Tack till Mikael Landén, Aff Centrum, NSP

Postpartumpsykos

- Allvarlig sömnstörning
- Koncentrationssvårigheter
- Förvirring
- Instabilt stämningsläge
- Vanföreställningar
- Psykomotorisk agitation
- Svår ångest

Tack till Christina Spjut!

242

Postpartumpsykos

- Psykiatriens kanske farligaste och dödligaste tillstånd!
 - Suicidtankar och planer.
 - Impulser eller ihållande tankar på att skada eller döda sitt barn.
 - Tankar att barnet är besatt.
 - Många är hemlighetsfulla om sina symtom.
 - Fluktuerande förlopp.

Tack till Christina Spjut!

243

Postpartumpsykos

- Är samma sak som cykloid psykos med debut postpartum.
- I DSM-IV affektiv sjukdom med specifikation "postpartumdebut".
- Vanligen inom 4 veckor efter partus, men kan komma inom ett år.
- Även efter missfall och abort.
- 50 fall/år inom SLL.
- Hereditet vanlig.
- Ofta kapabla, högutbildade som drabbas och som suiciderar.
- Blir återställda (om överlever).
- Blir ibland "vanlig" bipolär sjukdom med tiden.

Tack till Christina Spjut!

244

Omhändertagande och behandling

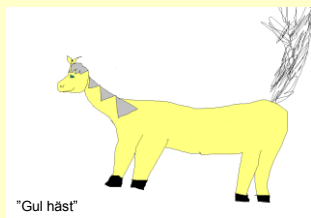
- Inläggning, ofta med LPT.
- Anhöriga kan inte övervaka och ta ansvar för kvinnan.
- Observera sömn, funktionsnivå, symtom och fluktuationer över tid.
- Lägga ned amningen.
- Vila på dagen, sova på natten.
- Aldrig ensam med sitt barn ens korta stunder.
- ECT mest effektiva behandling.
- Lugnande och sömnmedel.
- Eventuellt antipsykotika, t ex olanzapin.
- Litium efter ECT.
- Vid ny graviditet: planera i förväg.

Tack till Christina Spjut!

245

MDQ

Mood Disorder Questionnaire



"Gul häst"

Mani (enligt MDQ)

Har Du någon gång haft en period där Du var olik Dig själv och...

...mådde så bra eller var så **upparvad** att andra **inte uppfattade Dig som normal** eller att Du därför hamnade i problem?

...var så **lättirriterad** att Du skrek till människor i omgivningen eller startade gräl eller bråk?

...kände **starkt ökad självkänsla**?

248

Mani (enligt MDQ)

...**sov mycket mindre än normalt** och tyckte att Du inte saknade det?

...var **mycket pratsammare** och talade fortare **än vanligt**?

...**tankar rusade** genom hjärnan och Du kunde inte stilla Dina tankar?

...var så **lätt distraherad** av saker omkring Dig att Du hade svårt för att koncentrera Dig och hålla tråden?

...hade **mycket mer energi** än vanligt?

249

Mani (enligt MDQ)

- ...var **mycket mer aktiv** och gjorde mer än vanligt?
- ...var **mer social och utåtriktad än vanligt**, t ex ringde till vänner mitt i natten?
- ...var **mycket mer intresserad av sex** än vanligt?
- ...gjorde **saker Du inte brukar göra** och som människor omkring Dig tyckte var överdrivna, tokiga eller farliga?
- ...**spenderade så mycket pengar** att det gav problem för Dig eller Din familj?

250

Samt:

- Förelåg **minst två** av dessa upplevelser under samma period?
- Ledde det till **problem** - som att Du inte kunde arbeta; att Du fick problem i familjen, med ekonomin eller med lagen; hamnade i gräl eller bråk?

251

Bipolärt syndrom, handläggning

I **akutskedet** behöver patienten nästan undantagslöst läggas in på psykiatrisk klinik. En manisk patient på akuten är att betrakta som en akut situation med risk för plötslig aggressivitet och våldshandlingar, **varför patienten ej skall ej vänta på sin "tur"** utan omgående tas om hand.

255

Akut handläggning av mani

- Inläggning, oftast lämpligt med LPT
- Lugn och ro
- Stimulibegränsning, rofylld miljö, fåtal kontaktpersoner som får representera "vikarierande omdöme"
- Mat, dryck och sömn
- Tvångsåtgärder ibland av nöden - isolering på rummet, bältesläggning, tvångsmedicinering
- Förhindra ekonomisk och social katastrof
- Mediciner
 - Litium
 - Antipsykotika
 - Antiepileptika

Att förebygga mani

A. Känn igen dina varningssignaler!

1. Man saknar oftast både sjukdomskänsla och sjukdomsinsikt
2. Skyller allt på andra personer och yttre faktorer
3. Lista tidiga symtom på mani och depression
4. Förebygg suicid-beteende

B. Behåll en god rytm!

Sömn - arbete - stress - engagemang

C. Ta din medicin!

Ha extra sömnmedicin hemma

D. Undvik alkohol och andra bruk/ missbruk.

E. Ring mottagningen vid misstanke om begynnande humörsförskjutning.

F. Lär känna anhöriga, skriv in att dom ska larva vb.

LPT och LVM
se separat avsnitt
