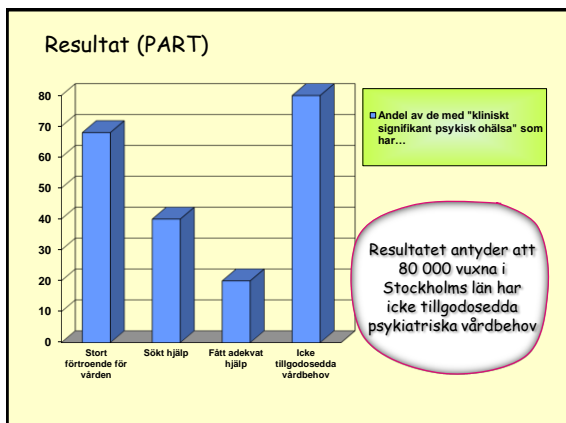


Psykisk ohälsa - orsaker, diagnostik och behandling

Michael Rangne
Överläkare, specialist i psykiatri
Norra Stockholms Psykiatri
September 2015

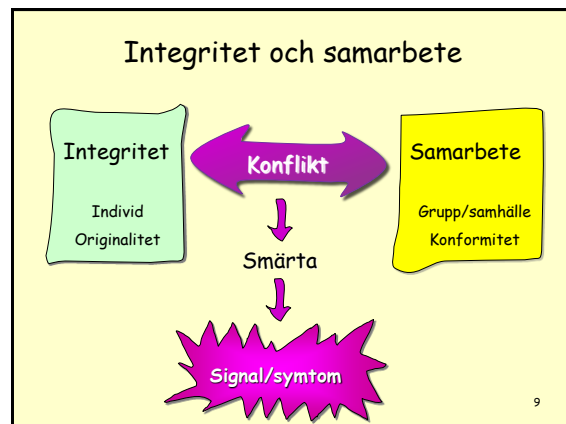
Vilka är ni?
Vad vill ni
uppnå idag?



- ### Konsekvenser av att inte bli återställd
- Trötthet, minnessvårigheter m fl kvarstående symtom
 - Nedsatt stresstolerans
 - Kroppslig sjukdom (hjärt/kärlsjukdom, diabetes)
 - Missbruk
 - Suicid
 - Nedsatt självförtroende
 - Försämrade relationer
 - Sociala sviter
 - Ekonomi
 - Karriär
 - Ensamhet och isolering
 - Långtidssjukskrivning och sjukersättning

Vill inte?

Kan inte?



Hur fri är den "fria viljan"?

- Ett "fritt" handlande förutsätter bland annat att
- Vi förmår **uppfatta och tolka omvärlden** korrekt.
 - Vårt handlande inte styrs av depressiva- eller andra **vanföreställningar**.
 - Vårt handlande inte styrs av **outhärdlig ångest**.
 - Vi kan **förstå konsekvenserna** av våra handlingar.
 - Vi kan **behärska våra impulser**.
 - Vi har **inlevelseförmåga**, så att vi förstår hur vårt handlande upplevs av andra.

Dessa förutsättningar är vanligen mer eller mindre nedsatta vid allvarlig psykisk sjukdom.

10

Drabbad
av
jästsvamp



11

Diagnosförslag?

- Jästsvampinfektion
- Hypokondri
- Somatoformt syndrom
- Vanföreställningssyndrom
- Schizofreni
- Tvångssyndrom
- Depression



12

Skenet bedrar?

- Medarbetaren i "kris" efter en skilsmässa kanske inte alls är i kris längre...

- ...han kanske har utvecklat en allvarig depression i absolut behov av professionell behandling om han alls ska bli bättre.

13

Skenet bedrar?

- Den "dementa" äldre medarbetaren kanske inte alls är dement...

- ...hon kanske har en depression, eller en hjärntumör.

14

Skenet bedrar?

- Den för tillfället jätteglesa, energiska och överentusiastiska kollegan kanske inte alls lärt sig att "tänka positivt"...

- ...han kanske har utvecklat en mani, där han inom kort kommer att ha åsamkat företaget stora kostnader.

15

Skenet bedrar?

- Den omdömeslösa kollegan...

□ ...kanske är på väg att utveckla demens trots att han bara är 44 år, eller så är han kanske manisk eller drogpåverkad.

16

Skenet bedrar?

- Den som hotar att ta livet av sig, men som ingen tar på allvar eftersom "den som vill ta livet av sig talar inte om det".....

□ ...kanske inom kort gör just det, om ingen rådgiv person inser att suicidal kommunikation talar för - inte emot - hög självmordsrisk, och för den det gäller till en psykiatrisk akutmottagning för omgående bedömning - om så behövs med ambulans eller polis.

17

Skenet bedrar?

- Den välklädde och charmige personen som vältaligt försöker övertyga dig om att göra en "idiotsäker" affär...

□ ...kanske inte är ett dugg trevlig innerst inne, utan istället skicklig sol-och-vårare och fullblodspsykopat.

18

Skenet bedrar?

- En strulig eller missbrukande tonåring som faller av i skolarbetet kanske inte alls ger uttryck för "tonårströts"...

□ ...utan istället har en allvarlig och behandlingskrävande depression.

19

Skenet bedrar?

- Den nyanställda ynglingen med litet underliga idéer och socialt avvikande beteenden kanske inte alls "utvecklar sin självständighet"...

□ ...han kanske är på väg att utveckla schizofreni.

20

Skenet bedrar?

- Medarbetaren som ställt till det för sig genom att skälla ut en medarbetare kanske brister i vanligt hyfs...

□ ...eller så har han en impulskontrollstörning i form av ADHD eller borderline personlighetsstörning, kanske i kombination med bristande empatiförmåga som vid Aspergers syndrom.

21

Skenet bedrar?

□ Medarbetaren som utfört en socialt sett mycket stötande handling kanske inte alls är ett moraliskt monster...

□ ...han kanske lider av Aspergers syndrom, en lättare form av autism som utmärks av stora svårigheter med att förstå och leva sig in i en annan människas föreställningsvärld.

22

Skenet bedrar?

Kollegan som inte längre funkar som han ska kanske...

- Är deprimerad
- Är manisk
- Har ångest
- Missbrukar
- Har utvecklat en psykos
- Är i kris
- Har problem hemma
- Har en taskig chef
- Har en hjärntumör
- Är på väg att bli dement
- Har hypotyreos

23

Vad gör vi med Kalle som inte funkar längre?

Och Lisa, som aldrig funkat som hon borde?

24

Kalle som inte funkar längre:

Stressad?
Tungt på hemmaplan?
Livskris?
Hänt något j-t?
Konflikter?
På fel ställe?
Fel chef?

Depression?
Utmattning?
Utbrändhet?
Psykos?
Missbruk?

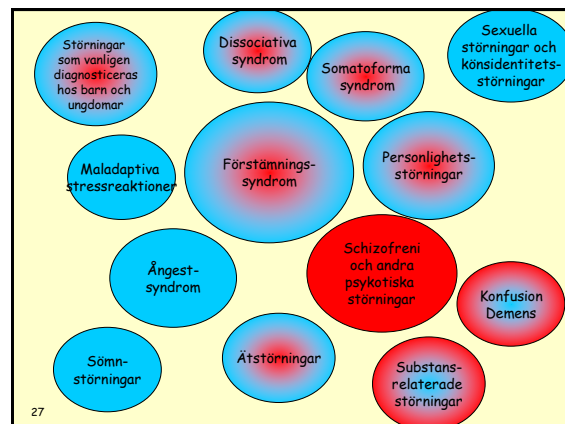
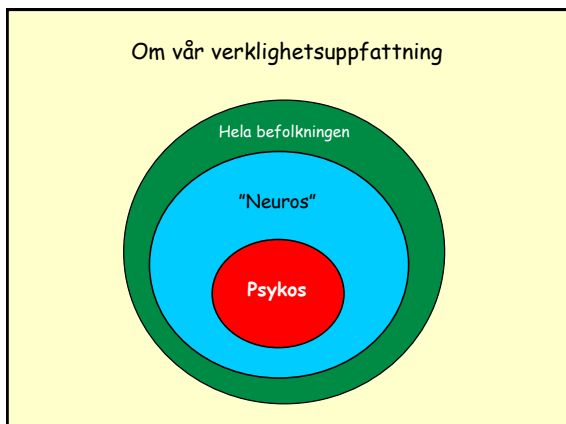
Lisa, som aldrig funkat som hon borde:

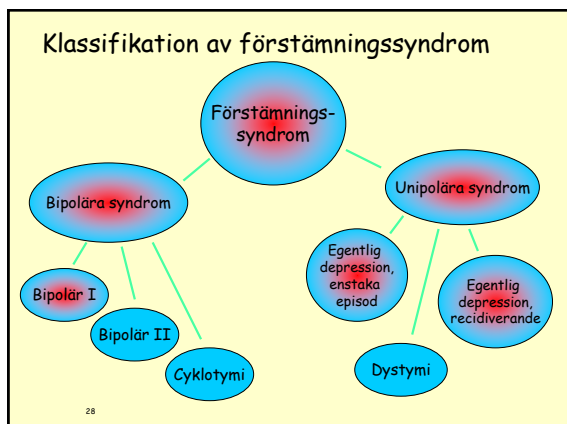
Ångestsjukdom?

ADHD?
Asperger?

Personlighetsavvikelse?
Narcissim?
Borderline?
Antisocial?

Taskiga kartor och orimliga förväntningar?
Kan inte balansera integritet och samarbete?





- ### Några av de vanligaste tillstånden
- Stressrelaterat - kris, anpassningsstörning, utmattningssyndrom
 - Depression och dystymi
 - Bipolär sjukdom
 - Vanföreställningssyndrom
 - Schizofreni
 - Narcissism
 - Psykopati
 - Borderline
 - ADHD
 - Aspergers syndrom
 - Social ångest
 - Paniksyndrom
 - Tvångssyndrom
 - Generaliserat ångestsyndrom
 - Specifik fobi
 - Posttraumatiskt stressyndrom
- 29

En helt vanlig dag på Serafen

Lina, 21 år

- Ångest och nedstämdhet
- Labilt humör
- Svart-vitt sätt att uppfatta tillvaron och andra människor
- Svårt klara relationer
- Skär sig för att lindra ångesten
- 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."

33

- ### Kriterier för "egentlig depression"
- Minst fem av följande, minst två veckor:
- Nedstämdhet eller irriterabilitet
 - Anhedoni - oförmåga att känna glädje
 - Aptitstörning/viktförändring (alternativt utebliven för åldern normal viktuppgång)
 - Sömnstörning
 - Psykomotorisk störning
 - Energilöshet
 - Känslor av värdelöshet eller skuld
 - Svårighet med koncentration, tänkande, beslut
 - Tankar på död, dödsönskan, tankar och planer på självmord
- 33

Borderline personlighetsstörning

Instabila relationer, impulsivitet

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

34

En helt vanlig dag på Serafen

Mia, 29 år

- Urusel självkänsla
- Skäms för sin person och sitt utseende
- Aldrig kunnat tala inför andra
- Äter lunch för sig själv
- Vantrivs på arbetet
- Vågar inte träffa män
- Nedstämd
- "Livet slut"

35

En helt vanlig dag på Serafen

Karin, 19 år

- 39 kg, 174 cm, oregelbundna menstruationer
- Känner sig tjock
- Äter nästan aldrig riktiga mål
- Hetsäter på kvällen
- Prostituerar sig för att få pengar
- Sporadiskt droger
- Skäms, "värdelös"
- Hatar sig själv och sitt liv
- Fem självmordsförsök



36

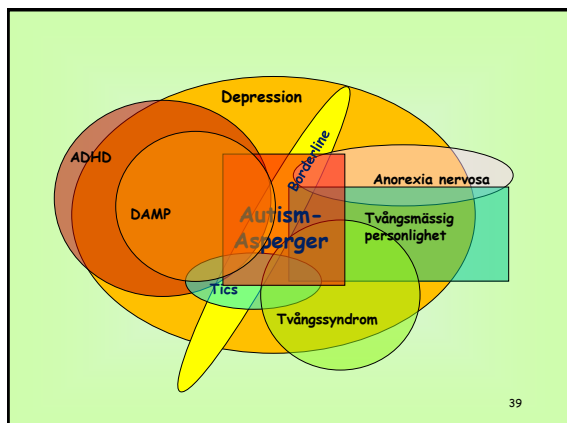
En helt vanlig dag på Serafen

Andreas, 24 år

- 83 kg, 175 cm
- Torterad i hemlandet
- Svårt att lita på andra
- Känner sig rädd och hotad
- Tränar karate
- Tar anabola steroider
- Alltid beväpnad
- Kommer till Serafen med kniv i fickan
- Hatar sig och sitt liv

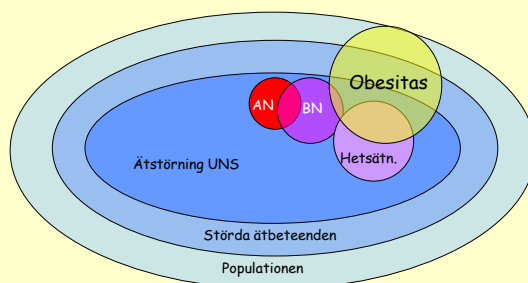


37



39

"Toppen på isberget"...



40

Frisk eller sjukt?

Beakta

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



Påtagligt lidande eller funktionsnedsättning?

Tack till Marie Dahlin

41

"Nya" sjukdomar?

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

42

Diagnostik och bedömning
- att kunna lite psykiatri är inte helt fel

En bra diagnos ska vara

- **Reliabel**
 - Den diagnostiska proceduren leder till samma resultat för olika bedömare och vid olika tillfällen.
- **Valid**
 - Diagnosen avspeglar en verklig sjukdomskategori. Diagnosen mäter vad den är avsedd att mäta.

45

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

46

Hur märker man att någon är psykiskt sjuk?

Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

Symtom
Anamnes från patienten
Uppgifter från närstående
Psykiisk status
Intervjuformulär och skattningsinstrument

↓

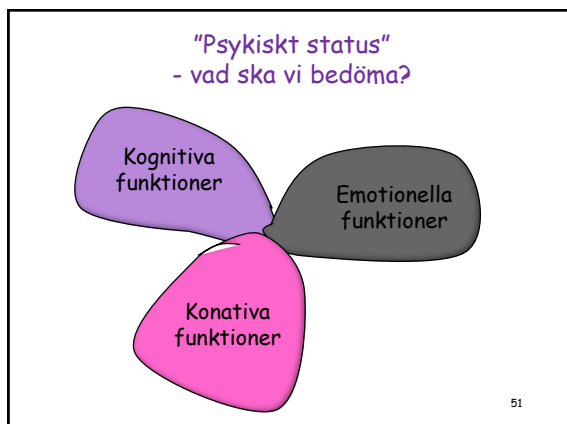
Syndrom

↓

Sjukdom

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
 - **Psykiisk 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
 - Värdera lidande och funktionsinskränkning
3. **Sjukdom**
 - Aktuellt syndrom/episod och ev tidigare episoder vägs samman



<p>1. Hur ser patienten ut?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur är han klädd? - Misbrukstecken? - Skarsår på handlederna? - Avmagrad? 	<p>9. Tal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Färdigt, enstavigt, stackato, avsakta, idéfattigt? - Flödande, talträngd, hög röst, svår att avbryta?
<p>2. Fullt vaken?</p>	<p>10. Hur tänker patienten?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koncentrationssvårigheter? - Innehållsfattigt? - Lösa associationer, tankeflykt, splittråd? - Tankestopp? - Tankesträngsl? - Förbisvar?
<p>3. Fullt orienterad?</p>	<p>11. Vad tänker patienten?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressivt tankeinhäll? - Grändlös tankeinhäll? - Övervärdiga idéer? - Vanföreställningar? - Tvångstänkar?
<p>4. Intellectuella funktioner</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minne? - Begäring? 	<p>12. Perceptionsstörningar?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Illusioner? - Hallucinationer?
<p>5. Ger han fullgod kontakt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formellt? - Emotionellt? 	<p>13. Självmoordsbendighet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livlede, hopploshet, dödsönskan, självmordstänkar, självmordspänar, självmordsförsök?
<p>6. Sinnesstämning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neutral? - Sänkt, irriterad, dysforisk? - Förtroende, euforisk, irriterad, expansiv, grandios? 	<p>14. Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation</p>
<p>7. Affekter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Labila, avtrubbade, indestävt? - Orolig, ångestfylld? - Hotfull, aggressiv? 	<p>52</p>
<p>8. Motorik och mimik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motorisk oro, rastlös? - Hämmad motorik och mimik? 	

Ett psykiatriskt status bör alltid innefatta:

- Vakenhet
- Orienteringsgrad
- Kontaktförmåga
- Stämning
- Psykostecken
- Livsleda/suicidtankar/suicidhandlingar
- Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

53



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.
- Varför söker patienten just nu?
- Lidande och funktionspåverkan.
- Tidigare sjukdomsöv och behandling.
- Tidigare suicidalitet.
- Tidigare aggressivitet.
- Kroppslig sjukdom.
- Eventuellt missbruk.
- Aktuell och tidigare medicinering.
- Samspelet mellan patient och intervjuare.

58

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 söker hjälp just nu? Har något hänt?
6. Vad är det värsta som skulle kunna hända nu? Vilken är hennes största rädsla/farhåga?

59

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 ofta patientens **första kontakt** med psykiatri och formar hennes bild av psykiatri.
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 uttalade förväntningar påverka dig** (många samtal, snabba samtal, "effektivitet", avhålla patienterna från att besöka vården).
 - 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.
 - Iiskna 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.
7. **Föreslå**, utifrån utfallet av föregående punkt, vad du tycker vore den bästa hanteringen och **fråga** patienten vad hon tycker om detta förslag.
8. Om inte, **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 samtalet och hälsa välkommen åter.**

Diagnostik

1. ICD-10 (1997) International Classification of Diseases

(Samt ICF, klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa)

2. DSM-IV (1994) Diagnostic and Statistic Manual



63

Varför diagnos?

1. **Kommunikation** - vi vet vad vi pratar om.
2. Internationell samstämmighet i bedömningen.
3. **Samla, systematisera och värdera information.**
4. Preliminär diagnos, efterhand fördjupad bild.
5. **Vägledning för adekvata vårdinsatser.**
6. **Kvalitetssäkra behandling.**
7. Ibland en förutsättning för att kunna bli frisk.
8. **Patienten kan söka stöd och information**, hitta andra med liknande besvär samt ta hjälp av intresseföreningar.
9. Prognostisk bedömning.
10. Krävs ibland för samhällsstöd (t ex LSS).
11. **Underlättar forskning** och utvärdering av olika behandlingsmetoder.
12. Statistik.



64

En diagnos

- Det finns en **förklaring**
- Ett namn och en kontext
- Respekt för sina egna upplevelser
- **Självkänsla** (inte en moralisk defekt)
- **Acceptans** från anhöriga
- **Kunskapsinhämtning**
- **Kontakt med andra**, t ex patient- eller anhörigförening
- Ett avstamp
- **Ibland praktiskt stöd enligt LSS**
- Ev. **läkemedelsbehandling eller psykoterapi**



DSM-III (1980) och DSM-IV (1994)

Målsättningar

- Stöd för faktainsamling och bedömning.
- Pålitligare och distinktare diagnostik.
- Komma ifrån hypoteser om orsaken.
- Kriteriebaserat (axel I och II).
- Empiriskt tillvägagångssätt vid konstruktionen.
- Ökad kommunicerbarhet.
- Underlätta kopplingen mellan forskning och klinisk psykiatri.


Grunder

- 5 "axlar" → gynnar den kliniska helhetsbilden.
- Lättillgängliga kriterier för samtliga syndrom.
- För diagnos krävs funktionsstörning och/eller lidande.
- Diagnostiken blir dock aldrig bättre än kvaliteten på den använda informationen!
- Pedagogiskt utformad.
- Ordlista.
- Finns "översättning" till ICD-10 för alla DSM-IV diagnoserna.

66

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)

67

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 förorsakar ett kliniskt signifikant lidande för patienten eller en nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan eller av något annat viktigt funktionsområde.

71

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 stämningkongruenta psykotiska symptom, med melankoli, i partiell remission, utan årstidsvariation"

72

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

73

Nyheter i DSM-5

- Mindre kategoriskt; ambitionen är mer av dimensionell bedömning och spektrumtillstånd.
- I DSM-5 slopas det multiaxiala systemet med fem axlar.
- Axel 1, 2 och 3 står nu på samma nivå, medan axel 4 ersätts av »kontext« och axel 5 av grad av funktionsnedsättning.
- Detta innebär bland annat att personlighetsyndromen, som tidigare fanns på axel 2, nu likställs med andra diagnoskategorier.

Nyheter i DSM-5

- Även axel 4 (livspåfrestningar) försvinner och ersätts med att det avslutande kapitlet ("Andra omständigheter som kan vara i kliniskt fokus") nu har betydligt mer utförliga beskrivningar av problematiska livssituationer.
- Även den kända GAF-skattningen på axel 5 ersätts. Istället för en siffra mellan 0 och 100 ska nu funktionsskattningen göras med hjälp av "WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)".

Nyheter i DSM-5

- Sektion 3, med praktiska hjälpmedel för klinikern, får en mer framskjuten placering för att inte missas
 - Kliniska hjälpmedel i form av skattningsinstrument mm
 - En guide för kulturformuleringsintervju, "cultural formulation interview guide"
 - En alternativ modell för att diagnosticera personlighetsstörning
 - Tillstånd som behöver studeras ytterligare före eventuell inkludering i framtida DSM-versioner

Nyheter i DSM-5

- Kapitlet "Störningar som vanligen diagnosticeras hos spädbarn, barn och ungdomar" har delats upp under andra rubriker.
- Aspergers syndrom m fl tillstånd bildar ett gemensamt spektrum, autism/autismspektrumstörningar.
- »Mental retardation« kallas numera »intellectual disability«, intellektuell funktionsnedsättning.
- »Hoarding disorder« (patologiskt samlande, samlarsyndrom) särskiljs från OCD.
- » Mixed Features Specifier" kan användas för blandade depressiva och hypomana/maniska symptom inom alla affektiva diagnoser - bipolär I, II, UNS och egentlig depression. Således krävs inte fulla symtombilden för både mani och depression som tidigare vid "mixed state".

Nyheter i DSM-5

- "Substansbruksyndrom" ersätter både det som kallades missbruk och beroende. Alkoholbruksyndrom, cannabisbruksyndrom osv.
- Somatoforma syndrom har arbetats om radikalt, "kroppssyndrom".
- PTSD: förtydligar att tillståndet kan orsakas av att bevittna eller underrättas om annans trauma, eller att ha exponerats för mycket motbjudande omständigheter.
- "Sorgeundantaget" för egentlig depression är borttaget.

Nyheter i DSM-5

- Det har också tillkommit ett nytt bedömningsverktyg: "DSM-5 Självskattning av aktuella symptom".
- Den svenska versionen har tre tilläggsfrågor om påfrestningar som patienten kan ha utsatts för som kan ha betydelse för måendet (belastning, trauma respektive förlust).

Diagnosöverblick DSM-5

- Neurologiskt/neuropsykiatriskt grundade störningar i utvecklingen
- Schizofrenispektrumstörningar samt andra psykotiska störningar
- Bipolära störningar
- Depressiva störningar
- Ängeststörningar
- Tvångssyndrom och relaterade störningar
- Trauma- och stressrelaterade störningar
- Dissociativa störningar
- Psykiska störningar med somatisk symptomatologi
- Ätstörningar
- Enkopres, enures
- Sömn-/vakenhetsrelaterade störningar
- Sexuella funktionsstörningar
- Könstillhörighetsdysfori
- Utagerande, stort beteende samt impulskontrollstörningar
- Substansrelaterade störningar samt beroendetillstånd
- Neurokognitiva störningar
- Parafilier
- Personlighetsstörningar

Några nya diagnoser i DSM-5

- »Disruptive mood dysregulation disorder« (DMDD) introduceras. På svenska "dysforiskt syndrom med debut under barndom och tonår".
- Substansbruksyndrom
- Dermatillomani
- Könstillhörighetsdysfori

Somatoforma syndrom har arbetats om radikalt, "Complex Somatic Symptom Disorder"

- A. Somatic symptoms:
 □ Multiple somatic symptoms that are distressing, or one severe symptom
- B. Misattributions, excessive concern or preoccupation with symptoms and illness: At least two of the following are required to meet this criterion:
 (1) High level of health-related anxiety.
 (2) Normal bodily symptoms are viewed as threatening and harmful.
 (3) A tendency to assume the worst about their health (catastrophizing).
 (4) Belief in the medical seriousness of their symptoms despite evidence to the contrary.
 (5) Health concerns assume a central role in their lives.
- C. Chronicity: Although any one symptom may not be continuously present, the state of being symptomatic is chronic and persistent (at least 6 months).

Diagnossystem; 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.



83

Strukturstöd för informationsinsamling, några exempel

1. Egenbedömningsinstrument

- PHQ-9
- MADRS-S

2. Intervjumanualer

- MINI
- SCID-I
- MADRS

3. Kombinerade egenbedömningsinstrument och intervjumanualer

- Prime-MD
- SCID-II

84

Varför psykiatrisk skattning?

- Screening, diagnostik, mäta symtomdjup.
- Bättre stringens vid diagnosättning.
- 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.

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

86

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?

87

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 hjärtklappning, 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 skattningsinstrument

Depression

- MADRS + MADRS-5
- PHQ-9
- BDI

Ångest

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

Mani

- MBQ
- 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

89

Varför är det svårt att tillförlitligt utesluta att den man intervjuar har en psykisk sjukdom eller personlighetsavvikelse?

1. *Vill* inte berätta
 - Skäms
 - Inte i ens intresse, rädd för att förlora arbetet eller andra represalier
2. *Kan* inte berätta
 - Ingen sjukdomsinsikt
 - Förstår inte sina personlighetssvårigheter, tror att det är fel på andra eller att hen har haft otur
3. Många tillstånd har inga säkra symtom som alltid "syns" när man är sjuk
4. Sjuk i skov, frisk vid intervjun
5. Många tillstånd visar sig f f a vid stress och motgångar
6. Intervjuaren kan för lite om psykisk sjukdom
 - Vet inte vad han ska fråga om och titta efter
 - Förstår inte vad han ser

90

Varför är det svårt att tillförlitligt utesluta att den man intervjuar har en psykisk sjukdom eller personlighetsavvikelse?

- Många som lider av psykisk ohälsa kan lura även en erfaren psykiatriker om de vill det
 - i frisk fas finns inget att observera i beteendet
 - i sjuk fas går vissa symtom att dölja, andra inte
- Somliga som lider av psykisk ohälsa blir inte rätt förstådda och diagnosticerade av läkare *trots* att de försöker beskriva sina svårigheter efter bästa förmåga.
- Att ställa en korrekt diagnos kräver vanligen
 - god förmåga att skapa kontakt med patienten
 - goda kunskaper om psykiatri
 - mycket tid
 - åtskilliga möten
 - skattningsinstrument
 - intervjuer med anhöriga

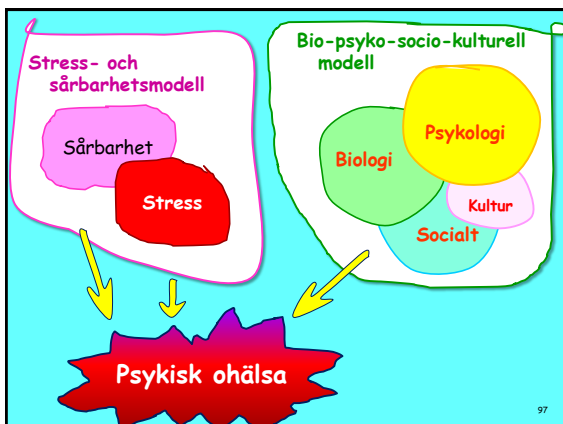
91

Låt inte någon lura dig...



Bra psykiatri tar TID!

92



- Hur blir vi av för mycket stress?
- Tunnelseende
 - Cyniska
 - Försvarsinställda
 - Sömnproblem
 - Rigida
 - Ökad ljudkänslighet
 - Irritabla
 - Minnesproblem
 - Lättkränkta
 - Koncentrationssvårigheter
 - Aggressiva
 - Nedstämdhet
 - Intoleranta
 - Ångest
 - Trötta
 - Kroppsliga besvär
 - Uppgivna
- The number '98' is in the bottom right corner.

Det är inte ofarligt att arbeta med människor

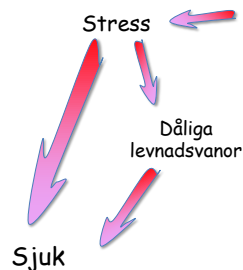
- Martyrskap
- Byråkrati
- Personlighetsförändring
 - känslomässig avtrubning
 - moraliska defekter
 - bitterhet och cynism
- Sjukdom
 - utbrändhet
 - utmattningssyndrom
 - depression



Tack till Maria Larsson!

99

Från stressad till sjuk - direkta och indirekta effekter



Ensam, skild,
dålig ekonomi, låg
social status,
vantrivsel på
jobbet...

En tillräckligt god behandlare?

- Vårdarbete är ingen prestationssport.
- Det vi kan göra är att ta ansvar för våra misstag i samma takt som vi blir varse dem.
- Man kan lära sig att bli en bra behandlare, genom att vara uppmärksam på patienternas reaktioner på det man gör.

Michael Rangne

2015-09-14

101

Sårbarhet för psykisk sjukdom alstras tidigt

- Ärftlighet
- Biologiska faktorer före/efter födelsen
- Barndom-uppväxt
 - separationer
 - förluster
 - missbruk
 - psykisk sjukdom
 - emotionell försummelse



Personlighetsavvikelse

103

Många faktorer kan både alstra en långsiktigt ökad sårbarhet och generera stress i nuet

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> □ Psykisk sjukdom □ Personlighetsavvikelse □ Kroppslig sjukdom □ Missbruk | <ul style="list-style-type: none"> □ Sociala/existentiella problem <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensamhet ▪ Förluster (materiellt, socialt, psykologiskt) ▪ Skilsmässa ▪ Konflikter ▪ Ekonomiska problem ▪ Arbetslöshet ▪ För mkt arbete ▪ För höga krav socialt eller på arbetet ▪ Understimulering |
|--|--|

104

"Överdeterminerad" krisreaktion

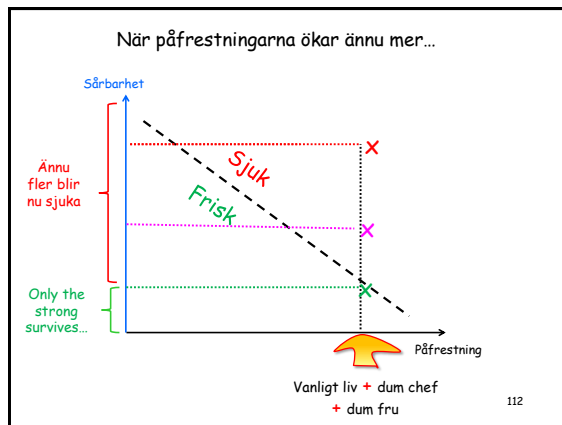
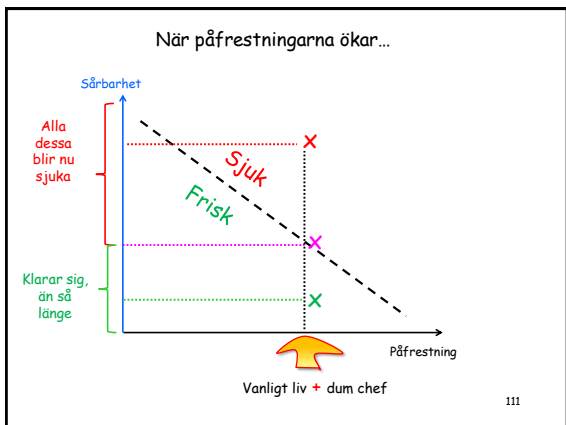
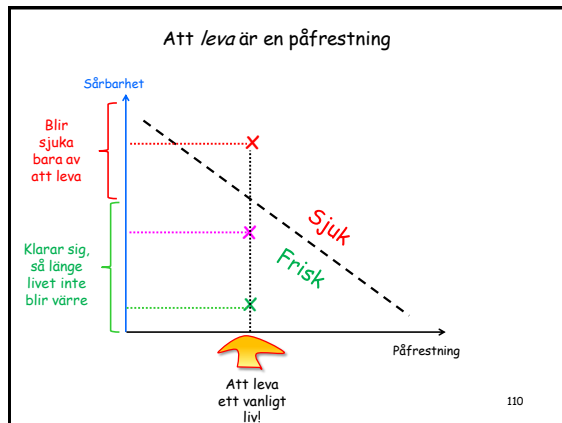
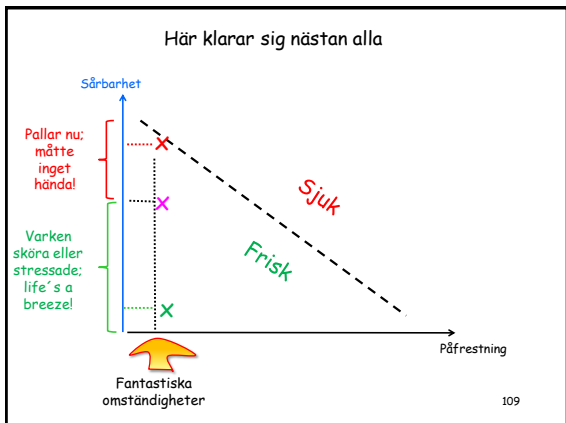
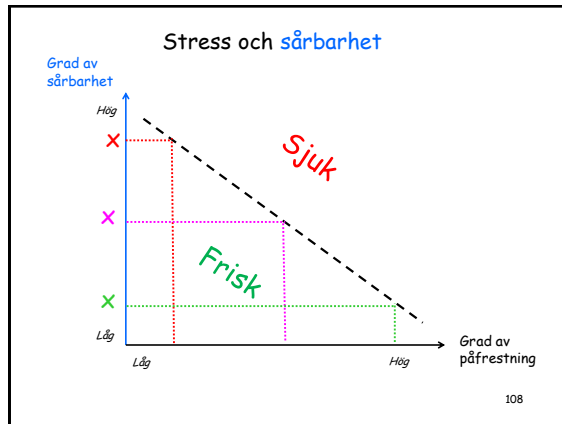
Reaktionen blir starkare än "förväntat" p g a vad den drabbade har med sig i bagaget sedan tidigare.

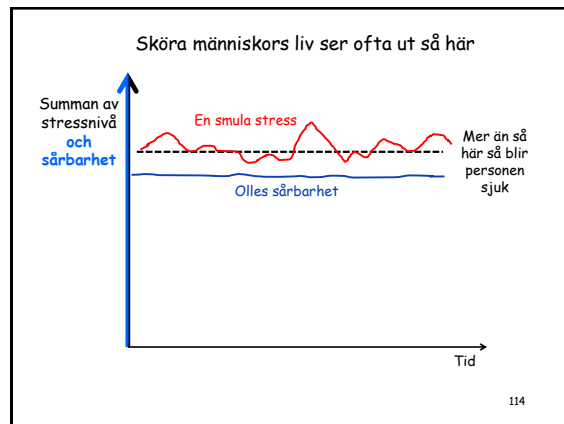
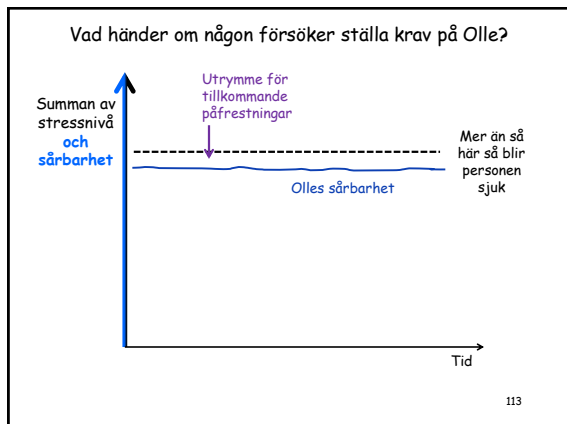
Varför gå över ån efter vatten?

Många barn är i praktiken "föräldralösa"

- 200 000 barn har missbrukande föräldrar.
- 200 000 barn blir vittne till våld i hemmet.
- 80 000 barn misshandlas själva i hemmet.
- 80 000 barn har psykiskt sjuka eller störda föräldrar.
- 30 000 barn utsätts för sexuella övergrepp.
- 10 000 barn har föräldrar i fängelse.

Monica Dahlström-Lannes, f d våldsbrottsutredare, SvD





- Några vanliga följder av stora påfrestningar
- Sorg
 - Krisreaktion/anpassningsstörning/maladaptiv stressreaktion
 - Utmattningssyndrom
 - "Utbrändhet"
 - Depression
 - Akut stressyndrom
 - Posttraumatiskt stressyndrom
 - Kroppslig sjukdom

Stressutlöst psykisk ohälsa

Typ av stress	Typ av ohälsa
Akut och livshotande	Akut stressyndrom (duration mindre än en månad) Posttraumatiskt stressyndrom (> 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/hjäl	Utbrändhet, "burnout" Ev. "wornout" (vid mindre prestationsbaserad självkänsla)


115



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

118

Vår hjärna har ett problem...



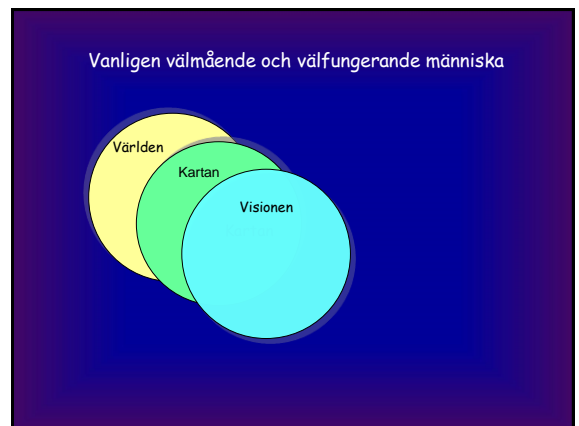
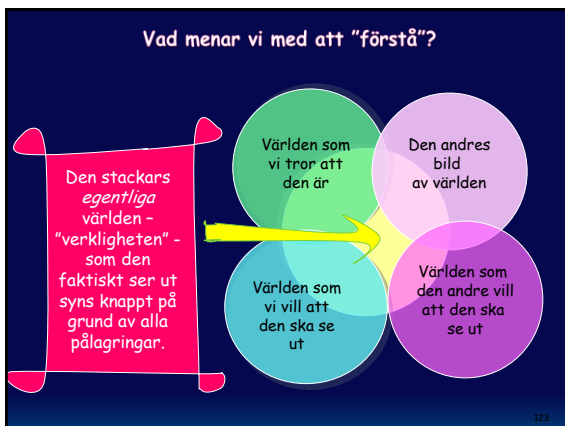
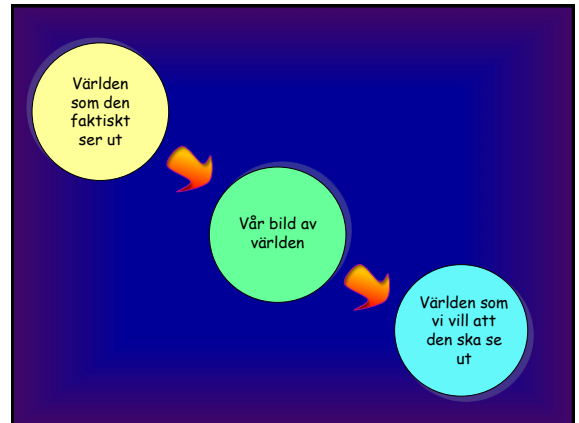
Den försöker hela tiden skapa helhet av skärvor och fragment. Storyn den kokar ihop låter så fin, men är den SANN?

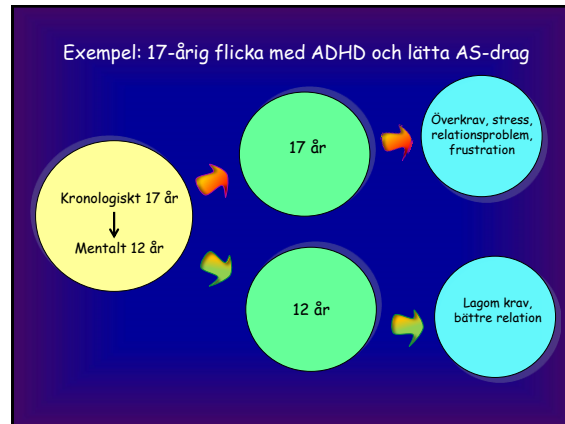
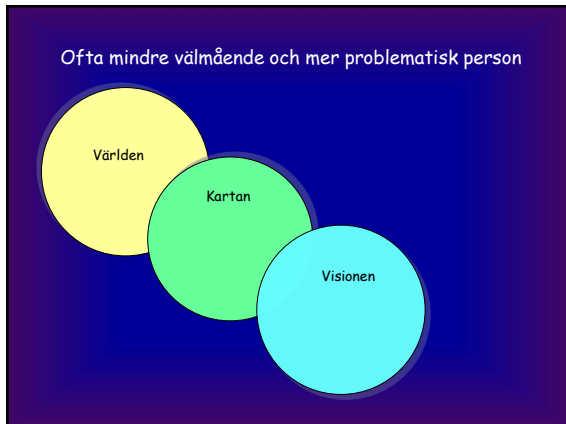
119

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





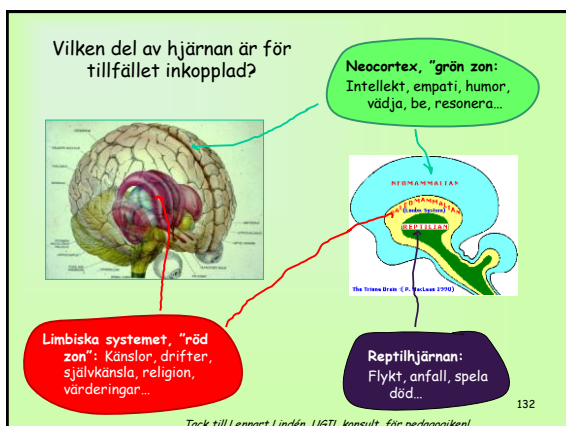
"Stresströskeln"

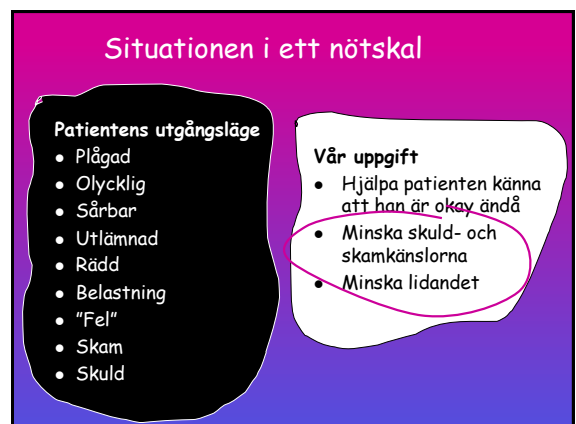
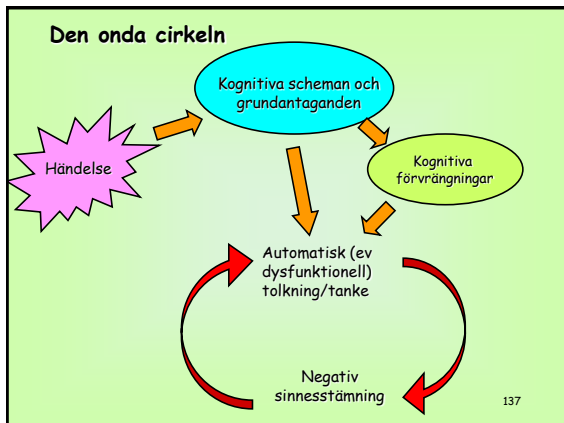
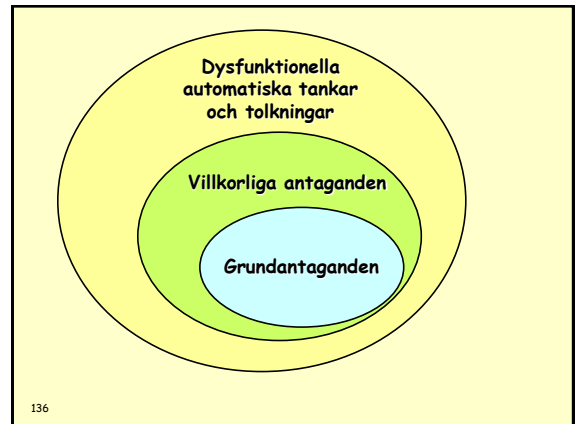
Stor skillnad mellan olika personers förmåga att hantera stress på ett konstruktivt vis. Vi har alla vår personliga stresströskel.

Under den fungerar vi ändamålsenligt.

Överskrids den börjar vi klicka; hjärnan står allt mindre under vår viljemässiga kontroll.

De kognitiva förvrängningarna ökar då kraftigt, och kroppen slår om till de automatiska försvarssystemen - "fight or flight" eller "play dead".





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
- Förtvivad
- Hjälplos
- Trött



Inget av allt detta
behöver vara ditt fel,
eller ha med dig att
göra över huvud
taget

153

Psykiatrins svårigheter - varför får man "ingen hjälp"?

- Resursbrist, inte ideologi (piller eller prat?) - är största problemet idag.
- Stora och ökande behov. Särskilt unga och unga vuxna mår allt sämre.
- Resursbristen leder till stor tidsåtgång för prioritering av resurserna, tår på personalen och bryter ned patienterna.
- Ett annat problem är bristande medverkan från många patienter, särskilt de svårast sjuka.
- Många behandlingar har halvdan effekt. Orimliga förväntningar på livet?



161

Målsättning med "behandlingen" vid neuropsykiatriska tillstånd

- o Diagnos
- o Förståelse
- o Undvika sociala och psykiatriska påslagningar
- o Rädsla självkänslan
- o Anpassning av miljön
- o fungerande social situation
- o Lindra vissa symtom
 - CS - koncentration, uppmärksamhet, organisationsförmåga, humörstabilitet, självkänsla, minskad risk för missbruk

1. Kunskap

2. Professionell behandling

3. Egenvård (= ett klokt liv)

Lära om Aktivering Motion Kost

Slappna av Gemenskap Kärlek

Mening Humor Alkohol Jobbet

4. Tänkandet

163

Sex gyllene regler för god psykisk hälsa

- Sov
- Goda sömnvanor, 6-9 timmar/natt
- Knytt band
- Till familj, vänner, medmänniskor
- Motionera
- Gärna 3 x 30 min/vecka
- Ät
- Sunda kostvanor
- Fortsätt lära
- Behåll nyfikenheten, testa nya saker
- Ge
- Tid, kärlek, uppmärksamhet

Ref: Mental capital and wellbeing: making the most of ourselves in the 21st century, 2008

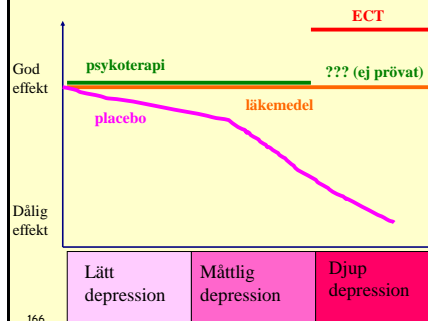
164

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

- Psykoterapi
- Antidepressiva läkemedel
- Elbehandling

165

Depressionsbehandling (SBU)



166

Sammanfattande modell för depressionsbehandling

Alltid:	Läkarbedömning, stödjande samtalskontakt
Vanligen:	Antidepressiv medicinering
Därtill:	Åtgärder riktade mot problem och utlösande / vidmakthållande faktorer
Ibland:	Psykoterapi

167

Vad fungerar verkligen?

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

168

Varför blir jag inte bra?

- Slarvar med medicinen?
- Dåligt fungerande kontakt med vården?
- Dricker?
- Svåra levnadsvillkor, ohållbart leverne?
- Ständiga konflikter? Knepig läggning?
- Annan diagnos, t ex bipolär sjuk eller ADHD?
- Fler diagnoser samtidigt?
- Svårbehandlad depression?

*Illa!
Rätta till eller byt!
Sluta!
Åtgärda, sök stöd!
Psykoterapi?
Ta upp till diskussion med läkaren.
Ta upp till diskussion med läkaren.
Poängtera att du inte är fullt återställd ännu!*

169

"Officiella" internetsidor för vårdgivare och patienter

- www.1177.se
- www.nationellahjalplinjen.se
- www.studeramedfunktionshinder.nu
- www.nsph.se (Nationell samverkan för psykisk hälsa)
- www.psykiatristod.se
- www.vardsamordning.se
- www.lakemedelsverket.se/overgripande/Publikationer/Listningar/Lakemedelsboken/www.vardguiden.se
- www.psykiatriforskning.se
- www.viss.nu
- www.kunskapsguiden.se
- www.internetmedicin.se
- www.socialstyrelsen.se
- www.janusinfo.se
- www.lakemedelsverket.se
- www.bup.nu
- www.vardverkyget.se

Övriga föreningar/sidor som vänder sig främst till patienter och anhöriga

- o www.abkontakt.se (ätstörningar)
- o www.foreningenbalans.nu (förstämningssjukdom)
- o www.ocdforbundet.se (tvångssyndrom)
- o www.anbo.se (borderline personlighetsstörning)
- o www.angest.se (ångestsjukdomar)
- o www.schizofreniforbundet.org.se
- o www.levamedschizofreni.se

Träning, självhjälsprogram och psykoterapi för patienter

- o www.kognitiva.org (psykoterapeuter med kognitiv inriktning)
- o www.livanda.se (kognitiv terapi via internet)
- o www.kbt.nu
- o www.sjalvhjalppavagen.se (Riksförbundet Attention)
- o www.levamedadhd.se (Janssen)
- o www.adhdinfo.se (Lilly)
- o www.compaz.se/verktyg-studier/Interaktiv-utbildning-om-bipolar-sjukdom/
- o www.schizofreniskolan.se

Föreningar/sidor som vänder sig främst till patienter och anhöriga, neuropsykiatri

- o www.aspergercenter.nu
- o www.attention-riks.se
- o www.attention-stockholm.se
- o www.autism.se
- o www.autismforum.se
- o www.fubstockholm.se
- o www.habilitering.nu
- o www.habilitering.nu/adhd-center
- o www.handikappupplysningen.se
- o www.hi.se
- o www.hjalpmedelsguiden.sll.se
- o www.hjalpmedelstorget.se



Att hjälpa någon i kris, medellång version

1. **Gör inte ingenting.**
2. Var medmänniska.
3. **Var inte rädd för att prata.**
4. **Observans på den andres reaktioner hjälper dig att göra "rätt".**
5. Rekramera flokken.
6. Försök inte ta bort känslorna eller avbryta reaktionen.
7. Hjälp den drabbade att uthärda.
8. Hjälp att ta in och förstå vad som hänt.
9. Hjälp att landa på fötterna; dra rimliga slutsatser och rita rätt kortor.
10. **Rädda självkänslan.**
11. Hjälp till en fungerande vardag.
12. Följ genom krisen, "watchful eye".
13. **Var observant på tecken till outhärdligt lidande, psykisk sjukdom, destruktivt leverne.**

När behöver patienten läggas in?

1. Vissa allvarliga tillstånd - mani, postpartumpsykos, allvarlig psykos.
2. Depression
 - Med depressiva **vanföreställningar** eller andra psykotiska inslag.
 - Postpartum.
 - Blandepisod (mixed state).
 - Hopplöshetskänslor.
 - Suicidrisk.
3. Uppenbart **behov av vård som inte kan ges i hemmet** (ECT, medicinering som patienten vägrar ta etc).
4. Svårt lidande, **omänsklig situation** att befinna sig i.
5. **Utmattade anhöriga.**
6. **Svåra konflikter** med anhöriga.
7. **Beter sig socialt olämpligt, terroriserar grannar, riskerar vräkning.**

175

När behöver patienten läggas in?

8. **Hög självmordsrisk (hur hög?)**
9. **Svårbedömd självmordsrisk?**
10. Risk för våld mot annan, dvs **"farlighet"**.
11. **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.

176

När behöver patienten läggas in?

- Man behöver alltså 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?"
 - "Blir dina räkningar betalda?"
 - "Sover du på nätterna?"
 - "Får du i dig mat på dagarna?"

179

Akut inläggning

- **Självmoordsrisk.**
- 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 (självmoordsrisken är sannolikt hög även om patienten förnekar det).

180

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 när du har det jobbigt?"
6. "Nu vill jag ställa min just nu 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 stannar kvar hemma just nu?**"
7. "Jag skulle vilja att du lovar mig att ringa igen eller åka in akut om det blir sämre eller du får mer påträngande självmordstankar. **Kan du lova det?**"
8. "Nu har vi gjort en liten handlingsplan tillsammans, du och jag. **Känns den helt okay med dig?**"

181

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 specialisthjälp. *"Har du alltid haft det så här svårt?"*

182

Tack för oss

Michael Rangne (skrev och berättade)
och Veronica Rangne (ritade)

September 2015

