

Psykatri för studentsamordnare vid Stockholms Universitet

Eller:
Diagnosen säger inget säkert om en människas mående, livskvalitet, funktionssvårigheter, studieförmåga eller hjälpbehov.

Michael Rangne
Overläkare, specialist i psykiatri
mranane@gmail.com
www.lorami.se
April 2016

Vilka är ni?
Vad vill ni uppnå idag?

Här kommer allt det där som vi nog inte hinner med!

www.lorami.se

Michael Rangne 2016-04-28 5

Fråga gärna!
Protestera gärna!
Egna fall välkomna!

"Officiella" internetsidor för vårdgivare och patienter

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



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
- o www.schizofreniskolan.se

Träning, självhjälsprogram och psykoterapi för patienter

Finna en terapeut

- o www.kbt.nu
- o www.kognitiva.org (psykoterapeuter med kognitiv inriktning)
- o www.sfkbt-medlem.se

Information och vägledning

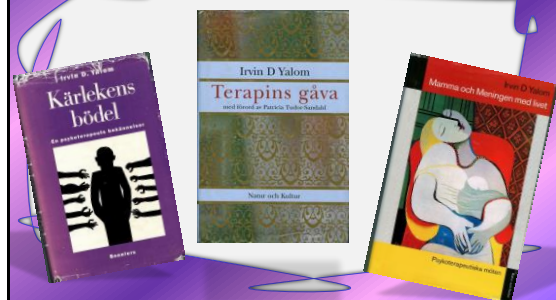
- o www.sjalvhjalppavagen.se (Riksförbundet Attention m fl)
- o www.levamedadhd.se (Janssen)
- o www.lilly.se/sv/min-halsa/index.aspx (Lilly)

Självhjälp och träning

- o www.adhd24.se
- o www.livanda.se (kognitiv terapi via internet)

Lästips för psykioterapiintresserade

<http://lorami.se/onewebshop/produkter/3%20Böten/Samtalstips%20fr%C3%A5n%20Terapi%20i%20k%C3%A4rleken%20Irvin%20D%20Yalom.pdf>



Råd för kristödsarbete, modifierade från Terapins gåva av Irvin D. Yalom

Psykiatrins svårigheter - varför får man "ingen hjälp"?

- Enorma och **ökande behov** och förväntningar.
- **Resursbrist**, inte ideologi - piller eller prat? - är största problemet idag.
- Resursbristen leder till stor **tidsåtgång för prioritering** av resurserna, tär på personalen och bryter ned patienterna.
- **Bristande medverkan** från många patienter, särskilt de svårast sjuka.
- Många behandlingar har **halvdan effekt**. Vi har svårt att lyckas hjälpa alla patienter må bra även när vi har resurserna och gör allt rätt.



Så här ser "era" bilder ut

"Take-home messages"

- De diagnostiska systemen (ICD 10 och DSM 4/5) är bara typbeskrivningar. Många patienter passar inte särskilt väl in, **möjligen är de allra flesta atypiska.**
- En given diagnos kan vara välgrundad. Den kan också vara gripen ur luften och helt fel. Såväl validitet som reliabilitet kan vara låg.
- Diagnosen ger en ledtråd till vilken sorts lidande patienten har, men säger inte hur stort/svårt lidandet är.
- Inte ens en korrekt diagnos säger i sig själv hur patienten mår, inte hur stora svårigheter hen har, **inte hur funktionshindret ser ut** och inte vad hen behöver. Lidande *eller* funktionsinskränkning räcker för diagnos.
- **Två personer kan må och fungera mycket olika trots samma diagnos.** Man behöver oavsett diagnosen klarlägga såväl symtom och lidande som funktionsnivå och behov av stöd och hjälp.
- Patienter med "overta" symtom har inte sällan en **underliggande personlighetsproblematik**, som mycket väl kan vara det största/egentliga problemet och det som genererar de övriga, mer uppenbara, akuta svårigheterna. Detta är inget som läkaren gärna sätter på pränt, om hen alls inser läget.

14

"Take-home messages"

- **Som läkare kan man i allmänhet inte med någon större tillförlitlighet sluta sig till patientens arbets/o/färmåga utifrån diagnosen.** Den beror även på arbetsplatsens krav, stämningen på densamma, patientens personlighet och motivation. Så varför skulle vi egentligen kunna bedöma patientens studieformåga?
- **Jag betvivlar att man som studiesamordnare kan avgöra studentens hjälpbehov utifrån ett läkarutlåtande.** De flesta läkare vet ö h t inte vad högskolan kan tillhandahålla, om de ens vet att det finns en stödfunktion.
- Vid taskiga intyg: försök be om ett bättre, som preciserar funktionsinskränkning. Eller be studenten att få ringa läkaren för samråd. Dessa intyg är sannolikt inte högprioriterade av läkaren.
- Om BUP och barn som inte funkar i skolan (en lärares rapportering):

15

"Take-home messages"

- **Den som troligen vet bäst vad patienten behöver är hen själv.** Så diskutera med vederbörande: vilka svårigheter som hen har och vad hen tror skulle behövas. Var så konkreta som möjligt.
- **Dialog med studenten, försök precisera svårigheterna:**
 - Vad är det som är svårt, som du har svårt att klara?
 - När får du svårigheter, i vilka situationer?
 - Kan du beskriva precis vad i situationen som är svårast?
 - Vad är det som händer när det inte går bra?
 - Vad tänker du när det inte går bra?
 - Har du någon egen tanke om vad som skulle underlätta för dig i dessa situationer?
 - Har du redan prövat den hjälpen tidigare, i någon form?
 - Har du haft dessa svårigheter i dina studier tidigare? Hur hanterade du dem då?

16

"Take-home messages"

- **Ni kan inte lösa eller behandla medicinska problem.** Uppmuntra eventuellt studenten att be om ytterligare vård och medicinsk rehabilitering.
- Den med betydande svårigheter som inte redan bedömts inom psykiatri kan **uppmuntras försöka ta kontakt med den.**
- Ni kan inte erbjuda det ni inte har. Var tydlig med studenten om vilka insatser som är tänkbara. Detta finns att tillgå, tror du något av alternativen skulle underlätta för dig?
- Slös inte bort insatser som inte hjälper. Gör ett tidsbegränsat experiment först, och utvärdera.

17

Kommentarer till en mailväxling

"En lista på diagnoser/diagnoskoder som vi tycker är vaga" (Jag med)

- Andra specificerade reaktioner på svår stress F.438. (Utmattningsyndrom eller annan reaktion på svår stress)
- Blandat ångest- och depressionstillstånd
- Depression
- Bipolar, finns olika typer (som typ 2), på vissa utlåtande finns kommentarer om att patienten kommer att bli helt återställd. (Det har läkaren ingen aning om)
- Genomgående störning i utvecklingen (UNS kod ICD F.84.9). (T ex atypisk autism/AS m fl, där de vanliga kriterierna inte bedöms helt uppfyllda)
- Kraftig ångest sedan lång tid tillbaka. (Det har jag med då och då, kanske även ni?)
- Recidiverande depression medelsvår episod (F.331)
- Recidiverande depression (F.339)
- Sorg som lett till en lindrig depression
- Social fobi
- Paniksyndrom och social fobi i kombination
- Trötthetssyndrom (ICD- kod G 933)
- Personlighetsstörning av blandtyp F32.9. (Modig läkare: en del patienter läser sin journal)
- Andra personlighetsstörningar: anankastisk, fobisk och ångslig F61.9
- PTSD
- Utsättningsymtom
- Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning F90 (stället för ADHD). (Övergripande gruppering, se www.internetmedicin.se, specifiktens i undergrupper)
- Uppmärksamhetsstörning 314.00 (ADD, huvudsakligen bristande uppmärksamhet)

19

Kommentarer till en mailväxling

- Studenterna ska, för att få del av särskilt pedagogiskt stöd, visa oss samordnare läkarintyg på att de har en **varaktig funktionsnedsättning**. (Begreppet varaktig funktionsnedsättning är i sig vagt, men vi har en tanke om 6 månader som varaktigt.)
- **Inget vedertaget medicinskt begrepp. I vissa fall kan vi förutspå fortsatt varaktighet (Asperger m fl), i andra fall vet vi inte (ADHD, depression m fl kan svara på behandling, eller inte). Varaktighet är ett backspegelfenomen - hur har det gått?**
- Vi frågar oftast studenten efter ett intyg med **diagnos och diagnoskod** men vi har inte "rätt" att kräva att det satts en diagnos. Vi får ofta vaga beskrivningar och även när vi får tydligare diagnoser och diagnoskoder förstår vi inte alltid vad dessa innebär och vilka stödåtgärder som skulle kunna kompensera för funktionsnedsättningen.
- **Man kan inte vara övertygad om att läkaren vet mer än vad som framgår av intyget.**
- **Diagnosen säger hur som helst inte särskilt mycket om den enskilde patientens tillstånd, funktionsnedsättning och behov. Individuell bedömning i dialog är avgörande.**

20

Kommentarer till en mailväxling

- "De stödåtgärder vi oftast kan rekommendera är **talböcker**, **anteckningsstöd**, **förlängd tid på tenta**, **sitta enskilt eller i mindre grupp**, i vissa fall **ersätta grupparbete med individuell uppgift**, **ersätta muntlig redovisning med skriftlig uppgift**, **mentorstöd** (studiecoach för planering och strukturering) i upp till 3 timmar/vecka. Det är institutionerna som fattar beslut om stödet är förenligt med kursmål och examinationsmål, men vi rekommenderar bara stöd som vi tror gagnar studenten på längre sikt. Ex skriver vi inte på ett intyg till en lärostudent att hen ska ha skriftlig uppgift i stället för muntlig, då en stor del av en lärares arbetsuppgifter innebär muntlig kommunikation inför grupp."
- **Resonemanget på slutet låter genomtänkt och klokt. Dessutom bra att vara tydlig med vilken hjälp som finns att tillgå, underförstått att det rimligen finns ett antal funktionssvårigheter som ni INTE har möjlighet att kompensera för.**

21

Kommentarer till en mailväxling

- Hur utreds och diagnosticeras psykisk ohälsa - dvs utredningsprocess, kriterier för diagnosticering, diagnosmanualer. Exempelvis Koncentrationsproblem som vid NPF noggrant utretts, men som i många beskrivningar av psykiska diagnoser verkar nämnas som i förbifarten. Hur stor vikt ska i så fall vi fästa vid detta?
 - **Regionala vårdprogram**, se www.psykiatristod.se -> **vårdprocesser inom SL50**, för ökad kvalitet (och genomströmning), se separat bild.
 - **Resurserna varierar kraftigt mellan olika regioner i Sverige.**
 - **Koncentrationssvårigheter vid alla psykiatriska tillstånd, liksom vid livskris mm.**
- Varför ibland bara en beskrivning och inte satt diagnos med diagnoskod? Vad finns det för olika synsätt/traditioner här och hur ska vi som samordnare förhålla oss till beskrivningarna?
 - **Ingen aning. Men svårigheter uppstår även vid satt diagnos, i o m att de flesta patienter avviker mer eller mindre från de klassiska syndrombeskrivningarna och därmed alltså är ovanliga i någon bemärkelse.**
- Vad händer inom området psykisk ohälsa just nu - vilka nya diagnoser är "på uppsegling", nya behandlingsformer osv?
 - **Diagnoser: se DSM-5-bilderna.**
 - **Behandling, exempel vid ADHD: gruppbehandling, centralstimulantia, KBT, kognitiv träning och patient- och anhörigtutbildning.**
 - **Subspecialisering.**
 - **Fokusering på flöde och genomströmning.**

22

Kommentarer till en mailväxling

- Stödåtgärder som kan fungera alternativt inte fungerar vid olika psykiska diagnoser. Ex: Hur mycket anpassning är till hjälp vid social fobi och hur mycket ska en person som sedan ska arbeta i grupper utmanas/anpassas?
- **Här finns det inte särskilt mycket data att tillgå, utan man får tänka pragmatiskt och använda sin erfarenhet och sitt sunda förnuft, i dialog med patienten. Om patienten inte är med på noterna kommer det inte att ge något. Fråga den berörde, och gör sedan en överenskommelse!**
- **Men man kan behöva "bräka" med patienten om avsigdorna med att undvika de jobbiga situationerna.**

23

Målet

Den andre ska inte bara göra något...

Han ska vilja göra det han gör!

Kommentarer till en mailväxling

- Att tänka på för oss som möter personer med psykisk ohälsa - professionellt och gott bemötande, tydlighet/gränssättning, säkerhet osv.
- **Vanligt hyfs, respekt, ta den andre på allvar, likvärdighet, empati, välvilja och att man bryr sig på riktigt räcker långt. Hur vill ni själva bli bemötta? Eller gör som moder Theresa.**
- **Vid återkommande stora svårigheter: www.lorami.se, eller överkursen längre ned i denna fil, eller ge mig ett par dagar här!**

25

Att möta och stödja en människa som mår dåligt

Hur jag vill bemötas:

Hur jag **inte** vill bemötas:

26

Tvångssyndrom

- **Tvångstankar** = återkommande påträngande tankar, fantasier och impulser.
 - Handlar ofta om oro för att själv göra fel, skada andra, vara en dålig människa. Det kan gälla att skada andra, smutsa ned sig, sprida smitta, tvivel om att ha utfört rutinhandlingar korrekt eller oro för att man överträtt sociala normer.
- **För att hantera den ångest som dessa tankar väcker uppstår tvångshandlingar, "neutralisering":**
 - rituella handlingar såsom handtvätt och kontroll av lås och elapparater.
 - mentala ritualer såsom återkommande ramsor eller räkning.
 - om man hindras från dessa ökar oron.
- Alltid tvångstankar, vanligen tvångshandlingar.

28

Behöver hon

Skärpa sig,
självdisciplin?
Ta sig i kragen
Disciplineras?
Motivation?
Coachning?
Mentor/handledare?

Eller:
Förståelse,
medmänsklighet,
information och
pedagogik,
medicinsk behandling,
hjälp att tillvarata sina
rättigheter?

29

Behandlingsalternativ vid ångestsyndrom

- **Förklaring och information** till patient och gärna anhörig
 - broschyrer och lästips
 - patientförening
 - internet
 - målsättning att dämpa symtom och återta förlorade funktioner
- **Läkemedel**
 - SSRI, SNRI, bensodiazepiner och vid GAD även pregabalin
- **Psykoterapi**
 - individuell
 - grupp
 - internetterapi
 - biblioterapi
- **Avspänningsträning**
- **Sjukgymnastik**



30

Vill inte

Kan inte



Vill personen inte, eller kan hon 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.

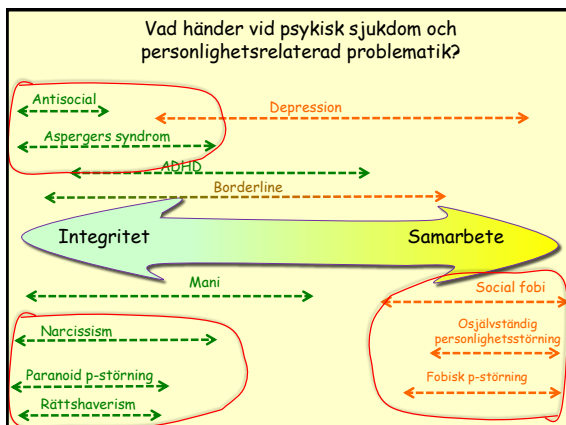
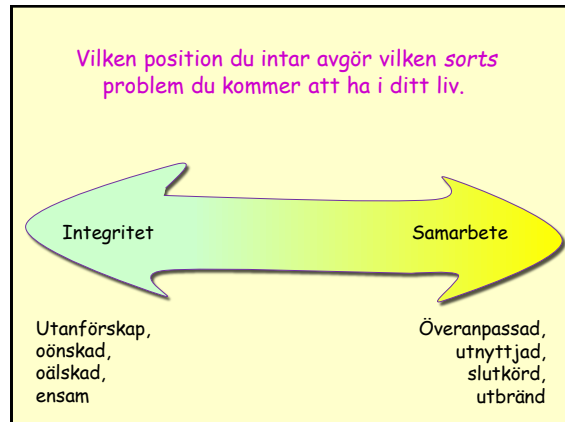
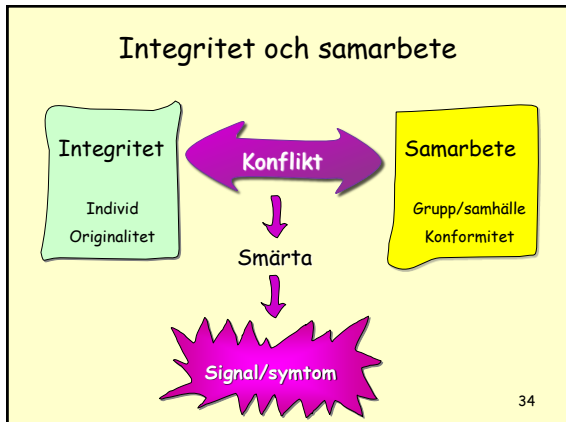
32

Alla människor hatar att ta order



"No involvement, no comittment"

33



- ### Fallbeskrivningarna (1-5)
- Läser dem idag som f-n läser Bibeln.
 - Dåliga/oanvändbara intyg behöver inte vara läkarens fel. Kan bero på tidsbrist, omöjlig arbetssituation, krävande patient, psykiatrins begränsningar, otillräckligt diagnostiskt system i sig...
 - Det är mycket svårare för en läkare att bedöma en patients arbets(o)förmåga än vad FK och politiker vill inse. För det första vet vi inte vad patienten klarar, för det andra vet vi inte vad jobbet kräver. Detsamma gäller studieformågan.
 - Somliga djupt deprimerade patienter klarar sina högskolestudier, andra betydligt mindre deprimerade gör det inte. Motivation, symtomprofil och begåvning spelar in.
- 37

- ### Fall 1
- Tänkbara diagnoser
 - Kronisk depression
 - Recidiverande depressioner
 - Social ångest
 - PTSD
 - Generaliserat ångestsyndrom
 - Somatoformt syndrom
 - "Anpassningsstörning"
 - Diagnostik och intygskvalitet
 - Hyggligt diagnostiskt tänk, men ostrukturerat
 - Hur vet patienten och läkaren att det förelegat långvarig mobbing om patienten inte minns det?
 - Varför mobbad?
 - Sviter för självkänsla, kartor, personlighet?
 - Synes ha fått adekvat behandling
 - Men vilka mediciner har prövats; byte/tillägg?
 - Önskemål från läkaren
 - "Studiestöd"
- "Pseudoneurotisk depression"?
- 38

- ### Fall 1
- Reflektioner/frågor
 - Vilket stöd finns det att välja bland?
 - "Depression" eller annan diagnos säger inget om vare sig studiesvårigheter eller hjälpbehov.
 - De beskrivna besvären säger inte heller särskilt mycket om vilken hjälp hon behöver. Vad kan en studiesamordnare erbjuda mot mardrömmar, värk, tidigare mobbing?
 - Vad är **orsaken** till studentens studiesvårigheter? Den primära hanteringen av studiesvårigheter är att åtgärda de underliggande orsakerna där så är möjligt (f ex behandla ADHD och depressioner, stötta i livskriser, stoppa missbruk).
 - Hur ser hennes studiesvårigheter ut?**
 - Vad är svårt, på vilket sätt, vad händer, vad är det som inte fungerar, när och hur blir det fel? **Konkret beskrivning med exempel!**
 - Vad har hon själv redan prövat för att komma till rätta med svårigheterna? Vad tror hon själv skulle hjälpa?
 - Gör en tabell** över symtom, svårigheter, hjälpbehov och möjliga insatser.
- 39

Fall 1

Symtom	Faktisk svårighet	Hjälpbehov	Egna insatser	Vårdens insatser	Universitetets insatser

Varför en tabell? Inflytande, egenmakt, kontroll, överskådlighet, hopp, struktur, ansvars- och arbetsfördelning, sätt att komma igång...

40

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

41

Hur blir man av att ha en depression?

- Irritabel, arg, lynnig, sur, lättstött och allmänt överkänslig...
- ...eller likgiltig, uppgiven och självförsunken.
- Svår att få kontakt med.
- Självupptagen, krävande och anklagande.
- Okoncentrerad.
- Trött och oföretagsam.
- Skäms och tycker att det vore bäst för alla att man inte fanns eller försvann.
- Svårt att ta emot hjälp.

43

Maskerad depression

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

44

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.

45

Social fobi

- Rädsla för **uppmärksamhet/kritisk granskning** i sociala interaktions- och prestationssituationer.
- Grundar sig i rädsla för att **bete sig pinsamt eller visa symtom på ångest**.
- Kan ha stark **förväntansångest** långt i förväg.
- Vid **exponering stark ångest** vilket kan ta sig uttryck i panikattacker, **rodnad**, stamning, svettning osv.
- Situationerna **undviks alternativt uthärdas** under stark ångest.
- **Funktionsstörningar** avseende arbete, sociala aktiviteter och relationer.

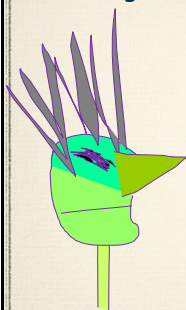
46

Symtom vid social fobi

- Rädd för att **stamma**, tappa tråden, sätta i halsen, **säga något olämpligt**, spilla ut kaffet...
- Blotta tanken på bjudning, måltid på restaurang, grupparbete -> **panikkänsla, hjärtklappning, svettning**, svaghetskänsla, orolig mage.
- Svårt ringa okänd person/myndighet, gå på posten, äta inför andra osv.
- Uppfattas som **blyg, osäker, inåtvänd**, blir ev mobbad i skolan.

47

Några vanliga "svåra" situationer



- Muntligt framträdande
- Dans
- Grupparbete
- Äta med andra
- Kurs
- Personalfest
- Fotografering
- Kassakö
- Badstrand

48

Vad gör vi med Kalle som inte funkar längre?



Och Lisa, som aldrig funkade som hon borde?



Har personen alltid varit besvärlig, eller är det något nytt?

49

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 funkade som hon borde:

Ångestsjukdom?

ADHD?
Asperger?

Personlighetsavvikelse?
Narcissim?
Borderline?
Antisocial?

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

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 hypothyreos

51

Hur märker man att någon är psykiskt sjuk?



Svar: det märker man ofta inte alls!

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 inte få jobbet
2. Kan inte berätta
 - Ingen sjukdomsinsikt
 - Förstår inte sina personlighetssvårigheter, tror att det är fel på andra eller att han 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

53

Tråkigt men sant

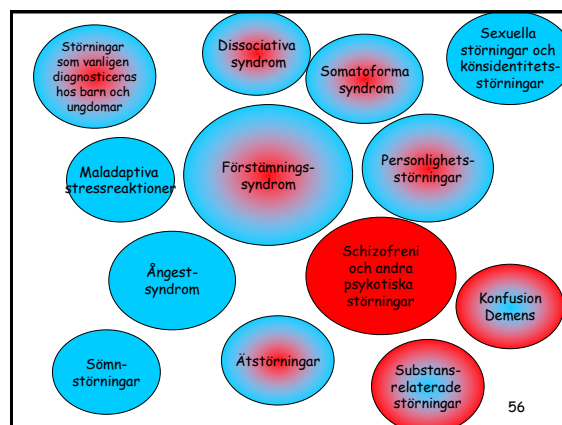
- Många som lider av psykisk ohälsa kan lura även en erfaren psykiatriker om de vill det
 - i frisk fas finns inget att observera i beteendet
 - i sjuk fas går vissa symtom att dölja, andra inte
- Somliga som lider av psykisk ohälsa blir inte rätt förstådda och diagnosticerade av läkare trots att de 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

54

Några av de vanligaste tillstånden

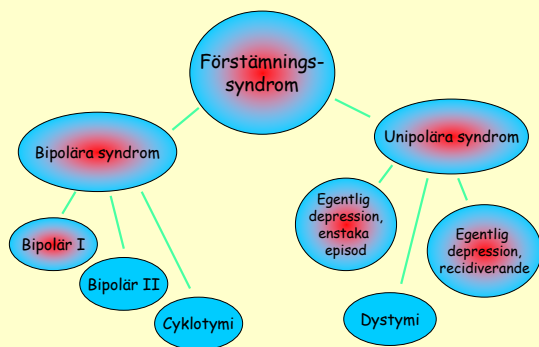
- | | |
|---|--------------------------------|
| □ Stressrelaterat - kris, anpassningsstörning, utmattningssyndrom | □ ADHD |
| □ Depression och dystymi | □ Aspergers syndrom |
| □ Bipolär sjukdom | □ Social ångest |
| □ Vanföreställningssyndrom | □ Paniksyndrom |
| □ Schizofreni | □ Tvångssyndrom |
| □ Narcissism | □ Generaliserat ångestsyndrom |
| □ Psykopati | □ Specifik fobi |
| □ Borderline | □ Posttraumatiskt stressyndrom |

55



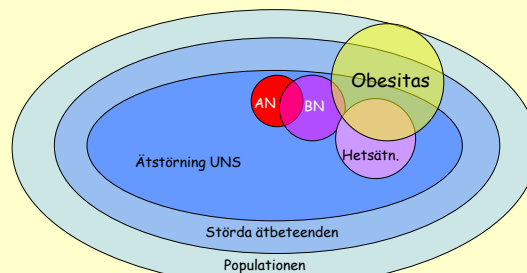
56

Klassifikation av förstämningssyndrom



57

"Toppen på isberget"



58

Frisk eller sjukt?

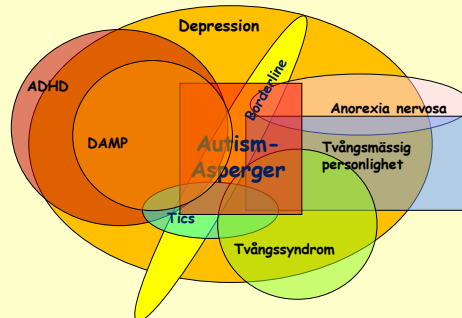
Beakta

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



Påtagligt lidande eller funktionsnedsättning?

Man kan i princip ha ett h-e utan att "ha" en enda diagnos!



60

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 psykiatriin 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, sexuell, drogmissbruk, hetsättning)
- Självd destruktivitet (suicidförsök, skärningar)
- Affektiv labilitet
- Kronisk tomhetskänsla
- Aggressivitetsproblem
- Kortvariga gränspsykotiska episoder



62

Personlighet och **personlighetsstörning**

1. Ett bestående mönster av inre erfarenheter och yttre beteenden som **skiljer sig från vad som förväntas** i personens kulturkrets, och som finns redan i tonår eller ungdomsåldern.
2. Kommer till uttryck inom **kognitioner, affektivitet, mellanmänniskt samspel** och impulsivitet.
3. Och som leder till **lidande eller nedsatt funktion**.

Personlighetsstörning i DSM-IV

- **Kluster A:** Udda, excentriska personligheter - paranoid, schizoid, schizotyp p-störning.
- **Kluster B:** Dramatiska, färgstarka, instabila personligheter - antisocial, borderline, narcissistisk, histrionisk p-störning.
- **Kluster C:** Ängsliga och undvikande personligheter - fobisk, osjälvständig, tvångsmässig p-störning.

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



Drabbad
av
jästsvamp



66

Diagnos?

- Jästsvampinfektion
- Hypokondri
- Tvångssyndrom
- Somatiseringssyndrom
- Vanföreställningssyndrom
- Schizofreni
- Depression



67

Nyheter i DSM-5

- Mindre kategoriskt; ambitionen är mer av **dimensionell bedömning och spektrumtillstånd**.
- **Det multiaxiala systemet** med fem axlar slopas.
- 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 personlighetssyndromen, 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)".
<https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/whodas-2.0-12+24fragor-intervjuadministrerad.pdf>

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 symtom 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". Hypokondri, smärtsyndrom och somatiseringsyndrom utgår.
- 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 Självsbedömning av aktuella symtom".
- 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 och andra psykotiska störningar
- Bipolära störningar
- Depressiva störningar
- Ångeststörningar
- Tvångssyndrom och relaterade störningar
- Trauma- och stressrelaterade störningar
- Dissociativa störningar
- Psykiska störningar med somatisk symtomatologi

Diagnosöverblick DSM-5

- Ätstörningar
- Enkopres, enures
- Sömn-/vakenhetsrelaterade störningar
- Sexuella funktionsstörningar
- Könstillhörighetsdysfori
- Utagerande, stört beteende samt impulskontrollstörningar
- Substansrelaterade störningar samt beroendetilstånd
- 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

Somatoforna 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).

Fall 2

- Symtom
 - Bristande koncentrationsförmåga
 - Stresskänslighet
 - "Varaktigt funktionsnedsättning"
- Tänkbara diagnoser
 - Samtliga psykiatriska tillstånd ger nedsatt koncentrationsförmåga och ökad stresskänslighet.
 - Om svårigheterna verkligen är konstanta över tid kan det handla om ADHD, men det behöver inte vara så ens då.

78

Fall 2

- Diagnostik och intygskvalitet
 - Undermåligt i alla avseenden.
 - Oanvändbart för FK, studievägledare och alla andra.
 - Diffus symtombeskrivning, obefintlig diagnostik.
 - Slutkommentaren inte särskilt hjälpsam.
- Behandling
 - Har hon fått någon?
 - Resultat?
 - Om inte, varför?
 - Är intygsskrivaren psykiatriker eller från annan specialitet? Annars bör studenten remitteras till psykiatriker för att få adekvat behandling.

79

Fall 2

- Diagnostiska reflektioner
 - "Neuropsykiatriska" svårigheter?
 - Aspergers syndrom går ofta med diffusa symtom, stresskänslighet, funktionssvårigheter i vardagen samt koncentrationsproblem
 - Lågbegåvning? Har man gjort en neuropsykologisk utredning inkl. WAIS?
 - Men hur har hon klarat sig ända till universitetet??? Tidigare stöd, hjälp, anpassning, utredning? Eller något nytt nu?
 - Kan ni be henne återkomma med ett bättre intyg, eller kan ni själva kontakta vårdgivaren?
 - Begära ett möte med intygsskrivaren och studenten?

80

Fall 2

- Fler reflektioner
 - Återigen: konkret beskrivning av exakt vilka svårigheter och yttringar av dessa, i vilka situationer? Dialog och tabell!
 - Hur ser den bristande koncentrationsförmågan ut? När. På vilket sätt? Alltid, eller bara när det är tråkigt? Vad händer konkret, vad tänker hon på istället?
 - Stresskänsligheten: av/för vad? När blir hon stressad, i vilka situationer? Vad händer med henne då, vilka studiehinder uppstår?
 - Har hon själv någon uppfattning om vad som kan hjälpa henne med stresskänsligheten och koncentrationsproblemen? Vad har hjälpt tidigare? Hur kan stressupplevelsen reduceras?

81



82

Stressutlöst psykisk ohälsa

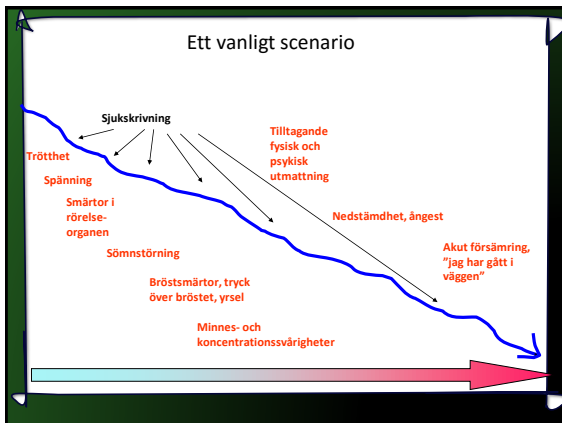
Typ av stress	Typ av ohälsa
Akut och livshotande	Akut stressyndrom (duration mindre än en månad) Posttraumatiskt stressyndrom (> än en månad)
Långvarig stress, utan återhämtning	Stressreaktion (lindrig) Maladaptiv stressreaktion (måttlig) Utmattningsyndrom (svår) Somatisk sjukdom, t ex hjärtsjukdom
Långvarig 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)

Anpassningsstörning (F43.2)

- Oönskad förändring i ens livssituation, t ex förlust av relation, misslyckanden, sjukdom, svår kränkning.
- Livskris som drabbar en känslig människa eller träffar en öm punkt.
- I normalfallet "sorg" eller "krisreaktion" utan sjukdomsvalör.
- Ibland nedstämdhet, oro eller beteendeförändringar som är mer uttalade eller långvariga än förväntat men ändå inte uppfyller kriterierna för depression eller annan diagnos, kallas då "anpassningsstörning".
- God prognos.
- Förståelse och rådgivning vanligen tillräckligt.
- Suicidrisk behöver uteslutas.

Läkartidningen nr 36 2011

Ett vanligt scenario



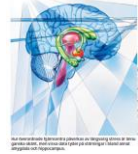
Varför är det svårt att arbeta vid UMS?

1. Stresskänslig

- Fungerar ofta väl under lugna förhållanden, men vid belastning framträder oförmågan.
- Kan inte lägga in en högre växel vid ökade krav.

2. Svåra kognitiva störningar, nedsatt arbetsminne, nedsatt exekutiv funktion

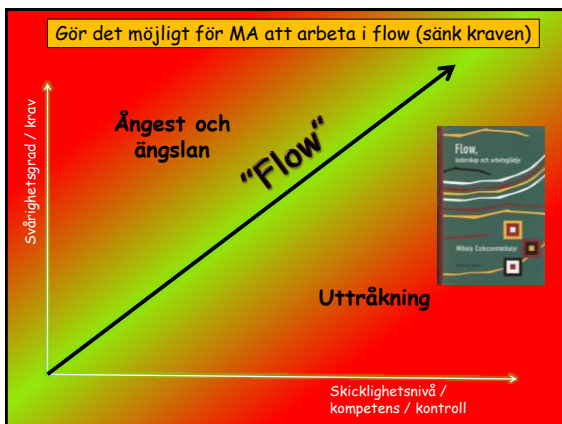
- Svårt förstå komplexa situationer och finna adekvata handlingsätt.



3. Energibrist, uttröttbar redan vid låg belastning

- Förlamande trötthet.
- Kan inte sova, inte vila, inte återhämta sig.

Gör det möjligt för MA att arbeta i flow (sänk kraven)



Arbetsgivarnas handlingsmöjligheter utifrån modellerna

1. "Person-Environment Fit"
 - Omsorgsfull rekrytering och inskolning
2. Krav/kontrollmodellen
 - Rimliga krav
 - Tillräckligt antal medarbetare
 - Information om vad som händer
 - Delaktig i beslutsprocesserna
 - Kunskapsutveckling
 - Tydliga mål och ramar
3. Krav/kontroll/stödmodellen
 - Människor, inte bara medarbetare
 - Gemensam målsättning
4. Ansträngnings/belöningsmodellen
 - Rättvisa (lön, befordran)
 - Bekräftelse, sedd och uppskattad
 - Social status
 - Ökad självkänsla
5. KASAM
 - Mening
 - Begriplighet
 - Hanterbarhet
6. Maslach och Leiter
 - Rimlig arbetsbelastning
 - God kontroll över arbetssituationen
 - Adekvat belöning
 - Bra arbetsgemenskap
 - Klara riktlinjer för befordran, rättvisa
 - Inga värdekonflikter, meningsfullt arbete

Stressreduktion och arbetsåtergång - vad fungerar?

Diskutera!

1. ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA).
2. Om LUCIE påvisar tidiga tecken på begynnande utmattning kan ADA även användas preventivt för att förebygga sjukskrivning.
3. KBT given av "arbetslivsexperten", "labour experts" (kort utbildning i kognitiva principer).
4. Kollegiala samtalsgrupper.
5. Individuell stresshantering?
6. "Vardagsrevidering" i grupp?
7. Arbetsledarutbildning?

Metoden förefaller behöva ta upp och åstadkomma en förändring av den arbetssituation som lett till sjukdom för att ha effekt.

Tove, diagnos?

- o Borderline/EIPS?
- o Recidiverande depressioner?
- o Bipolärt syndrom?
- o Autismspektrumstörning?
- o Alkoholberoende?
- o Tvångssyndrom?
- o Generaliserat ångestsyndrom?
- o ADHD?

Tove, insatser?

- o Specialiserad mottagning?
- o ADHD-center?
- o Information, utbildning?
- o Stödkontakt?
- o KBT för ADHD?
- o Psykoterapi mot svartsjuka?
- o Centralstimulantia?
- o SSRI?
- o Melatonin?
- o Beroendemottagning?
- o BUP?
- o Socialtjänsten? Anmälan §14?
- o Boendestöd?
- o Hjälp med studier? Nytt arbete? AF?

Känslor som fungerar



Ett sunt känsloliv kännetecknas av känslor och affekter som, utifrån situationen och den kulturella kontexten, är rimliga och adekvata samt "lagom" lättväckta, starka och långvariga.

Till detta kommer en förmåga att uppfatta och tolka sina känslor samt kunna dra slutsatser av dessa (sammanfattas ibland som självkänedom), och att kunna reglera och uttrycka känslorna på ett funktionellt sätt.

100

Impulsivt självskadande

Men jag stannar inte vid att skada mig själv med rakblad, knivar och vassa glasbitar. Jag bränner mig med cigaretter, slår mig med en hammare som ger stora älskade blåmärken, jag sticker nålar i kroppen, biter i mina händer och dunkar huvudet i väggen.

Benny Pålsson

101

B: Borderline personlighetsstörning



Instabilitet gällande affekter, självbild och relationer, samt impulsivitet

1. Skräckslagen inför separationer
2. Idealiserar och nedvärderar
3. Störning i identitet och självbild
4. Destruktiv impulsivitet (slösaktig, sexuellt, drogmissbruk, hetsätning)
5. Självdestruktivitet (suicidförsök, skärningar)
6. Affektiv labilitet
7. Kronisk tomhetskänsla
8. Aggressivhetsproblem (inadekvat/intensiv vrede, temperamentsutbrott, slagsmål)
9. Kortvariga gränspsykotiska episoder

Bli inte arg eller provocerad

Mer om borderline

Instabila

- ❖ Stora och snabba humörsvängningar
- ❖ Instabil och snabbt växlande självbild (värdelös -> fantastisk)
- ❖ Svartvitt tänkande
- ❖ Idealisering och nedvärdering
- ❖ Impulsiva
- ❖ Ibland explosiva
- ❖ Skapar ofta kaos omkring sig
- ❖ Kriser vanliga

103

Mer om borderline

- ❖ Har svårt att lita både på sig själva och andra vilket gör relationer mycket besvärliga och instabila.
- ❖ Skrämda av separationer men betar sig så att de ofta blir avisade
- ❖ Blir lätt uttråkade
- ❖ Tomhetskänsla
- ❖ Deras personliga gränser har ofta ignorerats eller trampats på.
- ❖ Oftare än andra varit utsatta för incest, våld eller känslomässig försummelse som barn.
- ❖ Stort lidande (jfr psykopater och narcissister)

104

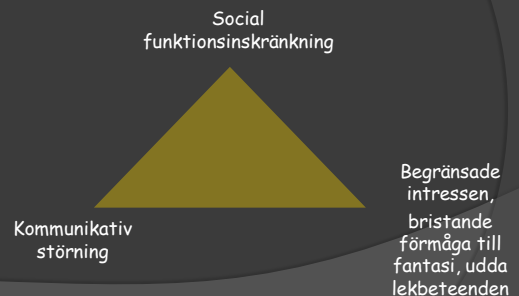
Markera med ett kryss den ruta som bäst stämmer överens med hur du har känt och betett dig under de senaste 6 månaderna. Lämna det ifyllda formuläret till din läkare vid nästa besök så att ni tillsammans kan gå igenom resultatet.

1. Hur ofta har du svårigheter med att avsluta de sista detaljerna i en uppgift/projekt när de mer krävande momenten har avslutats?
2. Hur ofta har du svårigheter med att få ordning på saker och ting när du ska utföra en uppgift som kräver organisation?
3. Hur ofta har du problem att komma ihåg avtalade möten, t ex läkartid, eller åtaganden?
4. Hur ofta händer det att du undviker eller skjuter på att sätta igång med en uppgift som kräver mycket tankemöda?
5. Hur ofta händer det att du sitter och plockar med något, eller skruvar på dig och rör händer eller fötter när du är tvungen att sitta en längre stund?
6. Hur ofta känner du dig överaktiv och tvungen att hålla igång, som om du gick på högvarv?

Lägg ihop antalet kryss som hamnar inom det mörkt skuggade området. Fyra (4) eller fler kryss pekar på att dina symtom kan överensstämma med vuxen-ADHD. Det kan vara bra att tala med din läkare eller annan specialist angående utredning.

Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta

Autistiska symtom - "Wings triad"



Vilka förmågor behöver vi för att klara livet i det moderna samhället?

- Koncentration
- Reglera uppmärksamheten
- Reglera aktivitetsnivån
- Impulskontroll
- "Gå från A till B"
 - Planera
 - Organisera
 - Genomföra
- Förstå andras inre liv, empati
- Ömsidigt samspel, social interaktion
- Kommunicera
- Förmedla sympati

"Exekutiva" förmågor

- Arbetsminne.
- Organisering av tankar.
- Planeringsförmåga.
- Problemlösning.
- Mental flexibilitet.
- Förmåga att skifta från en föreställning till en annan.
- Impulskontroll.
- Särskiljande av affekt.

108

Perceptionsstörningar och svårigheter med exekutiva funktioner och kognitioner

- Svårt att planera, organisera, sortera
- Svårt att sortera sinnesintryck, klara av sinnesstimulans
- Svårt att komma ihåg
- Svårt att hantera nya situationer
- Svårt att klara av frustrationer
- Svårt att klara av självklarheter
- Annorlunda upplevelse av tid
- Svårt att hitta
- Stresskänslig

Varnings signaler för möjlig ADHD

- Problem i studier eller yrke
- Hemmet rörigt, svårt hålla ordning
- Erfarenhet av droger
- Kriminalitet
- Ärftlighet



Konsekvenser av ADHD/DAMP

- Uselt självförtroende
- Påtagliga kamratproblem
- Om social beteendestörning vid 10 å. är risken stor för psykosocial missanpassning med missbruk
- Kriminalitet
 - Ca 25% av de i häktet har ADHD
 - 25 - 40% av intagna i kriminalvården har ADHD
- Social fobi eller socialt negativa: 40% i tonåren
- Många blir passiva och överviktiga som vuxna
- 1/3 acceptabel prognos, 1/3 måttlig-dålig, 1/3 mycket dålig

Funktionsnedsättning?

- I en miljö som inte tar hänsyn till personens funktionsnedsättning/förmåga blir denne funktionsnedsatt.
- Detta leder till stor stress som ger symptom och "beteendestörningar".



Att förstå en människa med ADHD

Symtom på ADHD
Symtom på övriga tillstånd, dvs samsjuklighet

+

Funktionsinskränkning av ADHD
Funktionsinskränkning av samsjukligheten

+

Psykologiska konsekvenser
Sociala konsekvenser



Vi behöver se och förstå **summan** av lidande, funktionsinskränkningar och konsekvenser!

ADHD hos vuxna - kvarvarande problem / symptom

- Svårigheter att hantera "små och förväntade" vardagsbekymmer och stressorer;
 - Blir förvirrade, störda eller irriterade och brister i problemlösningsförmågan
- Brister i skötsel av arbete/hem eller som förälder
- "Labila". Korta spontana eller reaktiva depressiva episoder - ibland växlande med uppvarvning.
- Temperamentsfulla - övergående utbrott
- Relationsproblem
- Sömnproblem

Målsättning med "behandlingen"

- Diagnos
- Förståelse
- Undvika sociala och psykiatriska pålagringar
- **Rädda självkänslan**
- Anpassning av miljö
- Fungerande social situation
- **Lindra vissa symtom**
 - CS - koncentration, uppmärksamhet, organisationsförmåga, humörstabilitet, självkänsla, minskad risk för missbruk

Behandling och hjälp vid ADHD/DAMP

- Information
- **Pedagogiskt stöd**
- **Gruppbehandling**
- **Patient- och anhörigförening (Attention)**
- Hjälpmedel
- Boendestöd
- Beteendeterapi
- Medicinering
 - Centralstimulantia, amfetaminliknande
 - Strattera
 - Omega-3 - fettsyror?
- Arbetsminnesträning ("Robo-memo")

Insatser vid autismspektrumstörning

- Individualisera insatserna. Beakta begåvningsnivå, omfattning av autistiska svårigheter och allmän funktionsnivå.
- Ta hänsyn till grundläggande svårigheter som förmågan till funktionell kommunikation, social funktion, stereotypa och ritualistiska tendenser.
- Strukturera miljön så att den blir förutsägbar och förståelig för patienten. Visuellt stöd underlättar ofta.
- Förebygg problembeteenden genom att öka förmågor främst till fungerande kommunikation.
- Rikta insatserna till hela nätverket.
- Psykiatrisk samsjuklighet ska behandlas som sådan, se respektive vårdprogram. Särskild hänsyn till autismspektrumtillståndet behöver tas vid såväl läkemedelsbehandling som psykologisk behandling.

Insatser vid ASD

- **LSS**
 - Individuell plan
 - Daglig sysselsättning
 - Boende med särskilt stöd
 - Tandvård
- Stöd vid studier
- Stöd i arbete
- Försörjningsstöd
- Stöd till närstående
- Gruppverksamhet?
- Boendestödjare
- Social kontaktperson
- Symptomlindrande läkemedel (vid samsjuklighet)

Fall 3

- Symtom
 - "Ängestsymtom"
 - "Psykiatriska symtom"
 - "Periodvis haft svårigheter att klara sina studier p g a sina psykiatriska symtom"
 - "Återfått symtom på ångest och tendens till undvikande beteende"
 - "Inga svårigheter att klara föreläsningar däremot uttalade svårigheter vid grupparbeten och seminarier"
 - *OBS: besvär och svårigheter varierar i intensitet, min anm!*
- Tänkbara diagnoser
 - Social ångest
 - Depression

11

0

Fall 3

- Diagnostik och intygskvalitet
 - Diffus symtombeskrivning, obefintlig diagnostisk precision och inget resonemang om ev underliggande orsaker till besvären.
- Behandling
 - Intermittent farmakologisk behandling - varför inte konstant?
 - Vilka mediciner har prövats? Optimalt behandlad? Byte/tillägg?
 - KBT pågår - vem, vilken metodik, mot exakt vilka svårigheter?

12

0

Fall 3

- Reflektioner
 - Återigen: konkret beskrivning av exakt vilka svårigheter och yttringar av dessa, i vilka situationer? Dialog och tabell!
 - Ska studenten verkligen ersätta grupparbeten och seminarier med "individbaserad" utbildning? Dessa moment synes ur KBT-synvinkel vara perfekta träningsarenor, kärnan i KBT är "exponering och responsprevention".
 - Kan man ta in läkaren och/eller terapeuten för en gemensam diskussion om svårigheter, hjälpbehov och lämpligheten i att hjälpa studenten undvika sina svårigheter?
 - Detta sagt kan ångest ibland vara så plågsam att man behöver undvika de svårare situationerna och i stället börja med att träna på lättare situationer (gradvis exponering "bottom-up" vs "flooding").

12

1



122

Testfråga:
Vad är "flygrädsla"?

123

"Flygrädsla" kan vara uttryck för:

- Specifik fobi (vanligast)
- Social ångest
- Panikångestsyndrom med agorafobi
- GAD
- Tvångssyndrom
- PTSS
- Existentiellt; adekvat och rationell rädsla?

124

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 renlighetstväng.
- 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)

125

Hur vanligt är ångeststörning?

	Punktprevalens	Livstidsprevalens
1. Social fobi	2-19 %	13 %
2. GAD / GÅS	2-4 %	4-8 %
3. Tvångssyndrom	1-2%	2 %
4. Paniksyndrom		3-6 %
5. Agorafobi	3 %	1-8%
6. PTSS		3-6 % (infödda svenskar) 13 % (utlandsfödda i Sv)
7. Specifik fobi	4-7 %	10-13 %
1-5	6,7 % (PART)	20 %
1-7	12-17 % (SBU)	Kvinnor 25-30% (SBU) Män 13-20% (SBU)
Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest (Fhi 2004-2006)	4 % (män) 7 % (kvinnor)	
Ångestsyndrom, primärvård	15-30%	

Fall 4

- Symtom
 - Långvarig depressions- och ångestproblematik.
 - Långdragna koncentrationssvårigheter – längre texter, fokusera och "presterar", "ta sig igenom stora mängder text och att hänga med i undervisningen på föreläsningar."
 - Saknas: livslånga svårigheter, eller "bara" långvariga?
- Tänkbara diagnoser
 - Samtliga psykiatriska tillstånd ger nedsatt koncentrationsförmåga och därmed ökade studiesvårigheter.
 - Hur har ADHD uteslutits?
 - Vid livslånga studiesvårigheter bör man alltid fundera över studentens begåvningsnivå.
 - Dystymi enl läkaren. Kan förklara svårigheterna.
 - Ängslig personlighetsstörning enl läkaren. Förklarar egentligen inte svårigheterna, men kan ge en upplevelse av att inte klara studierna och en rädsla för att försöka.

12

7

Fall 4

- Diagnostik och intygskvalitet
 - Rätt bra, även om det inte heller här framgår någon direkt förklaring av hur patientens studiesvårigheter hänger ihop med de psykiatriska besvären.
 - Hur har ADHD uteslutits? När tillkom studiesvårigheterna?
 - Hur ser hennes liv ut?
- Behandling
 - Fortsatt bedömning och behandling pågår, vilket låter lovande. I arbetslivet förväntar man sig full medicinsk rehabilitering innan arbetsrehabiliteringen tar vid med det som återstår, så varför inte samma tänk vid högskolestudier?
- Läkarens önskemål
 - "Vissa hjälpmedel för att ta sig an sina studier".

12

8

Fall 4

- Reflektioner
 - Vad är **orsaken** till studentens studiesvårigheter? Den primära hanteringen av ohälsorelaterade studiesvårigheter är att åtgärda de underliggande orsakerna där så är möjligt (t ex behandla ADHD och depressioner, stötta i livskriser, stoppa missbruk).
 - Återigen: konkret beskrivning av exakt vilka svårigheter och yttringar av dessa, i vilka situationer? Vad **händer** när hon försöker läsa längre texter, varför går det inte? Klarar hon kortare texter? Dialog och tabell!
 - Hur har hon klarat studier tidigare i livet? Är de föregivna svårigheterna något nytt? Betyg?
 - Nyttillkomna svårigheter är vanligen inte ADHD.
 - Vilka "hjälpmedel" finns det för de beskrivna studiesvårigheterna?

12

9

Fobisk (ängslig) personlighetsstörning



Social hämning, känslor av otillräcklighet och överkänslighet för kritik

- Upptagen av rädsla för att bli illa omtyckt eller avvisad i sociala situationer
- Undviker kontakt om ej säker på att bli omtyckt
- Känner sig lätt förlöjligad
- Undviker aktiviteter där man kan bli kritiserad eller avvisad
- Hämmad i nya sociala situationer p g a känslor av otillräcklighet
- Låg självkänsla, mindervärdeskänslor
- Ser sig som socialt oduglig och underlägsen

130

Lena, 29 år

- Urusel självkänsla, känner sig värdelös som människa
- Skäms för sin person och sitt utseende
- Vantrivs på arbetet, plågas av otillräcklighetskänslor, tror inte att hon klarar vad jobbet kräver
- Får en del positiv feedback, men tror inte på den
- Behöver ständigt stöd, uppmuntran, bekräftelse; effekten sitter i endast en kortare stund om det alls blir någon
- Några få vänner, vågar inte söka nya



131

Fall 5

- Symtom
 - "Dåligt psykiatriskt mående".
 - "Svårt att koncentrera sig".
 - "Kraftig ångest".
 - GAD (generaliserat ångestsyndrom) enligt patienten.
- Tänkbara diagnoser
 - GAD
 - Allt eller inget: allvarlig sjukdom, missbruk, livskris, personlighetsproblematik.

13

2

Fall 5

- Diagnostik och intygskvalitet
 - Undermåligt och oanvändbart
- Behandling
 - Framgår inte
- Läkarens önskemål
 - "Ställningstagande till avlastning samt stöd gällande studier kan vara av stor betydelse."

13

3

Fall 5

- Reflektioner
 - Går inte att bedöma hjälpbehovet utifrån intyget.
 - Saknas tidsförlopp, symtombeskrivning, diagnostiskt resonemang.
 - "Utfärdas på patientens begäran" -> har läkaren känt sig tvingad skriva ett utlåtande hen inte finner befogat, eller anser sig sakna tillräcklig grund för? Vi är skyldiga utfärda intyg på patientens begäran.
 - Tänkbara orsaker till denna sorts intyg
 - Tidsbrist
 - Okunskap
 - Lättja
 - Ogillar psykiatri, tycker någon annan borde ta hand om patienten
 - Pressad av patienten, tycker inte själv att det är motiverat
 - Läkaren kan mycket väl tro att läsaren uppfattar intyget som hen (eventuellt) menat det: "Patienten är inte klok, och som du ser har jag utfärdat ett idiotintyg du kan kasta i papperskorgen!"

13

4

Generaliserat ångestsyndrom

- Orealistisk och överdriven ångest och oro kring många teman, samt svårigheter att kontrollera oron.
- Spänd vaksamhet i form av sömnstörning, svårigheter att slappna av och irritabilitet är vanligt.
- Ofta kombinerat med kroppsliga symptom. T ex muskelvärk, orolig mage, skakighet, trötthet, lufthunger, hjärtklappning, svettningar, muntorrhet, yrsel, urinträngningar, sväljningssvårigheter.

135

Vem
bestämmer
över mina
känslor?

136

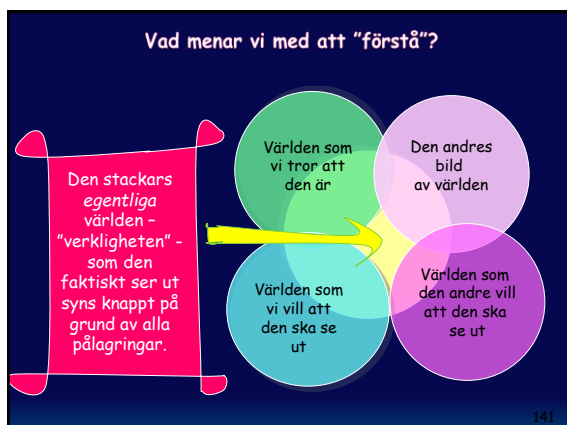
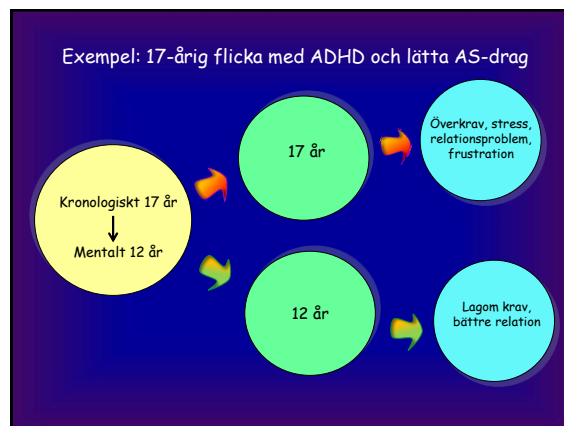
Varför känner jag som jag känner?



137

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

138



I stället för metoder och tekniker

- Möt den andre på ett existentiellt plan
- Odlia en relation att bygga på
- Kontakt, samtal och dialog
- Kom från kärlek och välvilja, bry dig på riktigt
- Respekt, ta på allvar
- Var äkta och autentisk, spela inte en roll
- Likvärdighet och medkännande – det kunde lika gärna varit jag själv
- Närvaro, följ vad som händer
- Ena örat mot innehållet och det andra mot processen
 - Lyssna noga på dina egna känslor och reaktioner
 - Var medveten om den andres reaktioner
 - Red ut och gå vidare när det går snett
- Ge ärlig återkoppling, skapa trygghet

145

Var observant på dina egna reaktioner och känslor i samtalet

- Arg/förbannad?
- Ledsen?
- Besviken?
- Orolig?
- Rädd?
- Misslyckad?
- Glad?
- Nöjd?
- Fantastisk?
- Förälskad?

Känslorna är ditt roder, så var tacksam för dem och lyssna noga

146

Hjälpa en medmänniska i kris

Din första uppgift i den akuta situationen

Vi vill instinktivt ta bort den andres smärta.

Men det kan vi inte.

Försök istället hjälpa den andre att stå ut.

Att hjälpa någon i kris

Vilken betydelse har det inträffade för den drabbade?

Frågan han ställer sig är:
hur blir det nu?

Vilka förväntningar har gått i kras?




Samt...

Varför just jag?





Den centrala uppgiften vid en kris:
 Dra RÄTT slutsatser av det som hänt!



Din andra uppgift:

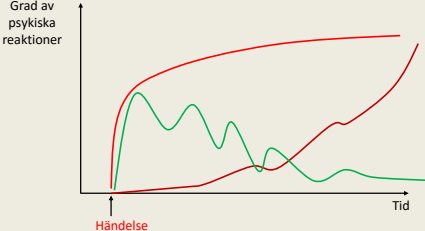
Hjälpa den drabbade att dra RÄTT slutsatser av det som hänt!

↓

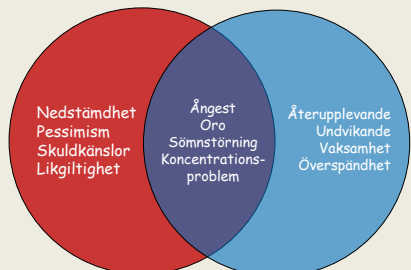
Vad är det allra värsta med det som hänt?
 Vad betyder det som hänt för dig?
 Vad tänker du om det som hänt för framtiden?
 Hur ser du på dig själv, andra människor, framtiden nu?
 Går det att leva vidare trots allt som hänt?
 Hur blir ditt liv framöver, tror du?

Din tredje uppgift

Följ krisens förlopp



Symtomen överlappar



Depression (förlust): Nedstämdhet, Pessimism, Skuld känslor, Likgiltighet.
 PTSD (trauma): Återupplevande, Undvikande, Vaksamhet, Överspändhet.
 Överlappande symtom: Ångest, Oro, Sömnstörning, Koncentrationsproblem.

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 andras reaktioner hjälper dig att göra "rätt".
5. Rekramera flocken.
6. Försök inte ta bort känslorna eller avbryta reaktionen.
7. Hjäl den drabbade att uthärda.
8. Hjäl att ta in och förstå vad som hänt.
9. Hjäl att landa på fötterna; dra rimliga slutsatser och rita rätt kartor.
10. Rädda självkänslan.
11. Hjäl till en fungerande vardag.
12. Följ genom krisen, "watchful eye".
13. Var observant på tecken till outhärdligt lidande, psykisk sjukdom, destruktivt leverne.



Varför är folk inte på jobbet? Diskutera!

1. Medarbetaren är sjuk.
2. MA söker inte, eller tar inte emot, vård.
3. MA får vård, som inte har effekt.
4. MA har en personlighetsstörning.
5. MA dricker.
6. MA trivs inte med medarbetarna, mobbing, utfrysning, konflikter.
7. MA hinner inte jobba - omfattande privatliv, sjuka barn osv.
8. MA saknar nödvändig kompetens.
9. Usel arbetsplats - stress, orimliga krav, integritetskonflikter, ingen arbetsglädje osv.
10. Tråkiga och meningslösa arbetsuppgifter.
11. Usel chef.
12. Bra chef, orimliga krav på denne, dvs kass organisation.

159

Några möjliga insatser för att hålla folk på banan	Alla	Skära	Redan sjuka
Rekrytera rätt - vill, kan, orkar, passar in, ansvarstagande, stabil, självgående	+	++	+++
Gör det möjligt att trivas - kultur, arbetsglädje, mening, gemenskap, stöd	+	++	++
Rätt chef - kunskap, tydlig, gott hjärta, lämplig personlighet, rätt motiv	+	++	++
Chefens ges rimliga förutsättningar - stöd uppträff, vettig chef, rimlig ekonomisk situation, utrymme för god personalvård, kunna styra belastningen	+	++	++
Rimliga organisatoriska förutsättningar - arbetsbörda, chef med befogenheter, integritet	+	++	++
Kollektiv prevention - rimlig stressnivå, balans krav/kontroll, ansträngning/belöning, socialt stöd, Maslach, KASAM, "person-environment fit", samtalsgrupper, mentorsprogram	+	++	+++
Individuell preventiv anpassning (utvecklingssamtal) - vad behöver just Kalle för att trivas?	+	++	+++
Aktiv monitorering (tät kontakt) - hur mår Kalle, vad behöver han?	+	++	++
Kollektiv monitorering (enkäter, APT) - hur mår gruppen i start? Enkäter/besvärsskattningar: LUGSUS-K (LUCIE, QFS-Mismatch, S-UMS, KEBS)	+	++	+++
Identifiera de i riskzonen för ohälsa - kunskap, känna till och reagera på varnings signaler och tidiga tecken, tid, intresse, rutiner, enkäter/skattningar(?)	+	+++	+++
Kriskompetens - veta hur man stöttar människor vid trauma, sorg och livskris	++	+++	+++
Stöd till de som behöver det - från chef, mentor, företagshälsovård, psykiatri	+	+++	+++
Förstå och stötta de med komplicerad personlighet		+++	+++
Rehabiliteringsinsatser för drabbade - Kontakt med chef och arbetsplats, ADA, företagshälsovård, samtalsgrupp, psykoterapi i grupp		+++	+++

Område	Eget material på www.lorami.se
Rekrytera rätt	Rekryteringskurs
Gör det möjligt att trivas	Kurs i att leda med arbetsglädje, hållbart ledarskap
Rätt chef	Ledarskapskurs, kurs om att leva ad modum Stephen R. Covey
Chefens förutsättningar	Ledarskapskurs
Rimliga organisatoriska förutsättningar	Ledarskapskurs, arbetsglädjekurs, stresskurs
Kollektiv prevention	Kurs om stress och stressrelaterad sjuklighet
Individuell preventiv anpassning	Som ovan, ledarskapskurs
Aktiv monitorering	Kurs i samtal och bemötande
Kollektiv monitorering	Skattningsmaterial och bedömningsinstrument
Identifiera de i riskzonen för ohälsa	Grundkurs i psykiatri, stresskurs
Kriskompetens	Kriskurs
Stöd till de som behöver det	Grundkurs i psykiatri, samtalskurs, diverse
Förstå och stötta de med komplicerad personlighet	Fortsättningskurs i psykiatri ("besvärliga människor"), samtalskurs
Rehabiliteringsinsatser för drabbade	Grundkurs i psykiatri, kurs om stress och stressrelaterad sjuklighet

Stressreduktion och arbetsåtgång - vad fungerar? Diskutera!

1. ArbetsplatsDialog för Arbetsåtgång (ADA).
2. Om LUCIE påvisar tidiga tecken på begynnande utmattning kan ADA även användas preventivt för att förebygga sjukskrivning.
3. KBT given av "arbetslivsexperten", "labour experts" (kort utbildning i kognitiva principer).
4. Kollegiala samtalsgrupper.
5. Individuell stresshantering?
6. "Vardagsrevidering" i grupp?
7. Arbetsledarutbildning?

Metoden förefaller behöva ta upp och åstadkomma en förändring av den arbetssituation som lett till sjukdom för att ha effekt.

Vad kan **chefen** göra för att vända ohälsa tidigt?

Diskutera!

- (Förebygg).
- **Vet** hur dina medarbetare mår
 - Regelbundna samtal, samt vid behov.
 - Enkäter/besvärsskattningar: LUQSUS-K (LUCIE, QPS-Mismatch, S-UMS, KEDS).
- **Håll kontakt** med den som inte mår bra.
- Åtgärda snarast missförhållanden.
- Kollegiala samtalsgrupper.

163

Några saker man kan göra för att öka medarbetarnas hälsa och öka chansen att de kommer tillbaka vid sjukskrivning

1. Beakta Maslachs slutsatser, krav-kontroll-stödmodellen samt ansträngnings/belöningsmodellen. Skapa förutsättningar för chefen att vårda sin personal och för normalt folk att trivas (min ann).
2. Rekrityta chefer medvetet.
3. Lär upp cheferna inom hälsofrämjande ledarbeteenden och arbetsförhållanden.
4. Reflekterande kollegiala samtalsgrupper med strukturerat arbetssätt.
5. Arbetsmiljö- och hälsoenkäter, t ex AHA-metodiken.
 - Riktade insatser som engagerar de anställda genom feedback och individuellt anpassade förslag ger störst kostnadseffektivitet.
 - Erbjud de i riskzonen feedback och adekvata hjälpinsatser (FHV, kurser).
 - Förutsätter chefernas engagemang och medverkan.
 - LUQSUS-K-paketet (LUCIE, QPS-Mismatch, S-UMS, KEDS)
6. "Employee assistance program" (ringa en rådgivare dygnet runt, året om).
7. Chefen håller kontakten med och engagerar sig i de som är sjukskrivna.
8. Gruppterapi för sjukskrivna (evidensbaserat och kostnadseffektivt).
9. Adekvata förändringar i den sjukskrivnes arbetsituation.
10. Gradvis arbetsåtgång.

Arbetsplatsen - fokus för interventioner vid utbrändhet, Läkartidningen nr 36, 2011

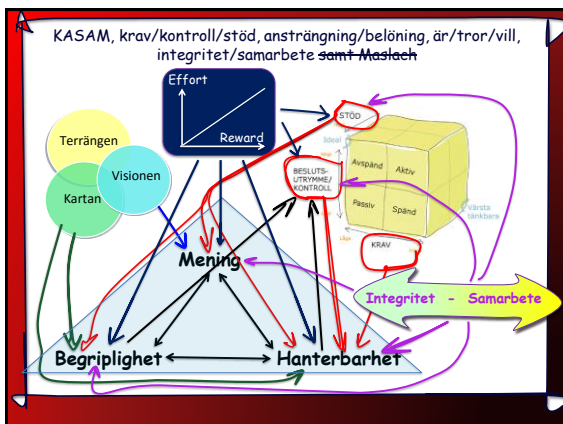
ArbetsplatsDialog för Arbetsåtgång, ADA

1. Syftet att underlätta arbetsåtgång vid stressrelaterad ss genom att i tidigt skede inter文nera på arbetsplatsen.
2. Tidigt inleda dialog mellan den sjukskrivne och arbetsplatsen (närmaste arbetsledare).
3. Avser att rätta till obalansen (mellan t ex krav och kontroll) som antas ha orsakat ohälsa.
4. Söker lösningar, som ibland kan involvera såväl arbetsplatsen som individen
 - Vilka förändringar tycker den sjukskrivne skulle behövas för att kunna återgå i arbete?
 - Därefter intervjuas arbetsledaren på samma tema.
 - Två teammedlemmar träffar nu arbetsledaren och patienten tillsammans på arbetsplatsen för att stimulera till en dialog om hur man nu skulle gå vidare för att underlätta arbetsåtgång.
 - Överenskommelse om förändringar på kort och längre sikt.
5. Halv studiedag om arbetsrelaterad stress och hantering av denna.
6. Enkät LUCIE -> metoden kan användas preventivt.

Arbetsplatsen - fokus för interventioner vid utbrändhet, Läkartidningen nr 36, 2011

Förhållanden som framkallar stress i arbetslivet

1. "Person-Environment Fit"
 - "Hitta rätt man på rätt plats": individbedömning + kravprofil för arbetet
2. Krav/kontrollmodellen
3. Krav/kontroll/stödmodellen
 - "Socialt stöd eller socialt klimat"
 - Isolerad, utan stöd av arbetskamraterna
4. Ansträngning/belöningsmodellen
5. Bristande KASAM
6. "Bristande Maslach"



Diskutera!

Några frågor:

Är detta en person som ö h t kan må bra?

Finns det förutsättningar för just denna person att må bra hos oss?

Går det ö h t att må bra hos oss?

Fråga MA vilken hjälp hen vill ha, och hjälp hen med det

- Fråga medarbetaren hur du bäst hjälper henne!
- Stöd den som mår dåligt att göra sådant hon tycker om och mår bra av
 - promenad
 - fika
 - prata
 - träffa någon vän i vars sällskap hon brukar må bra

169

Hjälpa MA göra saker hen mår bra av



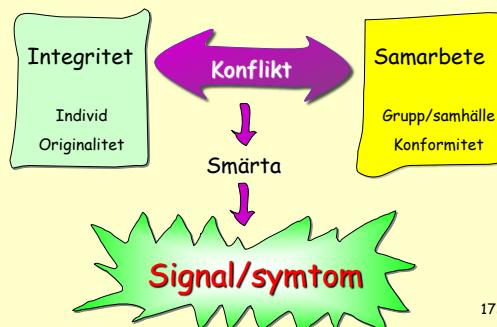
Hjälpa MA återta förlorad mark i tid

1. **Back to basics!** Lära sig leva ett normalt liv igen
 - Sömn
 - Motion
 - Mat
 - Vila, pauser
 - Variation
 - Fritid
 - Familj
 - Struktur
 - Regelbundenhet
2. **Socialt stöd**
 3. Samtalsbehandling
 4. Avspänningsmetoder
 5. Arbetsinriktad rehabilitering
 6. Läkemedel

Slutsats: sluta inte leva ett normalt liv för att du inte "hinner", för förr eller sedan kommer du att bli tvungen att lära dig leva igen!

171

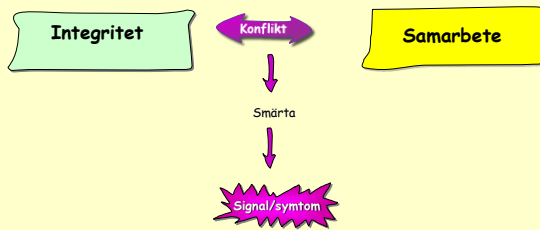
Hjälpa MA hitta balansen mellan sin personliga integritet och arbetskrav på anpassning. Dvs begär bara rimliga saker.



172

Undersök om det brustit här, och åtgärda i så fall

Skapa en organisation som **stödjer** medarbetarnas **möjligheter att hitta en bra balans** mellan egna och organisationens behov



Sanera arbetsplatsen i tid, innan fler stryker med

- Bristande överensstämmelse med de **förväntningar** man själv har.
- För svåra uppgifter, **orimliga krav** och förväntningar.
- **Understimulering** och uttråkning.
- **Belöningen uteblir**
 - Resultaten uteblir, man når inte det man föresatt sig, brunnit förgäves.
 - För litet återkoppling, man ser inte sina resultat.
 - Man får för litet tillbaks, för litet känslomässig näring.
- **Konflikter** med kollegor, ledning eller kunder.
- Negligering och **kränkningar**.
- Allmänt **dålig stämning** på arbetsplatsen.
- **Vantrivsel** med arbetsuppgifter, kollegor och kunder.
- Man ser **ingen mening** med det man gör.
- **Kompromisser** och konflikter mellan arbetskrav och den egna integriteten.

174

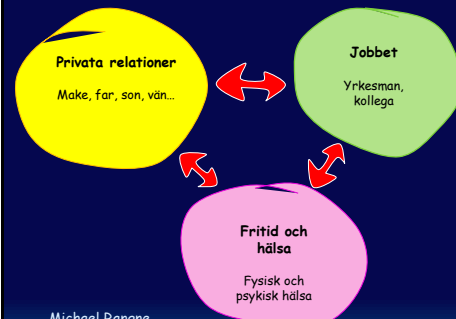
Gå igenom vad som ev. faller ut, och åtgärda

Hög arbetsbelastning värre...

- När det inte är roligt.
- Vid bristande återhämtning.
- Vid oförmåga att koppla bort de känslomässiga påfrestningarna på fritiden.
- När arbetet kräver att man förstår sig.
- Vid bristande överensstämmelse mellan arbetstagarens och arbetsplatsens förväntningar.
- När uppgifterna kommer i konflikt med ens personliga integritet.

175

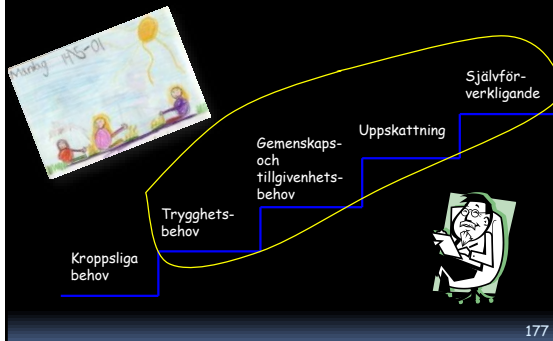
Hjälp din MA få ihop sitt liv



Michael Rangne

176

Hjälp MA tillgodose sina viktigaste behov även på jobbet



177

Se detta avsnitt i depressionsavsnittet! Mycket är allmänt applicerbart.

Att hjälpa en deprimerad - förhållningssätt och praktiska förslag



Stötta MA i att ta emot adekvat vård

- Uppmuntra medarbetarens **kontakt med sjukvården**
 - Följ gärna med vid besöken
 - Hjälp henne att memorera det som sägs vid besöket
 - Hjälp henne att följa ordinationerna
 - Hjälp henne att fullfölja ev psykoterapi
 - Om din medarbetare försämrats - se till att behandlaren snabbt informeras



179

Stötta MA i att ta emot adekvat vård

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

- Psykoterapi
- Antidepressiva läkemedel
- Elbehandling

180

Stötta MA i att ta hand om sin sjukdom

- Ta ordinerad medicin
- Sköt kontakterna med vården
- Lär dig så mycket som möjligt om depression
- Var uppmärksam på tecken på försämring
- Lev klokt
 - Undvik situationer som kan göra dig sårbar för nya depressioner
 - Håll rytmen
 - Stressa lagom
 - Slarva inte med sömnen
 - Var försiktig med alkohol
 - Rör på dig
 - Gör saker du tycker om
 - Umgås med människor du mår bra av
- Tänk på hur du tänker



Om MA har självmordstankar - se till att hen får snar/omedelbar läkarbedömning



Suicidförsök
Suicidplaner/ suicidavsikter/
suicidmeddelanden
Suicidönskan
Suicidtankar

Dödsönskan
Hopplöshetskänsla
Nedstämdhet

182

Akut inläggning

- **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).

183

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

18

Stötta MA i att leva klokt

Lära om

Aktivering

Motion

Kost

Alkohol

Gemenskap

Kärlek

Mening

Slappna av

Humor

Jobbet

185

Stötta MA i att göra det viktigaste rätt

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

186

Stötta MA i att ifrågasätta förvrängda tankar

- Lära sig **känna igen** sina negativa tankar.
- Reagera på och **ifrågasätta** tankarna.
- Korrigera dem ("**svara på tankarna**") och ersätta dem med mer realistiska/adekvata tolkningar och tankar.

187

Hjälp MA att anstränga sig lagom mycket

- Det gäller att hitta **rätt balans mellan kraven på den drabbade och dennes faktiska förmåga**
 - För **låga krav** innebär att din medarbetare inte får optimal hjälp att använda sin egen förmåga att arbeta sig ur sitt tillstånd.
 - För **höga krav** medför att din medarbetare känner sig missförstådd och kan även medföra att hon försämras i sitt tillstånd pga upplevelsen av övermåttiga krav.

188

Hjälp MA välja bort

Sluta med snarast:

Sluta med på litet sikt:

189

Stötta MA till lagom aktivitet

- Stödet bör i mångt och mycket vara ett **stöd till aktivitet** i lagom omfattning
 - Gå upp ur sängen
 - Äta och dricka
 - Duscha
 - Handla
 - Ta en daglig promenad
 - Gå till arbetet om din medarbetare klarar det

190

Stötta MA i att aktivera sig

- **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.

191

Det är inte fel att hjälpa till praktiskt. De flesta **regredierar inte** av medmänsklighet och stöd!

- Väl avvägd **praktisk hjälp** kan vara en lisa
 - Handla
 - Laga mat
 - Diska
 - Hämta barn på dagis
- Se till att **viktiga saker** blir omhändertagna
 - Hyra och övriga räkningar
 - Kontakter med försäkringskassan
 - Kontakter med arbetsgivaren
 - Kontakter med arbetsplatsen
 - Kontakter med sjukvården

192

Försök se till att MA inte gör något hen senare kommer att få ångra

- Se till att din medarbetare **avvaktar med stora och viktiga beslut**.
- **Prata med** din medarbetares barn och andra **närstående personer**, och hjälp även dem till den förståelse och kunskap som du själv har skaffat dig.

193

Några saker MA helst bör undvika

- Stora och viktiga beslut.
- Påtagliga förändringar.
 - Flytta
 - Byta arbete
 - Starta skilsmässoprocesser
- Stora ekonomiska transaktioner.
- Långa och dyra resor.
- Större sällskap.
- Gräl och hårda argument.
- Krav på att "rycka upp" sig.
- Att ge upp.

194

1. Kunskap

2. Professionell behandling

3. Egenvård (= ett klokt liv)



4. Effektivt tänkande

19

Stötta MA i att undvika 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

196

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. (.....)

197

Bemötande och
samtalskonst

Att möta och stödja en människa som mår dåligt

Hur jag vill bemötas:

Hur jag **inte** vill bemötas:

199

All psykiatrisk vård utgår från en
relation
mellan behandlare och patient!

201

Vem
bestämmer
över mina
känslor?

202

Varför känner jag som jag känner?

Händelse

Tolkning/attityd/tanke
om det som händer

Känsla

Beteende/handling
styr av känslan

203

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

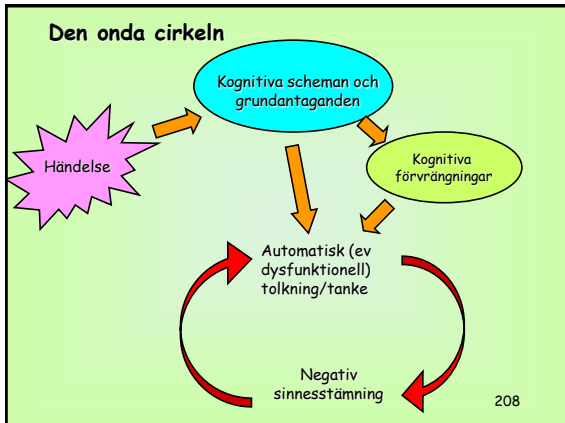
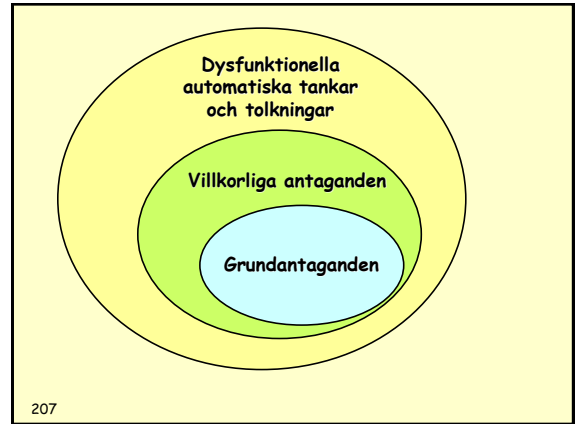
204

Å nej - inte
måndag nu igen!

Underbart -
måndag igen!

"Det är väl för fan den som möter som ska väja!"

Okänd, citerad av Sven Stolpe




Relativisera - inte alltid möjligt vid en kris

Relativisera - inte alltid möjligt vid en kris

Relativisera - inte alltid möjligt vid en kris

Går det att föreställa sig något jävligare än att ens barn blivit ihjälkört av ett fyllo?

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?

212



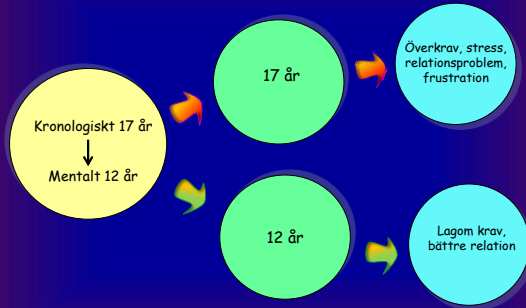
Terrängen - världen som den faktiskt ser ut

Kartan - vår bild av världen

Visionen, förväntningarna - världen som vi vill att den ska se ut, hur det skulle kunna vara

213

Exempel: 17-årig flicka med ADHD och lätta AS-drag

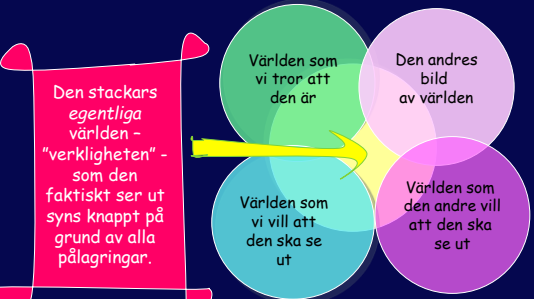


Kronologiskt 17 år
↓
Mentalt 12 år

17 år → Överkrav, stress, relationsproblem, frustration

12 år → Lagom krav, bättre relation

Vad menar vi med att "förstå"?



Den stackars egentliga världen - "verkligheten" - som den faktiskt ser ut syns knappt på grund av alla pålagringar.

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

215

Empatiskt lyssnande


Att lyssna i syfte att förstå.

Du lyssnar på djupet, helt och fullt. Du försöker tränga djupt in i den andres hjärna och hjärta, tankar och känslor, i syfte att se sakerna som hon själv ser dem.

Du lyssnar efter känslor och innebörd.

Målet är att förstå och kunna återge den andres uppfattning lika bra som han själv.

Hör jag bara orden missar jag kanske allt



Ord

↑

Känslor

↑

Önsknningar

↑

Medvetna behov

↑

Omedvetna, fundamentala mänskliga behov

Exempel på förvrängt tänkande

Depression	→ Svartsyn, pessimism, självhat, hopplöshet
Ångestsjukdom	→ Ängslan, oro, uppförstoring
Psykos	→ Vanföreställningar
Autismspektrum	→ Svårigheter att ta andras perspektiv
ADHD	→ Adekvat, men dålig impulskontroll, koncentrationsvårigheter

219

Att hjälpa missnöjda (=stressade) medarbetare

- Hjälp dem åtgärda faktiska problem och missförhållanden.
- Hjälp dem nyansera sina kartor
- Hjälp dem till rimliga och realistiska förväntningar
- Hjälp dem hitta en lagom avvägning mellan samarbete och integritet
- Hjälp dem se fördelarna för dem själva med att samarbeta om rimliga saker på ett bra sätt
- Hjälp dem att ta hand om sin egen integritet

220

Hur ser VÅRA kartor ut?

"Jobbiga" patienter - förslag till utgångspunkt

- Patienten gör alltid **sitt allra bästa**.
- Han har bara **inte kommit på** ett bättre sätt än.
- Kanske **kan du lära honom**, med hjälp av litet autentisk återkoppling?

221

"Det handlar om att man kommer med olika bakgrunder och olika förväntningar till mötet mellan patient och läkare på akuten. Om man **envisas med att behålla sin egen syn** på saker, då blir mötet ju jättedåligt."

Den besvärlige har ofta ingen aning om vad han håller på med

223

Riktig kärlek!

"Man kan inte ändra en annan människa"

Men man kan erbjuda den andre den **självinsikt** som kan få denne att själv vilja ändra sig.

224

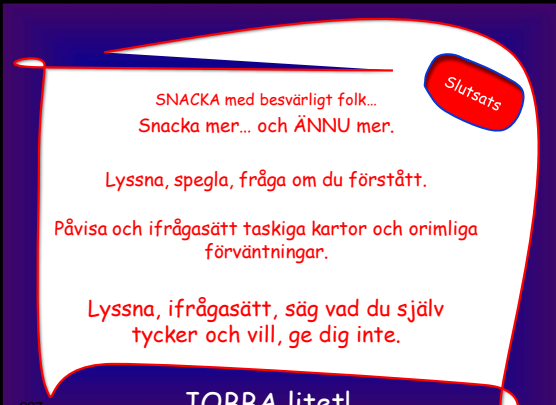
Den personlighetstördes dilemman

- Taskiga kartor, allra mest vad gäller självbilden.
- Förstår inte hur hon upplevs av andra (t ex hon som ställt puckade frågor till föreläsare hela livet).
- Plågad och en plåga, men ingen har försökt förmedla hur personen uppfattas, dvs personen får ingen autentisk återkoppling på sitt beteende.
- Prata med personen, utgå från att alla VILL fungera med andra och få deras uppskattning. GE CHANSEN till självinsikt, mognad och förändring!



"Jag har minsann redan pratat med honom, och inte hjälpte det!"

226



SNACKA med besvärligt folk...
Snacka mer... och ÄNNU mer.

Lyssna, spegla, fråga om du förstått.

Påvisa och ifrågasätt taskiga kartor och orimliga förväntningar.

Lyssna, ifrågasätt, säg vad du själv tycker och vill, ge dig inte.

JOBBA litet!

227



Besvärlig typ?

Där står ju ett stackars ledset och övergivet barn och bönar om bekräftelse!



En fruktbar utgångspunkt?

Patientens beteende är alltid meningsfullt...
...även om vi inte alltid lyckas förstå meningen!

Den missnöjde vill något - vad?

- Den som är missnöjd vill något, vill få något som hen just nu inte tycker sig få.
- Sitt på **samma sida** om bordet, lägg ut problemet "på bordet".
- **Beskriv vad du ser**, fråga om du uppfattat det rätt.
- **Fråga** vad du själv, patienten och ni gemensamt skulle kunna göra för att komma tillrätta med problemet.
- Vid kommunikationssvårigheter och missförstånd: **Be den andre återge** precis vad hen tyckte sig höra att du sa.

230



"Suicidal, men inte allvarligt psykiskt sjuk, så hon får ta ansvar själv."

Det är sjukvården som misslyckats - inte patienten.



232

Vi kan SKAPA besvärliga människor

1. I vårt huvud
2. Med vårt beteende
3. Genom vår organisation



233

Några anledningar till att en människa är "besvärlig"

1. Du själv
2. Relationen/interaktionen
3. Situationen
4. Livet
5. Sjukdom
6. Personligheten/karakteren
7. Taskiga kartor och orimliga förväntningar
8. Svårigheter att balansera konflikten mellan integritet och samarbete
9. Brister i uppfostran?

234

Några anledningar till att en människa är "besvärlig"

1. **Du själv**
 - uppfattar inte den andre korrekt
 - projektioner av egna problem och misshagliga personlighetsdrag
 - orimliga förväntningar
 - du bemöter den andre på ett så otrevligt sätt att denne svarar med samma mynt
 - du har själv med ditt beteende *lärt* personen att vara på detta vis mot dig
2. **Relationen/interaktionen**
 - Bristande relationsfärdigheter som leder till missuppfattningar, besvikelse och antipati.
3. **Situationen**
 - Stress, konkurrens, i "systemet" inbyggda och ofrånkomliga konflikter, orättvisor.

235

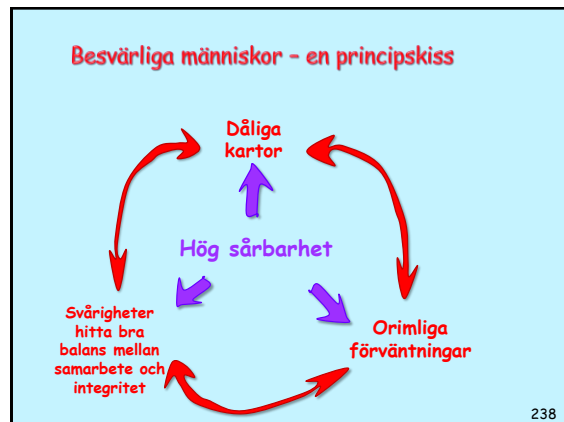
Några anledningar till att en människa är "besvärlig"

4. **Sjukdom**
 - Kroppslig sjukdom (hjärntumör, demens, stroke)
 - Missbruk, beroende, abstinens
 - Psykiskt sjuk (depression, psykos, mani, ångestsjukdom...)
 - Neuropsykiatrisk problematik (ADHD, Aspergers syndrom, låg begåvning)
5. **Personligheten/karakteren**
 - Personlighetsstörning (narcissism, borderline, psykopati m fl)
 - Kverulansparanoia, rättshaverism
6. **Livet - livskris/utvecklingskris/trauma**
7. **Taskiga kartor, orimliga förväntningar och integritetsproblem**
 - Uppfattar och tolkar oss och våra intentioner felaktigt
 - Orimliga förväntningar på livet och andra människor.
 - Bristande balans mellan integritet och samarbete.
8. **Brister i uppfostran (personen är helt enkelt ohörsam och otrevlig)?**

236

"Svåra" människor och tillstånd

<p>1. Personlighetsproblematik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bristande personligt ansvarstagande - Emotionellt instabila - Histrioniska - Narcissism - Antisociala/psykopatiska - Paranoida - Rättshaveristiska - Negativistiska och svartsynta - Passivt aggressiva - Osjälvtändiga - Fobiska - Tvångsmässiga 	<p>2. Psykisk sjukdom</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depression - Bipolär sjukdom - Ångestsjukdom 	<p>3. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADHD - Autistiska tillstånd - Svagbegåvning
---	--	--



Aspekter på bemötande och hjälp

241





Du kan insistera på rutiner för rutinernas skull, men det är inte gratis

- ❑ Människor vill inte bli behandlade som objekt, som en del i ett kollektiv.
- ❑ De förväntar sig **personliga gränser** och förhållningsorder.
- ❑ De har rätt till en **personlig förklaring** till varför det måste vara så eller så.

När man väl förstått är det jättebra att ha riktigt många tankar, idéer, förhållningssätt, referensramar och attackvinklar att välja bland. När patienten bara har ett sätt att tänka och göra på behöver vi desto fler.

245

Ge råd? Diskutera!

"I don't really have advice for people, except one thing: don't take any advice."

Fega inte ur - ett gott råd kan betyda mycket för patienten!

Råd för krisstödsarbete, modifierade från Terapins gåva av Irvin D Yalom

Var ett bollplank

Ge inte råd, men dela med dig av dina egna upplevelser och erfarenheter.

"Jag kan inte säga hur du ska göra, för det vet jag inte, men jag berättar gärna hur jag själv tänker om detta. Vill du det?"

Råd till rådgivare

Skaffa dig en **invitation**.
Var ett "bollplank".
Har den andre något **eget förslag**?
Skilj på råd och **goda råd**.
Kom med ett **erbjudande**.
Fatta inte beslut åt den andre.
Ta inte över ansvaret.

2016-04-28 Michael Bångne 249

Skaffa dig en invitation

"Jag hör att du har det svårt, och jag skulle gärna prata med dig om det. Skulle du vilja det?"

Inträdesbiljettens valuta:

- Vänlighet
- Värme
- Omsorg
- Intresse
- Empati

250

Kom med ett erbjudande

- Skulle jag kunna vara till hjälp för dig på något sätt?
- Du vet att jag alltid har tyckt mycket om dig, och jag vill gärna hjälpa dig om jag bara kan.
- Jag är osäker på vad jag kan göra för att hjälpa dig utan att du känner dig invaderad - kan du berätta hur jag bäst kan stötta dig?
- Hör gärna av dig framöver om jag kan bidra med något - jag gör det gärna!

Empati i praktisk handling

Vad **behöver** denna människa just nu?

↓

Hur kan **jag** hjälpa henne med det?

Stötta på rätt sätt

- **Fråga** patienten hur du bäst hjälper henne.
- **Stöd** din anhörige att göra sådant hon tycker om och mår bra av
 - promenad
 - fika
 - prata
 - träffa någon vän i vars sällskap hon brukar må bra

253

Målet

Den andre ska inte bara göra något...

Han ska vilja göra det han gör!

Alla människor hatar att ta order



"No involvement, no comittment"

255

Vi vill varken ha beröm eller metoder

-

Vi vill ha äkta kontakt och närande relationer



Alternativ till beröm:

"TACK!"

Om att skapa en allians - en början

- Alla vill något.
- Finn ut (fråga!) vad just denne person vill.
- Bekräfta önskemålet.
- Förmedla att du vill hjälpa patienten att uppnå detta.

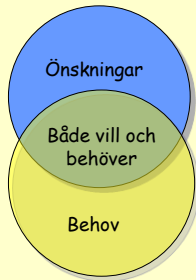
Önskan eller behov?

Vad patienten **vill och önskar**

- Vi måste börja här; intressera oss för och ta reda på.

Vad patienten **behöver**

- Vi måste intressera oss även för detta, utan att sätta oss över patienten eller reducera honom till objekt.



Skilj på råd och **goda råd**

Ett gott råd

- ges utifrån god kännedom om just den rådet gäller, anpassat till just denna persons behov och sätt att vara.
- framförs på ett sätt som gör intryck.
- framförs en gång.
- överlämnas till den andre som en möjlighet att överväga - inte som ett krav.

2015-04-28 Michael Bålsgrre 290

Det är ingen **match** mellan er

Ge ett erbjudande...
...men fatta inte **beslut** åt den andre!

Ta inte över ansvaret - sortera det

Patientens ansvar	Läkarens ansvar	Någon annans ansvar

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

Bra saker	Dåliga saker	Bra människor	Dåliga människor

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

265

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!

Det viktigaste

- Sällan fråga om teknik eller metod.
- **Gott hjärta, sunt förnuft, tid och basala kunskaper** om psykologi och psykisk ohälsa är det viktigaste.
- Kunskaperna ger dig självförtroende och skapar trygghet och tillit hos patienten.

God kommunikation är inte fullt så svårt som det påstås



Man kommer väldigt långt genom att vara äkta, skapa förtroende, visa respekt, ta den andre på allvar och **visa att man vill den andre väl.**

Om jag **bryr mig på riktigt** och visar litet hyfs förlåter patienten mig en hel del.

268

Bemötande av patienter med psykiska besvär

- **Kunskap** om tillståndet
- **Tid och intresse**
- **Bry dig på riktigt, du måste vilja väl** (affektiv empati)
- **Lyssna, ta reda på patientens behov** (kognitiv empati)
- **Psykopedagogik** - berätta, förklara, begripliggör för patienten, visa på **internetsidor och patientföreningar**
- **Hjälp patienten se att han är okay**, att det är hans sjukdom som ställer till det
- Gör en **överenskommelse** om vad ni ska göra

Stödande och jagstärkande förhållningssätt

- Väsentligaste metoden i **den akuta fasen.**
- **Information** och utbildning om tillståndet, gärna patientbroschyr, lästips, info om patientföreningar.
- **Förmedla förståelse, sympati och tröst.**
- **Validera patientens reaktioner;** de är begripliga och normala utifrån situationen och historien.
- **Härbärgera** patientens plågsamma känslor.
- **Avdramatisera och inge hopp.**
- **Motivera** till att ta emot behandling.
- **Hjälp med problemlösning** och hanterande av praktiska problem. Temporär regrediering i ett akut läge kan vara helt okay.
- **Finns utlösande faktorer** eller försämrande omständigheter som kan åtgärdas?
- **Hjälp patienten ta avstånd** från depressiva skuld-känslor och vanföreställningar.

270

Vad menas med "terapeutisk allians"?

Den terapeutiska relationen/alliansen

1. Affektiv relationell komponent inkluderande **det känslomässiga bandet och anknytningen** mellan patient och behandlare.
2. **Samarbetsaspekt** - man är överens om behandlingens mål och medel.



Vad utmärker en bra psykoterapi?

Viktiga faktorer för ett gott resultat

- Den terapeutiska alliansen (mötet, relationen)
- **Metoden**
 - Ett **integrativt synsätt** på tekniken (viktigast är vad som hjälper patienten)
 - Tydlig **bruksanvisning** till patienten
 - **Exponeringen**
- **Terapeutens kompetens**
 - Omedveten, automatiserad hantverkskicklighet
 - Skapar en tydlig och öppen **relation** till patienten
 - **Empatisk förmåga**
 - Förstår och respekterar **patientens behov**
 - **Upptäcker och reparerar brister i arbetsalliansen**
- **Patientens motivation**

272 lästips: Vad är verksamt i psykoterapi (Björn Philips, Rolf Holmqvist)

Forskning visar att...

...avgörande för psykoterapieresultatet är:

- Värme
- Empati
- Äkthet



273

...allt arbete är tomt, utan kärlek (...) Det är att fylla allt du skapar med en fläkt av din egen ande (...). Arbeta är kärlek som gjorts synlig (...). Ty om ni bakar bröd med likgiltighet bakar ni ett bittert bröd, som endast till hälften mättar människans hunger.

Kahlil Gibran, Profeten

Michael Rangne

2016-04-28

274

I stället för metoder och tekniker

- Möt den andre på ett existentiell plan
- Odlar en relation att bygga på
- Kontakt, samtal och dialog
- Kom från kärlek och välvilja, bry dig på riktigt
- Respekt, ta på allvar
- Var äkta och autentisk, spela inte en roll
- Likvärdighet och medkännande - det kunde lika gärna varit jag själv
- Närvaro, följ vad som händer
- Ena örat mot innehållet och det andra mot processen
 - Lyssna noga på dina egna känslor och reaktioner
 - Var medveten om den andres reaktioner
 - Red ut och gå vidare när det går snett
- Ge ärlig återkoppling, skapa trygghet

275

Var observant på dina egna reaktioner och känslor i samtalet

- Arg/förbannad?
- Ledsen?
- Besviken?
- Orolig?
- Rädd?
- Misslyckad?
- Glad?
- Nöjd?
- Fantastisk?
- Förälskad?

Känslorna är ditt roder, så var tacksam för dem och lyssna noga

277

Patientens kontaktförmåga

God förmåga till känslomässig kontakt.

Kul, gratifierande.

Några orsaker

- Tidiga livserfarenheter
- Erfarenheter av psykiatri
- Sjukdom/funktionsnedsättning

278

Kan eller vill inte. Temporärt eller permanent nedsatt förmåga.

Kan provocera vår narcissism och vårt behov av att betyda något.

Att vara anhörig eller hjälpare

Man känner sig

- Avisad
- 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!

279

Suicidant utan bostad



Problemet med projektioner

Det ansvar jag inte tar hamnar hos den andre som **skuld**.

Själv lär jag mig inget och utvecklas inte.

Nästa patient riskerar därför att råka lika illa ut.



Varje samtal är ett experiment

- Man kan därför inte göra "rätt" eller "fel".
- Man kan endast utföra experiment som när eller inte uppnår sitt syfte.
- Varje samtal är ett nytt experiment, en ny möjlighet att bli skickligare, en ny chans att lära något av den människa man har framför sig.

283

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 tidandet

284

Lathund för samtal med den som inte verkar må bra eller redan blivit sjukskriven (del 1)

- Tillräckligt med **tid**, **goda kunskaper** och **gott omdöme** underlättar.
- **Dialog**, likvärdighet, akthet, intresse och respekt.
- **Viktigast är att du bryr dig**, vill väl och visar det.
- Förmedla att du vill hjälpa.
- Förmedla vad du ser, **fråga** om du uppfattat rätt.
- **Bekräfta**, begripliggör, normalisera.
- Be MA **berätta mer** om hur hen mår.
- **Fråga** hur illabefinnandet **påverkar funktions- och arbetsförmågan**. Vad går inte alls, vad är svårt? **Försök precisera arbetshindret**.
- Vad skulle hända om MA ändå försökte göra detta? Har hen provat?
- **Fråga** om MA har någon tanke om varför hen mår dåligt. Har det hänt något? Hur har MA det i sitt liv privat?
- **Upplever MA att något på arbetsplatsen bidrar till symtomen?**
- **Om arbetsplatsen upplevs bidra: vad skulle vi behöva ändra här?** Kan vi göra något som skulle göra det möjligt för dig att börja arbeta igen?

285

Lathund för samtal med den som inte verkar må bra eller redan blivit sjukskriven (del 2)

- Oavsett orsaken: **hur kan vi stötta dig härifrån?**
- Är du osäker på om du ska prata eller fråga om något, säg det. **Fråga** om den andre vill att du tar upp det.
- **Uppmuntra delaktighet**, fråga och föreslå, undvik maktspråk.
- **Uppmuntra eget ansvarstagande**; låt den andre "äga" sin problematik. "Vad skulle du själv kunna göra för att må bättre eller återgå i arbete?"
- Har MA sökt **professionell hjälp**? Var, vad, bedömning/diagnos, insats? Tar hen del av föreslagna insatser?
- Kontakt med försäkringskassan?
- Efter kartläggningen, **försök komma fram till en plan, tillsammans med MA** så att hen kan förväntas medverka.

286

Hur kan man minska risken för att samtalet ska gå snett eller försämra medarbetarens tillstånd?

- **Oron** att ställa till det är **befogad**, den som mår dåligt är känsligare än andra för motgångar, kritik och olyckliga formuleringar.
- Men ett hyfsat samtal leder nästan alltid till att den andre mår **bättre** ett tag.
- Låt den andre visa vägen. Liten risk att skada om du varsamt följer samtalets utveckling och den andres reaktioner.
- **Samtalskonst hamnar om närvaro - inte om teknik.**
- **Var uppmärksam på såväl dina som medarbetarens känslor och reaktioner. Dessa är din främsta vägvisare i samtalet.** Din medarbetare kan lära dig det mesta du behöver, om du bara lyssnar uppmärksam.
- När samtalet verkar gå snett - säg vad du upplever och be om hjälp.
- Om du är orolig för att göra medarbetaren illa - säg det, och be att hen säger till om du säger något som inte känns bra.
- **Fråga** här och var om samtalet känns okay.

287

Vilka verktyg har vi?

- Kärlek
- Empati och medlidande
- **Humor**
- Sunt förnuft
- Kunskap och erfarenhet
- **Äkthet**
- Vårt eget liv
- **Vår egen person**



288

Li Chengping

"Det är inte bara Yao Jiaxin. Vi är allihopa sjuka. Vi måste inse att bästa uppfostran är att lära barnen älska sina medmänniskor."

289

Svårt med sympatin?



Vilken otrolig tur jag har, för...

...?

...det kunde ju ha varit ...

...jag själv!!!

290

16-åringen på villovägar



Varför skulle hon lyssna på dig?

Varje problem i relationen är en möjlighet!

En möjlighet att bygga upp det emotionella bankkontot i denna relation.

Vi försöker lösa problemet och förbättra vår relation samtidigt.

Vi hjälper patienten och odlar vår relation.

Det är inte ofarligt att arbeta med människor

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



Tack till Maria Larsson!

293

Skydda dig själv

- Upplevelse av **mening** med det som sker.
- Känsla av att du **ger något**, uppleva att du **gör skillnad** för någon annan, utan egen vinning.
- **Få ut något** för egen del, låt dig berikas.
- **Fokusera på det positiva**, på glädjen, på det som faktiskt sker - inte det som ännu inte skett.
- **Tacksamhet** för det som sker och det du får.
- **Rimliga krav** på dig själv - det krävs två för en tango.
- **Acceptans** - behandla det som går och lär dig leva med resten (båda parter).
- **Stötta varandra** i arbetsgruppen. Regelbundna möten i gruppen om stress och hur ni har det, gärna ledda av utbildad samtalsledare.
- **Stöd utanför arbetet.**
- **Ha ett liv.**

2016-04-28

Michael Rangne

294

Enbildskurs, arbetsmiljö och arbetsglädje

Hur är vi mot varandra här hos oss?

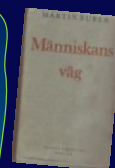
295

Martin Buber



Äkta eller falsk dialog =
äkta eller falskt möte

Om du bara låtsas får du betala priset
(ingen relation och ingen växt)



296

Vad kan vi lära av Buddha?

Om vi har ödmjukhet kommer vi att se varje situation och varje människa som vår lärare.

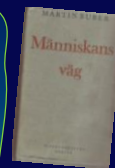
Sökaren nr 1/1986

Martin Buber



Äkta eller falsk dialog =
äkta eller falskt möte

Om du bara låtsas får du betala priset
(ingen relation och ingen växt)



298

Hur skulle det kännas för den andre om...

...han upplever att han har betydelse för oss, att han ger även oss något värdefullt för vår egen del?



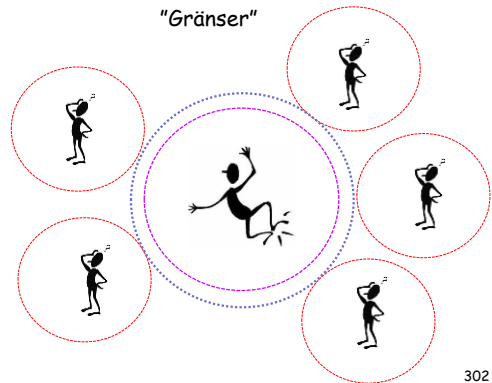
Lathund för fungerande kommunikation

- Försök först att förstå, först därefter att själv bli förstådd.
- Dörröppnare: "berätta mer".
- Lyssna efter DEN UNDERLIGGANDE KÄNSLAN.
- "Spejla" vad du uppfattar att den andre säger.
- Bekräfta patienten, visa att du tycker hans känsla är förståelig och okay.
- Använd "jagbudskap".

Allt det som är viktigt vid bemötandet av "vanliga" människor är *ännu* viktigare här!

- Alliera dig. Visa att du bryr dig och vill väl.
- Vänlighet och empati.
- Ilska och högljuddhet bemöts med mildhet och låg röst.
- Bekräfta den andres känslor, förmedla att de är förståeliga och okay.
- Ta på allvar och visa respekt.
- Kränk *aldrig* människor! Rädda människor slåss för livet, kränkta slåss för hedern.

"Gränser"



302

Tips för att hantera människor i "röd zon"

- Håll dig själv lugn, höj inte rösten.
- Var närvarande, uppfatta vad som händer.
- Ta ansvar för "klimatet". Vänlighet och mjukt tonfall.
- Logik, vädjan till det vuxna i den andre och humor fungerar vanligen inte.
- Köp tid: Erbjud kaffe, mat, vila, paus, betänketid, värme.
- "Kom" från rätt plats: Visa att du är vän, på hans sida, att du vill väl.
- Förmedla empati, att du ser hans smärta.
- Begripliggör och normalisera.
- Be den andre om råd.

303

Arga, missnöjda och hotfulla människor

1. Uppmärksamma de negativa känslorna. Ta dem inte personligt, troligen handlar de egentligen inte om dig.
2. "Stoppa" samtalet, byt från innehåll till "process".
3. Förmedla din upplevelse. Fånga upp och förmedla den underliggande KÄNSLAN!
 - "För mig verkar det som att du är väldigt "upprörd"/arg just nu. Är det så?"
 - "Är det mig eller något jag gör i vårt samtal som du är upprörd över? Är det något som jag kan göra annorlunda?"
4. Påpeka konsekvenserna.
 - "När du är så här upprörd har jag svårt att veta hur jag ska tala med dig på ett sätt som du är hjälpt av."
5. Fråga om det är något du kan göra för att hjälpa den andre med de jobbiga känslorna, så att ni sedan ska kunna komma vidare i samtalet.
 - "Jag behöver din hjälp. Hur kan jag göra för att hjälpa dig med din upprördhet, så att vi sedan kan fortsätta vårt samtal?"

304



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 hypothyreos

306

Hur märker man att någon är psykiskt sjuk?

Svar: det märker man ofta inte alls!

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
- **Praktiskt stöd enligt LSS**
- Ev. **läkemedelsbehandling eller psykoterapi**

Psykiatrisk undersökning

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

Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

Symtom
Anamnes
Psykiskt status


Intervjuformulär och skattningsinstrument

Syndrom


Sjukdom

Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

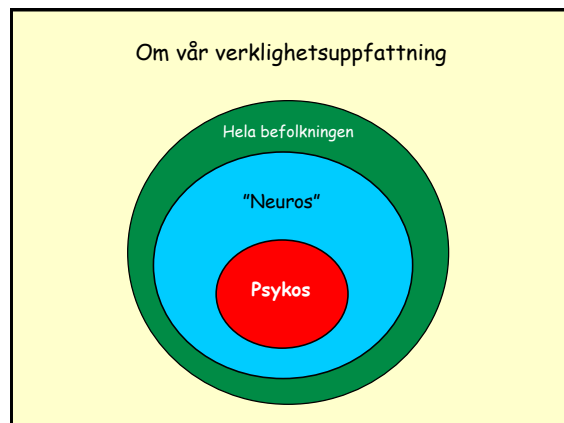
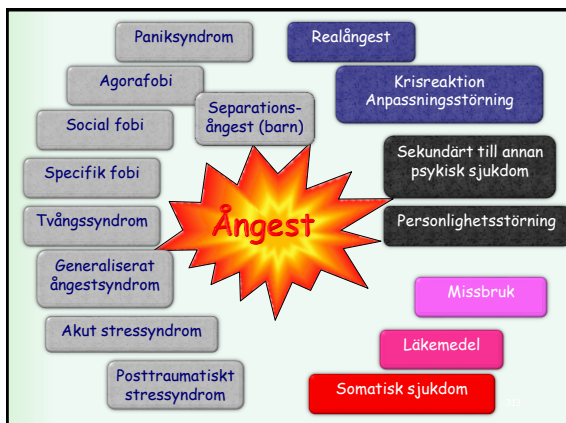
- Symtom**
 - **Anamnes**
 - Vad patienten berättar
 - Vad andra berättar
 - Involvera gärna **anhöriga** för kompletterande uppgifter, såsom aktuellt sjukdomsförlopp, eventuella självmordsmeddelanden och tidigare hypomani
 - Journalen
 - Social situation, stöd, nätverk
 - **Psykiskt status**
 - Det vi direkt kan se
 - Patientens framtoning och beteende
 - Sätt att relatera till andra
 - **Intervjuformulär och skattningssinstrument**
- Syndrom**
 - Jämför aktuella symtom och statusfynd med kriterielistor enligt DSM IV/ICD 10
 - Vardera lidande och funktionsinskränkning
- Sjukdom**
 - Aktuellt syndrom/episod och ev tidigare episoder vägs samman



- Hur ser patienten ut?**
 - Hur är han klädd?
 - Misbrukstecken?
 - Skarsår på handlederna?
 - Avmagrad?
- Fullt vaken?**
- Fullt orienterad?**
- Intellectuella funktioner**
 - Minne?
 - Bågämnig?
- Ger han fullgod kontakt?**
 - Formellt?
 - Emotionellt?
- Sinnesstämning**
 - Neutral?
 - Sänkt, irriterad, dysforisk?
 - Färdig, euforisk, irriterad, expansiv, grandios?
- Affekter**
 - Labila, avtrubbade, indekvalta?
 - Orlog, ångestfylld?
 - Hotfull, aggressiv?
- Motorik och mimik**
 - Motorisk oro, rastlös?
 - Hämmad motorik och mimik?
- Tal**
 - Färdigt, enstavigt, stackato, svarsläta, idéfattigt?
 - Flödande, talträngd, hög röst, svår att avbryta?
- Hur tänker patienten?**
 - Koncentrationssvårigheter?
 - Innehållsfattigt?
 - Lösa associationer, tankeflykt, splittrad?
 - Tankestopp?
 - Tankesträngelse?
 - Förbisvar?
- Vad tänker patienten?**
 - Depressivt tankeinnehåll?
 - Grandios tankeinnehåll?
 - Övervärldiga idéer?
 - Vanföreställningar?
 - Tvångstankar?
- Perceptionsstörningar**
 - Illusioner?
 - Hallucinationer?
- Självmoordsbundenhet?**
 - Livledda, hopploshet, dödsönskan, självmordstankar, självmordsplaner, självmordsförsök?
- Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation**



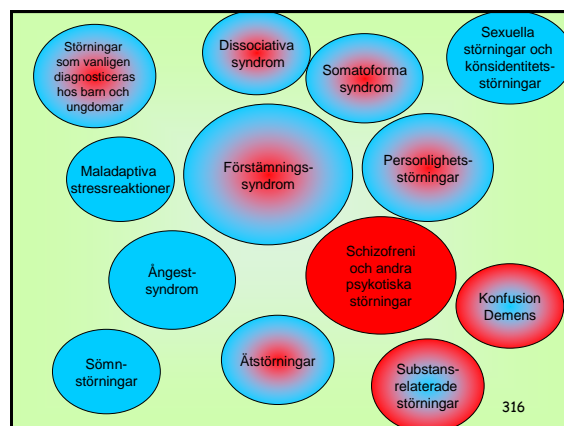
312

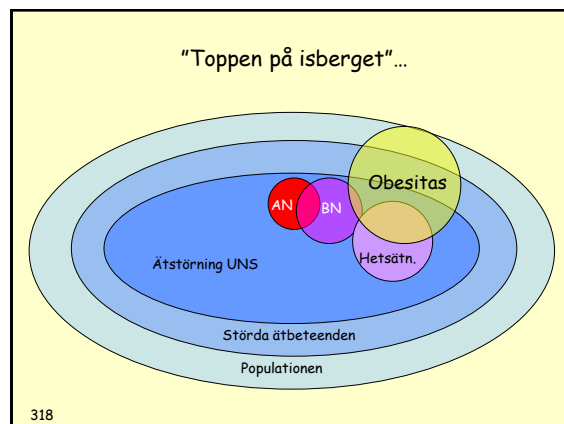
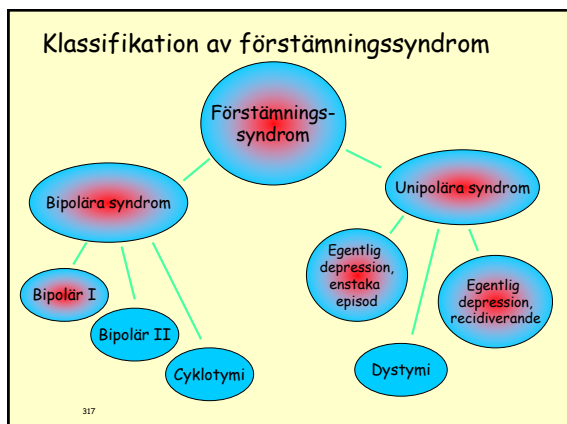


Några av de vanligaste tillstånden

- 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

315





Frisk eller sjuk?

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

Påtagligt lidande eller funktionsnedsättning?

319

Vad gör vi med Kalle som inte funkar längre?

Och Lisa, som aldrig funkade som hon borde?

Har personen alltid varit besvärlig, eller är det nytt?

320

Några vanliga skattningsinstrument

Depression <ul style="list-style-type: none"> MADRS + MADRS-S PHQ-9 BDI 	ADHD och Asperger <ul style="list-style-type: none"> ASRS-VI.I Connors formulär Formulär A
Ångest <ul style="list-style-type: none"> Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD CPRS-S-A Social Phobia Anxiety Scale BOCS 	Psykos <ul style="list-style-type: none"> BPRS PANSS GAF symptom GAF funktion
Mani <ul style="list-style-type: none"> MDQ HCL-32 	Demens, kognitiv svikt <ul style="list-style-type: none"> MMT
Missbruk/beroende <ul style="list-style-type: none"> AUDIT/DUDIT 	Suicidrisk <ul style="list-style-type: none"> MINI suicidriskbed SSI SIS

321

Förslag till skattningsinstrument för omdömesgill chef vid Försäkringskassan

- Screening: DSM 5 screening (17 frågor) "Frågor om hur du mår"
- Depression: PHQ-9 och MADRS-S
- Ångest och depression: HAD och CPRS-S-A
- Social ångest: Social Phobia Anxiety Scale
- Posttraumatisk stress: PCL-S
- Stress: Karolinska Exhaustion Disorder Scale
- S-UMS (Självskattat utmattningssyndrom) "Vardagslivets stress"
- ASRS-VI.I
- AUDIT
- ADHD:
- Alkohol:

Förslag till skattningsinstrument för omdömesgill chef vid Försäkringskassan, del 1

Tillstånd	Instrument	Var
Screening	DSM 5 screening (17 frågor)	
Screening	"Frågor om hur du mår"	www.lorami.se/onewebmedia/Mina/Psykiatri/Fr%C3%A5gor%20om%20hur%20du%20m%C3%A5r.pdf
Depression	PHQ-9	www1.psykiatristod.se/Global/Bilagor/PHQ-9_svensk.pdf
Depression	MADRS-5	www1.psykiatristod.se/Global/Blanketter/MADRS-Sjalvskattning.pdf
Ångest och depression	HAD	www.lorami.se/onewebmedia/Mina/Skattning/HAD%20(al%20HADS)%2C%20Hospital%20Anxiety%20and%20Depression%20Scale.pdf
Ångest och depression	"Hur mår du idag?" (CPRS-S-A)	www.lorami.se/onewebmedia/Mina/Skattning/Hur%20m%C3%A5r%20du%20idag%20(symtom%20op%C3%A5%20depression%20och%20op%C3%A5ngest).pdf
Social ångest	Social Phobia Anxiety Scale	www1.psykiatristod.se/Global/Psykiatristod/Bilagor/angestsyndrom/LSAS-SR.pdf

Förslag till skattningsinstrument för omdömesgill chef vid Försäkringskassan, del 2

Tillstånd	Instrument	Var
Posttraumatisk stress	PCL-S	www1.psykiatristod.se/Global/Psykiatristod/Bilagor/angestsyndrom/PCL-S.pdf
Stress / utmattning	KEDES, Karolinska Exhaustion Disorder Scale	www1.psykiatristod.se/Global/Blanketter/KEDES.pdf
Stress	Vardagslivets stress	
Stress / utmattning		www.vregion.se/upload/Regionkanslierna/ISM%20Institutet%20of%20B6r%20stressmedicin/Publikationer/Formul%C3%A4r/ISM%20Formul%C3%A4ret%20s-UMS%20med%20minnua.pdf
ADHD	ASRS-V1.1	www1.psykiatristod.se/Global/Psykiatristod/Bilagor/ADHD/ASRS_ADHD_Symtom%20Checklista_20160202.pdf
Alkohol	AUDIT	www1.psykiatristod.se/Global/Bilagor/audit.pdf

"Frågor om ditt välbefinnande"

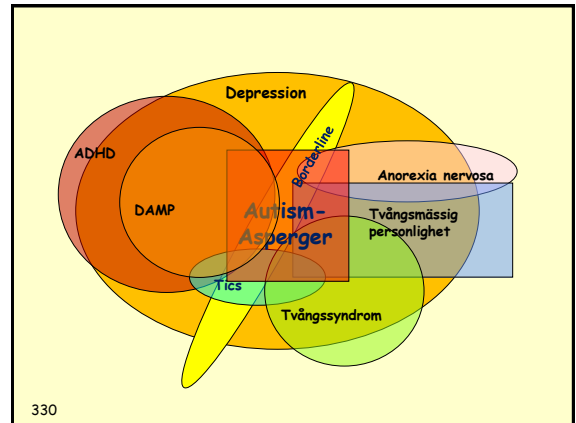
Frågor om Ditt välbefinnande (psykiatri)

Det är vanligt att våra patienter har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. För att minska risken för att "missa" viktiga besvär som kanske pågår Dig - med risk för att Du inte får bästa möjliga behandling - ber vi Dig att fylla i detta formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så inkluderar vi denna blankett så fort vi har tillrätt på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten.

Frågor om Ditt välbefinnande (vårdcentral)

Det är vanligt att människor som besöker vårdcentralen har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. Vanligen handlar det om ångest och nedstämdhet. För att lättare upptäcka om Du är en av många som är drabbad av dessa mycket vanliga besvär ber vi Dig att fylla i detta formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så inkluderar vi denna blankett så fort vi har tillrätt på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten.

330



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 psykiatri 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."

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 bevapnad
- Kommer till Serafen med kniv i fickan
- Hatar sig och sitt liv


Drabbad av jästsvamp



333

Diagnos?

- Jästsvampinfektion
- Hypokondri
- Tvångssyndrom
- Somatiseringssyndrom
- Vanföreställningssyndrom
- Schizofreni
- Depression



334

Konsekvenser av att inte bli återställd

- Trötthet, minnessvårigheter m fl kvarstående symtom
- Nedsatt stresstolerans
- Kroppslig sjukdom (hjärt/kärlsjukdom, diabetes)
- Missbruk
- Suicid
- Nedsatt självtillit
- Försämrade relationer
- Sociala sviter
 - Ekonomi
 - Karriär
 - Ensamhet och isolering
 - Långtidssjukskrivning och sjukersättning

335

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

33

Akut inläggning

- **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).

337

Sex gyllene regler för god psykisk hälsa

1. Sov: Goda sömnvanor, 6-9 timmar/natt
2. Knyt band: Till familj, vänner, medmänniskor
3. Motionera: Gärna 3 x 30 min/vecka
4. Ät: Sunda kostvanor
5. Fortsätt lära: Behåll nyfikenheten, testa nya saker
6. Ge: Tid, kärlek, uppmärksamhet
7. KASAM: Sök meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet (eget tillägg)

Ref: Mental capital and wellbeing: making the most of ourselves in the 21st century, 2008
338

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 inte få jobbet
2. **Kan inte berätta**
 - Ingen sjukdomsinsikt
 - Förstår inte sina personlighetssvårigheter, tror att det är fel på andra eller att han 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

339

Tråkigt men sant

- 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

340

Vad funkar på en arbetsplats?

	OK, OM VÄL BEHANDLAD	KAN gå bra, men fordrar ofta anpassning	Ofra bekymmer
Depression	X		X
Bipolär sjukdom	X		X
Social fobi	X		X
Tvångssyndrom	X		X
Generaliserat ångestsyndrom	X		
Paniksyndrom	X		X
Posttraumatiskt stressyndrom	X		X
Specifik fobi	X		
Åtstörning	X		X
Schizofreni		XX	X
Vanföreställningsyndrom	X		X
Missbruk och beroende	X		XX
ADHD	X	X	X
Autistisk störning		X	X
Svag begäring	X		X

Vad funkar på en arbetsplats?

	OK, OM VÄL BEHANDLAD	KAN gå bra, men fordrar ofta anpassning	Ofra bekymmer
"Utbrändhet"	X	X	X
Utmattningssyndrom	X	X	X
Utmattningsdepression	X	X	X
Paranoida personlighetsdrag			XXX
Kverulansparanoja			XXXX
Schizoida drag		X	X
Schizotypa drag		X	X
Histrioniska drag		X	X
Instabila drag ("borderline")		X	XX
Narcissistiska drag			XXX
Antisociala drag			XXX
Passivt aggressiva drag			XX
Fobiska drag		X	X
Osjälvtvändiga drag		X	X
Tvångsmässiga drag		X	X

Hur identifierar jag tillstånden?

	Observationer	Uppgifter från den berörde	Uppgifter från andra/referent som känner personen väl
Åtstörning	Ev mager eller överviktig. Ibland tecken på annan psykisk ohälsa.	Inte sannolikt	Troligt, om lett till problem
Schizofreni	Vanligen udda eller svag emotionell kontakt, egna idéer, frånvarande, ibland tankestörningar och märkliga vanföreställningar. "Konstig" i kontakten.	Inte sannolikt. Sällan vanligen sjukdomsinsikt.	Högst sannolikt
Vanföreställningsyndrom	Vanföreställningar om sådant som principiellt skulle kunna inträffa. Övertygad om att det stämmer, kan försöka övertyga dig. Vanligen normal kontakt i övrigt.	Inte sannolikt. Sällan vanligen sjukdomsinsikt.	Högst sannolikt
Kverulansparanoja	Projicering på andra. Fel, orättvisor, kränkningar, missförhållanden, missnöje med ofta många instanser. Berättar ev om oförtärrer	Endast indirekt, enligt föregående kolumn. Pratar om andra.	Högst sannolikt, särskilt om varit inddragen i föreställningarna
Missbruk och beroende	Vid svårare tillstånd ibland rödarnas, nedgången, kognitiv nedsättning, flack eller inddävat kontakt. Står inte i rykten och nyheter och inte abstrakt fas . Narkomaner kan ha stickmärken men klar över dessa.	Osannolikt	Mkt troligt vid allvarigare tillstånd
ADHD	Ev astrukturerad i samtalet , svårt lyssna, pratar på "medelbart" i kontakten, intressat, svårt fokusera, hoppar från tuva till tuva, distanslös. Ibland syns inget.	Tänkbart med indirekta uppgifter. Ofta dålig självinsikt.	Troligt
Autistisk störning	Se separat bild. Ibland som vid ADHD. Ibland udda och "konstig" i kontakten. Bristande ömsidesighet och turtagning i samtalet, kör "sitt" stil. Lyssnar ev dåligt, pratar hellre själv.	Tänkbart med indirekta uppgifter. Ofta dålig självinsikt.	Mycket troligt

Hur identifierar jag tillstånden?

	Observationer	Uppgifter från den berörde i en anställningssituation	Uppgifter från andra/referent som känner personen väl
Depression	Ev nedstämd, nedstämd, pessimistisk, "svarta glasögon" betr både förr, nu och framåt. "Smittar".	Ibland	Troligt
Bipolär sjukdom	Ev nedstämd, eller upprymd och distanslös, nu och framåt, "Smittar" i frisk fas.	Ibland	Mkt troligt
Social fobi	Önskar i kontakten , blyg, tillägsinställad, "overtrevlig"	Ovanligt	Mkt troligt
Tvångssyndrom	Ev omständig i kontakten, måste säga "allt", nervöst intryck, ritualer	Ovanligt	Troligt
Generaliserat ångestsyndrom	Ev oroligt intryck, många frågor och förhågor, vill veta att humor rätt	Ovanligt	Troligt
Paniksyndrom	Måjligen oroligt och osäkert intryck, men märks vanligen inte	Ibland	Troligt
Posttraumatiskt stressyndrom	Ibland tecken till att inte må bra , orolig, nedstämd, svårt fokusera, tunn och reserverad kontakt, tillitsbrist	Ibland	Troligt
Specifik fobi	Märks inte	Sällan	Tveksamt
Svag begäring	Ibland svårt att förstå mer abstrakta resonemang och ett "högga med" . Konkret framtoning. Kan ha svårt att förstå humor.	Ibland indirekt, om de svårigheter han upplevt. Ibland sekundär psykisk ohälsa.	Troligt

Hur identifierar jag tillståndet?

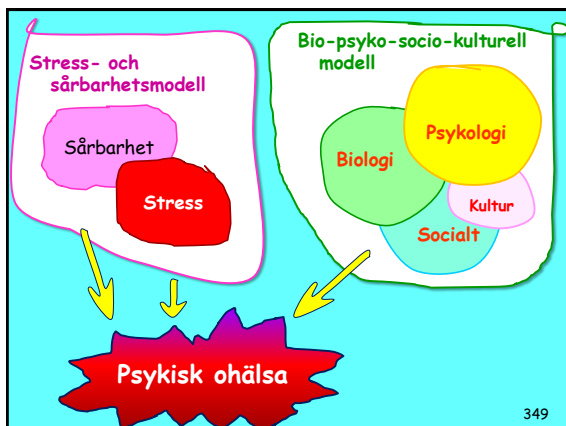
	Observationer	Uppgifter från den berörde i en anställningssituation	Uppgifter från andra/referent som känner personen väl
"Utbrändhet"	Ev uppgifter om tidigare svårigheter, orimliga krav, inegritetskontroller, oförändrade arbetsplatser, att ha kommit i klän, trötthet, bitterhet och negativism	Enligt rutan till vänster. Ger vanligen ingen direkt information om att ha varit utbränd eller ss.	Troligt
Utmattningssyndrom	Ev uppgifter enl ovan, samt om trötthet, sömnsvårigheter, kroppsliga bekymmer	Som ovan	Troligt
Utmattningsdepression	Ev som ovan, + nedstämdhet, svartsvart, resignation.	Som ovan	Troligt
Paranoida drag och kvävlanspanonia	Pratar om oförstärkt andras ovilja och elakhet, missförstånd och förmådd, tillitsbrist. Fel på allt och alla. Ibland garden och reserverad. Sällan öppen och glad kontakt.	Nej. Saknar insikt om problemen och sin del i det hela. Men många indirekta uppgifter enligt rutan till vänster.	Mycket sannolikt
Schizoidea drag	Svag känslomässig kontakt, udda, flack, självförläglig, verkar inte riktigt engagerad i samtalet, verkar inte behöva andra. Ofta ensam och ensöring. Kan te sig ungefär som vid autistiska tillstånd.	Knappast. Upplever inte sin läggning som ett problem.	Troligt. "Udda", "enstöring", inte bra på eller intresserad av samarbete.
Schizotypa drag	Kan både se, låta och tänka märkligt. Udda idéer : tankeflykt, astrologi, klärvoyance osv. Ofta också flack kontakt enl ovan.	Nej. Men ev indirekta uppgifter.	Troligt. "Udda, konstiga idéer, svär."

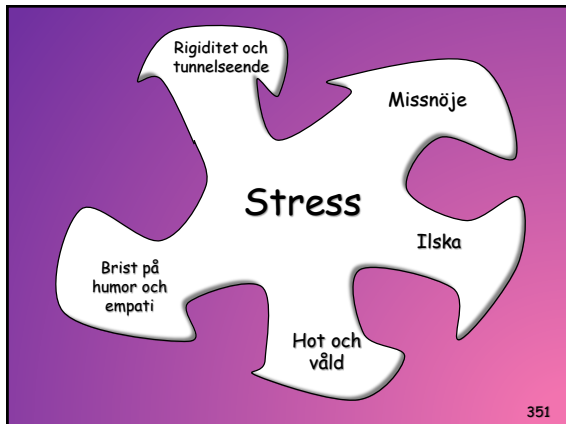
Hur identifierar jag tillståndet?

	Observationer	Uppgifter från den berörde i en anställningssituation	Uppgifter från andra/referent som känner personen väl
Histioniska drag	Uppmärksamhetssökande , dramatisk, förförisk, inadekvat intim, för nära i kontakten, saknar grund för sina övervallande omdömen, grändis, självupptagen, självförhövande, överdrivet självförtroende. Men flack i den djupare kontakten, mer beteende än akta känsla.	Nej. Har ingen insikt om hur hon uppfattas.	Högst sannolikt
Instabila drag ("borderline")	Kan vara labil i humör och kontakt, växla snabbt, reagera kraftigt på vad du säger. Många är varma och charmiga, andra kan vara flacka i den känslomässiga kontakten och svära att nå. En del ungefär som vid ABHD (se det tillståndet). Ibland intensiv och tröttnande. Ibland märks ingenting i kontakten.	Ger ibland en del uppgifter om sina svårigheter, ibland inte.	Högst sannolikt
Narcissistiska drag	Mest intresserad av sig själv. Självupptagen och självförhövande . På ytan överdrivet självförtroende. Nedvärderar andra. Söker bekräftelse. Se separat bild.	Nej. Saknar insikt. Endast indirekta ledtrådar.	Högst sannolikt
Antisociala drag	Som ovan, samt mer uttalat förolt för andra, fokuserad på egna intressen. Bryr sig inte om moral, rättvisa, regler, normer. Kan ibland visa detta öppet, men många kan vara charmiga och trevliga i kontakten . Se separat bild.	NEJ	JA

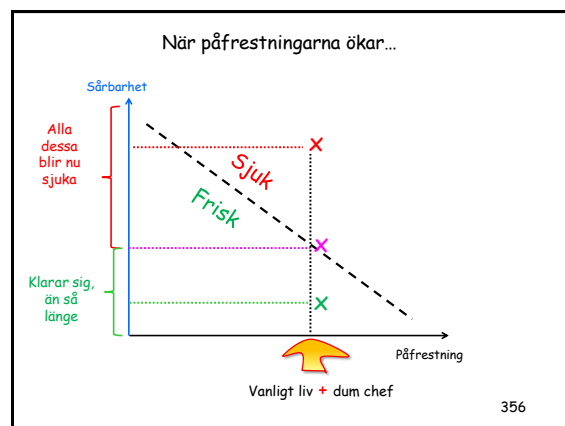
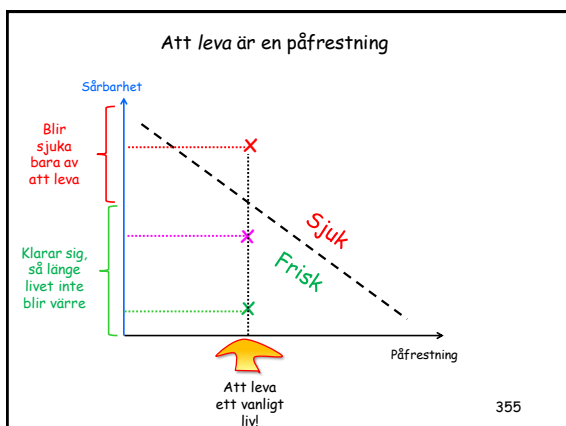
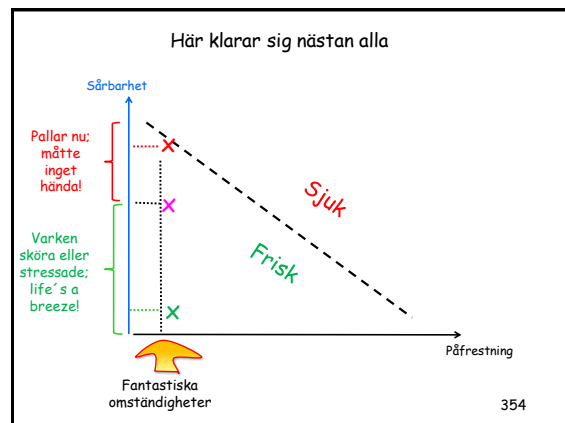
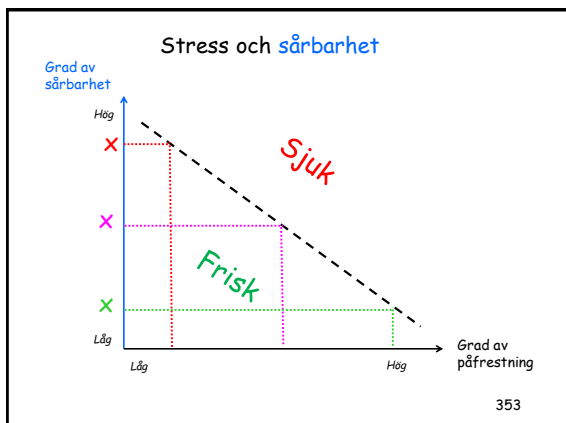
Hur identifierar jag tillståndet?

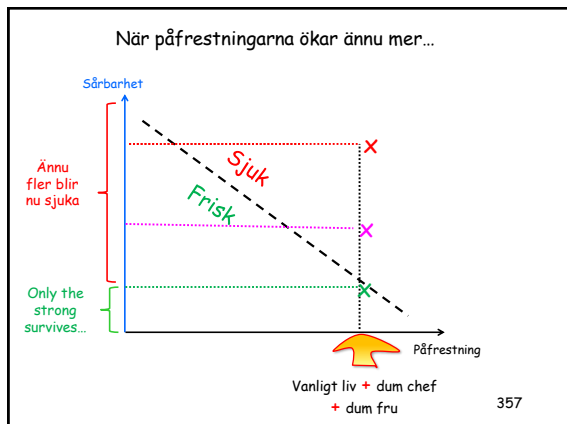
	Observationer	Uppgifter från den berörde i en anställningssituation	Uppgifter från andra/referent som känner personen väl
Fobiska drag	Inte säkert att något märks under intervjun. Osäker, rädd att inte duga och räkna till. Låg självkänsla och lågt självförtroende. Ofta pessimistiskt lagd, depressiv fronttoning, ser det mesta från den negativa sidan. Orosbenägen.	Kan framkomma en hel del, hon ofta viss insikt i sina svårigheter. Men kan dolja dem hon om vill det.	Högst sannolikt. "Osäker, men klarar mer än hon tror." Behöver mycket stöd och uppmuntran. Kan prestera väl i rätt miljö.
Osjälvständiga drag	Inte säkert att något märks under intervjun. Svag självkänsla och självförtroende. Söker försäkringar om att få stöd och hjälp, att inte få för mycket ansvar, att inte bli dumpad med för svåra uppgifter. Söker bekräftelse även för uppenbart lysande insatser.	Som ovan	Ofta genererat viss trötthet hos överordnade, besvärande uppmärksamhets- och stödbehovande, kan ej arbeta tillräckligt självständigt.
Tvångsmässiga drag	Inte säkert att något märks under intervjun. Perfektionism, överdriven noggrannhet, kan inte avgöra vad som är "tillräckligt" bra, svårt att välja, sövra och prioritera. Kan vara bra i lagom mått på vissa positioner, men vanligen ett betydande hinder för effektivt arbete. Ofta rigid i tanke och handling, måste ha det på "sitt" sätt.	Saknar vanligen insikt. Kan ev berätta om oförstående och otacksamma chefer, slarviga medarbetare, är själv den enda som arbetar tillräckligt noggrant, får inte den uppskattning hon förtjänar.	Mycket troligt. Ofta svår medarbetare i längden. Men om man lyckats hitta uppgifter som drar nytta av personens noggrannhet kan det ha fungerat bra.





- ### Hur blir vi av för mycket stress?
- Tunnelseende
 - Cyniska
 - Försvarsinställda
 - Sömnproblem
 - Rigida
 - Ökad ljudkänslighet
 - Irritabla
 - Minnesproblem
 - Lättkränkta
 - Koncentrations-svårigheter
 - Aggressiva
 - Nedstämdhet
 - Intoleranta
 - Ångest
 - Trötta
 - Kroppsliga besvär
 - Uppgivna
- 352





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) Utmattningsyndrom (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)

Anpassningsstörning (F43.2)

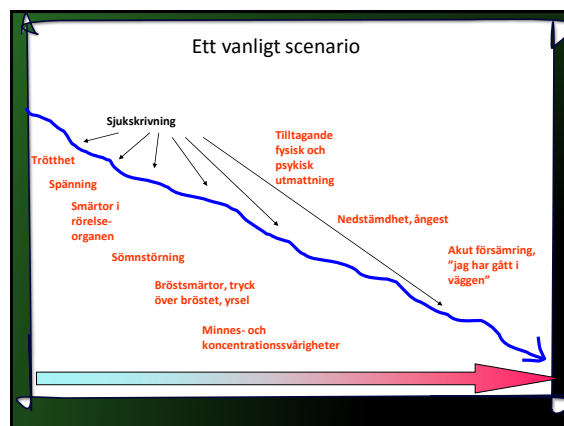
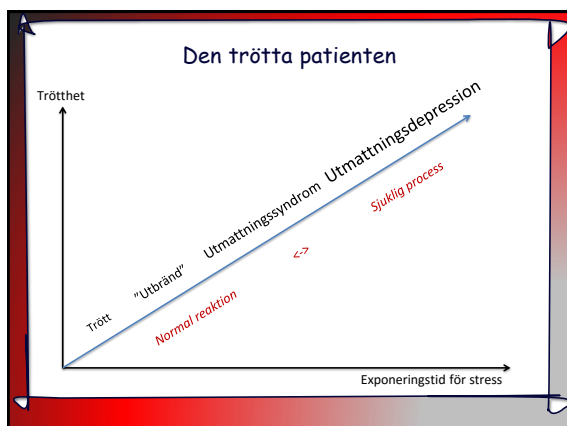
- Önskad förändring i ens livssituation, t ex förlust av relation, misslyckanden, sjukdom, svår kränkning.
- Livskris som drabbar en känslig människa eller träffar en öm punkt.
- I normalfallet "sorg" eller "krisreaktion" utan sjukdomsvalör.
- Ibland nedstämdhet, oro eller beteendeförändringar som är mer uttalade eller långvariga än förväntat men ändå inte uppfyller kriterierna för depression eller annan diagnos, kallas då "anpassningsstörning".
- God prognos.
- Förståelse och rådgivning vanligen tillräckligt.
- Suicidrisk behöver uteslutas.

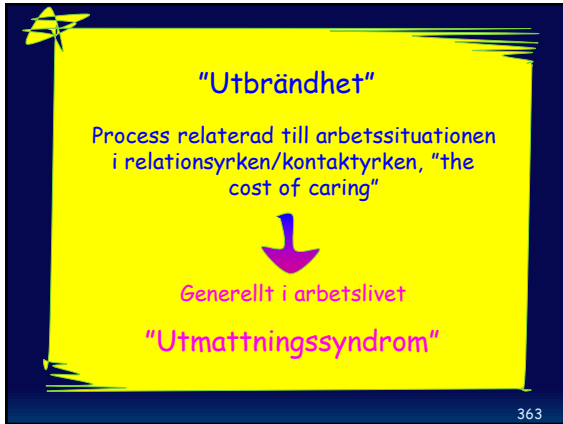
Läkartidningen nr 36 2011

Akut stressyndrom (F43.0)

- Ett akut livshotande trauma.
- Starka, snabbt växlande, inadekvata affekter, skräck, förtvivlan, ångest, aggressivitet.
- Tendens till dissociation, med oförmåga att tolka verkligheten korrekt vilket kan leda till irrationellt beteende.
- Isoleringkänsla.
- Sömnstörning.
- Kan ibland gå över i ett posttraumatiskt stressyndrom, PTSD.

Läkartidningen nr 36 2011





Att tänka på vid patienter med UMS

- Ofta skam- och skuld känslor.
- Avgörande att patienten känner att han hanteras seriöst och tas på allvar.
- Närmaste chef och arbetskamrat är nyckelpersoner.
- Bemötandet på arbetsplatsen mycket viktigt.
- Hjälp att hitta rätt/lagom arbetsuppgifter.
- Realistisk förväntan på produktivitet första tiden, börja litet och lagom.
- Gärna arbetsträning.
- Finns företagshälsövård?

Behandlingsmöjligheter vid utmattningsyndrom

- Allmänt - omhändertagande, diagnos, förklaring, information.
- Utlösande faktorer identifieras.
- En åtgärdsplan läggs upp tillsammans med patienten, arbetsgivare och ev Försäkringskassan.
- Rådgivning rörande egenvård - sömn, kost, vila, träning.
- Gruppbehandling och/eller individuell kontakt.
- Stresshanteringsträning baserat på kognitiv beteendeterapi (eller annan modell).
- Sjukgymnastik, avspänningsträning.

Behandlingsstrategi vid utmattningsyndrom

1. **Back to basics!** Lära sig leva ett normalt liv igen
 - Sömn
 - Motion
 - Mat
 - Vila, pauser
 - Variation
 - Fritid
 - Familj
 - Struktur
 - Regelbundenhet
2. **Socialt stöd**
3. **Samtalsbehandling**
4. **Avspänningsmetoder**
5. **Arbetsinriktad rehabilitering**
6. **Läkemedel**

Slutsats: sluta inte leva ett normalt liv för att du inte "hinner", för förr eller sedan kommer du att bli tvungen att lära dig leva igen.

371

Behandling vid UMS: Minska belastningen och öka resurserna

1. Primärt omhändertagande (tid, lyssna, förtroende, information)
2. Uteslut psykiatrisk samsjuklighet
3. Sjukskrivning vanligen
4. **Back to basics** (återerövra ett normalt liv)
 - Struktur och regelbundenhet
 - Sömn (ev sömnskola, kognitiv inriktning)
 - Fysisk aktivitet
 - Vänner
 - Fritid
5. **Samtalsbehandling** (hur hamnat här, varför inte lyssnat på sina egna signaler?)
6. **Läkemedel** vid behov
7. **Avspänningsmetoder** (ev sjukgymnast)
8. **Arbetslivsinriktad rehabilitering**
 - Successiv arbetsåtergång, vid rätt tidpunkt i processen (ej för tidigt)
 - Realistisk diskussion med patienten om vad han klarar och inte klarar
 - Initialt ev bara praktiska uppgifter
 - Arbetsträning

Behandlingsmöjligheter vid utmattningsyndrom

1. Allmänt - omhändertagande, diagnos, förklaring, information, empati
2. Gruppbehandling och/eller individuell kontakt
3. Stresshanteringsträning baserat på kognitiv beteendeterapi
4. Sjukgymnastik, avspänningsträning, QiGong, Taijichuan
5. Akupunktur
6. Individuell psykoterapi
 - KBT
 - Psykodynamisk korttidsterapi

373

Behandlingsmöjligheter vid utmattningsyndrom

7. Antidepressivt läkemedel vid depression
8. Farmakologisk hjälp mot ångest och sömnbesvär
9. Sömnrådgivning
10. Ofta sjukskrivning
11. Rehabilitering med avseende på arbete och sysselsättning - rehabiliteringsspecialist, arbetsträning, samverkan med arbetsgivare och försäkringskassa

374

Behandlingsupplägg vid utmattningssyndrom

1. Utlösande faktorer identifieras.
2. En åtgärdsplan läggs upp tillsammans med patienten snarast.
3. Rådgivning rörande egenvård
 - Regelbunden fysisk aktivitet, mat- och sömnvanor.
4. Fokuserad psykoterapi, **med fördel i grupp**.
5. Antidepressiv medicin kan prövas, särskilt vid framträdande affektiva symtom.

375

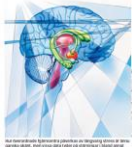
Behandlingsupplägg vid utmattningssyndrom

6. Patienter med depression eller dystymi behandlas enligt sedvanliga principer.
7. Avspänningsträning, **sömnträning**, stresshantering och fysisk träning.
8. **Arbetsinriktad rehabilitering**.
9. Sjukskrivning, **individuellt anpassad**, vanl. kort tid
 - Om arbetssituationen är **gynnsam**: gärna deltidssjukskrivning eller arbetsträning
 - Om återgång till arbetsplatsen synes **olämplig**: istället rehabilitering med sikte på byte av arbetsuppgifter / arbetsplats
10. En väl fungerande **företagshälsövård** är värdefullt

376

Varför är det svårt att arbeta vid UMS?

1. **Stresskänslig**
 - Fungerar ofta väl under lugna förhållanden, men vid belastning framträder oförmågan.
 - Kan inte lägga in en högre växel vid ökade krav.
2. Svåra **kognitiva störningar**, nedsatt arbetsminne, nedsatt exekutiv funktion
 - Svårt förstå komplexa situationer och finna adekvata handlingsätt.
3. Energibrist, **uttröttbar** redan vid låg belastning
 - Förlamande trötthet.
 - Kan inte sova, inte vila, inte återhämta sig.



Sjukskrivning vid UMS?

- Arbetsförmågan uppenbart nedsatt i förhållande till det aktuella arbetskrav.
- Uttalade kognitiva störningar (-> arbetsträning i enklare arbete).
- Psykosociala faktorer i arbetet har spelat stor roll för insjuknandet.
- Inget stöd för att sjukskrivningslängden är kopplat till utsläpning/förtidspension vid stressrelaterade psykiska tillstånd.
- Passiv ss utan koppling till aktiva behandlings- / rehabiliteringsåtgärder med klara mål är av ondo.
- Vid skador i CNS (minne, kognition) kan förväntas mer långdraget förlopp.

Slutsats: individuell bedömning; det beror på!

Arbetslivsinriktad rehabilitering

- Regelbundna aktiviteter såsom fysisk träning, stödsamtal, avslappningsövningar e dyl under den initiala sjukskrivningen
- Planeringsmöten i rättan tid.
- Successiv arbetsåtergång med ökande deltidsskrivning.
- Arbetsuppgifter med ökande komplexitet.
- **Kontaktperson på arbetsplatsen.**
- Yrkesinriktad rehabilitering.

Socialstyrelsen 2003

Rehabilitering vid utmattningstillstånd

- **Saknas entydig vetenskaplig evidensbas att bygga behandlingsrekommendationer på.**
- Behandlingen bör vara **multimodal** och innefatta flera typer av intervention.
- R-program som **involverar arbetsplatsen** har bättre effekt.
- **Kollegiala samtalsgrupper**, fysisk aktivitet och förbättrad sömn rekommenderas allmänt.
- Vilken form av stress (duration, akut eller kronisk, långvarig överbelastning utan återhämtning, påfrestandens karaktär, kränkning/förlust, allvarligt hot mot liv eller integritet) spelar roll för behandlingsupplägget vid stressrelaterad ohälsa.

Läkartidningen nr 36 2011

Rehabilitering vid utmattningstillstånd

- Saknas entydig vetenskaplig evidensbas att bygga behandlingsrekommendationer på.
- Behandlingen bör vara multimodal och innefatta flera typer av intervention.
- R-program som involverar arbetsplatsen har bättre effekt.
- Kollegiala samlingsgrupper, fysisk aktivitet och förbättrad sömn rekommenderas allmänt.
- Vilken form av stress (duration, akut eller kronisk, långvarig överbelastning utan återhämtning, påfrestningens karaktär, kränkning/förlust, allvarligt hot mot liv eller integritet) spelar roll för behandlingsupplägget.

"Rehabiliteringsrådet föreslår avvaktan med rehabilitering och förordar istället råd om stressreduktion och livsstilsförändring initialt, för att sedan sätta in samtalsbehandling, gärna i grupp, som bör vara fokuserad mot arbetsplatsen. Samtalsbehandlingen kan vara KBT-inriktad eller ha en psykodynamisk bas."

Läkartidningen nr 36 2011

Behandling och rehabilitering av utmattningssyndrom

- Information om livsstilsförändringar.
- Stressreduktion.
- Kravlös vila.
- Goda sömnvanor.
- Balans mellan vila och aktivitet.
- Fysisk aktivitet.

OBS: dessa förslag bygger på klinisk erfarenhet, då vetenskaplig evidens vid UMS saknas. "Påfallande få studier visar någon effekt över huvud taget av den utprövade rehabiliteringen."

Läkartidningen nr 36 2011

Behandling och rehabilitering av utmattningssyndrom

OBS: dessa förslag bygger på klinisk erfarenhet, då vetenskaplig evidens vid UMS saknas: "Påfallande få studier visar någon effekt över huvud taget av den utprövade rehabiliteringen."

MEN:

- Studier visar att när arbetsplatsen involveras får man bättre resultat vad gäller arbetsåtgång
 - KBT given av "arbetslivsexperten" ökade arbetsåtgången (vilket inte gäller för vanlig KBT)
 - "Arbetsplatsdialog för arbetsåtgång" (ADA).
- Insatser enligt den svenska statliga rehabiliteringsgarantin (10 sessioner KBT) ger ej ökad arbetsåtgång
 - rehabilitering ska sättas in inom två månaders sjukfrånvaro, men först när sjukfrånvaro uppstått och endast genomförs av enheter med specialistkompetens inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Läkartidningen nr 36 2011

Behandling och rehabilitering av utmattningssyndrom, slutsats

- Multimodal och multiprofessionell
- Enbart KBT räcker inte för arbetsåtgång
- Råd om och hjälp med livsstilsförändringar
 - Stressreduktion och återhämtning
 - Kravlös vila
 - Goda sömnvanor
 - Balans mellan vila och aktivitet
 - Fysisk aktivitet
- Behandla sömnstörningen
- Psykoterapi, gärna i grupp, med fokus på bättre förbättrad stresshantering
- Arbetsplatsen ska vara involverad. Samordnade arbetslivsåtgärder i samverkan med FK och AG/AF.
- Kollegiala samlingsgrupper (både preventivt och vid manifest ohälsa).

Läkartidningen nr 36 2011

Reflekterande kollegiala samlingsgrupper

- Socialt stöd har positiva effekter på såväl fysisk som psykisk hälsa. **Särskilt när man både får och ger socialt stöd!**
- Studie: 5-8 deltagare, 2 h/vecka i tio veckor, utbildad handledare.
- Deltagarna valdes ut p g a hög poäng på OLBI. 23 % tackade ja, varav 96 % kvinnor, de med hög grad av utbrändhet/utmattning tackade nej i högre grad.
- Deltagarna valde själva tema för träffarna.
- Deltagarna valde ett kortsiktigt förändringsmål efter varje träff.
- Resultatet i upplevelse av lägre krav på arbetet, bättre hälsa, lägre grad av utbrändhet och utmattning, samt mer delaktighet i arbetet än en kontrollgrupp.

Gruppsamtal på arbetsplatsen kan motverka utbrändhet, Läkartidningen nr 36, 2011

Syftet med de reflekterande kollegiala grupperna

- Ge tid och möjlighet till reflektion och diskussion tillsammans med kollegor med fokus på stress och med utgångspunkt i sin egen situation och sina egna erfarenheter.
- Ge möjlighet till utbyte av erfarenheter mellan kollegor från olika arbetsplatser.
- Ge möjlighet till att både få ge och få ta emot stöd från kollegor.
- Ge möjlighet att genom att arbeta med individuella förändringsmål kunna finna nya copingstrategier för de situationer som upplevs stressande.
- Deltagarna skulle ge förslag på organisatoriska förändringar som skulle kunna bidra till att minska stressen i arbete.

Gruppsamtal på arbetsplatsen kan motverka utbrändhet, Läkartidningen nr 36, 2011

Diskussionsteman som valdes

- Inre och yttre krav och hur man kan hantera dem
- Maktlöshet
- Gränsdragning
- Balans mellan arbete och fritid
- Konflikter på arbetet
- Stressorer och positiva faktorer i arbetet
- Vad som ger individen kraft

Gruppamtal på arbetsplatsen kan motverka utbrändhet, Läkartidningen nr 36, 2011

Hur skulle enligt din mening arbetsrelaterad stress/utbrändhet kunna förebyggas?

- Krav och resurser
- Tid, ork och arbetsro
- Reflektion och eftertanke
- Feedback
- Arbetsledning
- Kamratskap och arbetsglädje

Gruppamtal på arbetsplatsen kan motverka utbrändhet, Läkartidningen nr 36, 2011

Hur skulle enligt din mening arbetsrelaterad stress/utbrändhet kunna förebyggas?

- **Krav och resurser:** "Mål och resurser måste stämma överens - vi som arbetar bland patienterna får ta emot missnöjet från allmänheten när resurserna inte räcker till." "Synliggöra och våga prata med varandra om våra inre och yttre krav."
- **Tid, ork och arbetsro:** "Lugn och arbetsro utan ständiga förändringar." "Rekrytera fler yngre till vården, åldern tar ut sin rätt, jag orkar inte med alla nya krav och förändringar längre."
- **Reflektion och eftertanke:** "Kollegiala grupper, stödgrupper för samtal och tid för eftertanke. Vi i vården ser så mycket lidande, tragiska saker som vi bär med oss."
- **Feedback:** "Måste få höra att vi gör ett bra arbete, inte bara att vi kostar så mycket pengar." "Lyssna på mig och ta mig på allvar när jag säger att det är för mycket arbete." "Varje individ måste bli sedd utifrån den man är, känslan av att vara behövd."
- **Arbetsledning:** "Ständig dialog chef-medarbetare om arbetets utveckling, och ha ett öppet och tillåtande arbetsklimat. Diskutera vad som är realistiskt att orka med." "Långsiktiga, konsekventa förändringsstrategier - personalen måste hinna följa med."
- **Kamratskap och arbetsglädje:** "Arbetsgemenskapen måste komma tillbaka - öka gruppkänslan på arbetsplatsen." "Vara observant på hur våra arbetskamrater mår och känna igen tecken på utbrändhet."

Gruppamtal på arbetsplatsen kan motverka utbrändhet, Läkartidningen nr 36, 2011

Resultat

- Bättre upplevd hälsa.
- Lägre upplevd utmattning.
- Mindre stress, minskade stressymtom, minskad ilska och oro.
- Utvecklingsmöjligheterna och delaktigheten i arbetet hade ökat i högre grad.
- Ökat upplevt socialt stöd i arbetet.

Gruppamtal på arbetsplatsen kan motverka utbrändhet, Läkartidningen nr 36, 2011

Kris, sorg och trauma




Vilken "profil" har krisen?

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| Själv drabbad | Bevittnat andras trauma |
| Allvarligt hot mot livet | Ej fruktat för sitt liv |
| Multipla trauman | Enstaka |
| Långdraget förlopp | Kortvarigt |
| Många drabbade | Den enda drabbade |
| Människors ondska | Naturens nyck |
| Skuld | Ingen egen skuld |
| Skam | Ingen skam |



"Överdeterminerad" krisreaktion

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



Din **första** uppgift i den akuta situationen

Vi vill instinktivt ta bort den andres smärta.

Men det kan vi inte.

Försök istället hjälpa den andre att **stå ut**.

Att hjälpa någon i kris

Vilken *betydelse* har det inträffade för den drabbade?

Frågan han ställer sig är:
hur blir det *nu*?

Vilka **förväntningar** har gått i kras?




Samt...

Varför just jag?





Den centrala uppgiften vid en kris:
Dra RÄTT slutsatser av det som hänt!

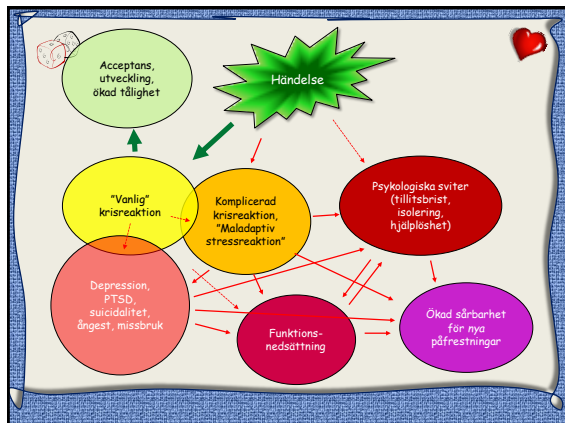


Din **andra** uppgift:

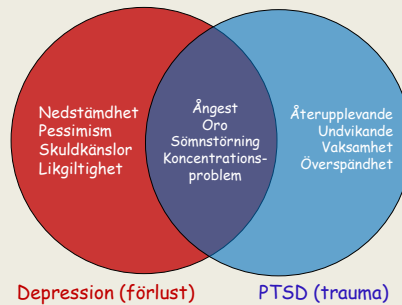
Hjälpa den drabbade att dra RÄTT slutsatser av det som hänt!



Vad är det allra värsta med det som hänt?
Vad betyder det som hänt för dig?
Vad tänker du om det som hänt för framtiden?
Hur ser du på dig själv, andra människor, framtiden nu?
Går det att leva vidare trots allt som hänt?
Hur blir ditt liv framöver, tror du?

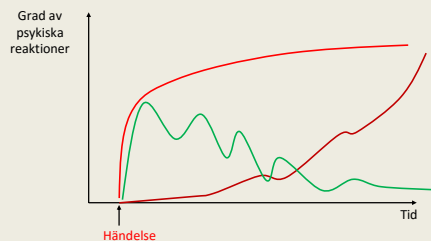


Symtomen överlappar



Din **tredje** uppgift

Följ krisens förlopp



Undvik tillfälliga lättnader

- Alkohol och psykofarmaka
- Mat
- Arbete och träning
- Shopping
- Sex
- Iiska



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 flocken.
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.**

Att möta en deprimerad människa

Kriterier för "egentlig depression"

Minst fem av följande, minst två veckor:

- Nedstämdhet eller irritabilitet
- 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

407

Hur blir man av att ha en depression?

- Irritabel, arg, lynnig, sur, lättstött och allmänt överkänslig...
- ...eller likgiltig, uppgiven och självförsunken.
- Svår att få kontakt med.
- Självupptagen, krävande och anklagande.
- Okoncentrerad.
- Trött och oföretagsam.
- Skäms och tycker att det vore bäst för alla att man inte fanns eller försvann.
- Svårt att ta emot hjälp.

408

Maskerad depression

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

409

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.

410

Bipolärt syndrom

Detta tillstånd **kombinerar depressiva och hypomana/maniska** episoder.

Mani är depressionens motsats. Den kliniska bilden präglas av

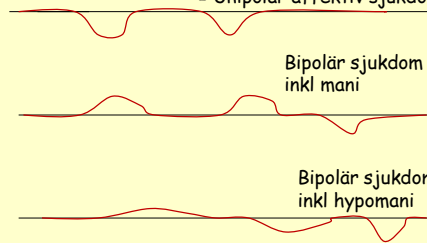
- eufori / irriterabilitet / expansivitet
- förhöjd energinivå
- ökad självkänsla
- snabbhet i tal och tanke
- ökad kreativitet
- omdömeslöshet
- nedsatt sömnbehov
- ökad libido

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



411

Recidiverande egentlig depression = Unipolär affektiv sjukdom



Bipolär sjukdom typ I
inkl mani

Bipolär sjukdom typ II
inkl hypomani

412

Bild av doc Bo Runesson, NSP/KI

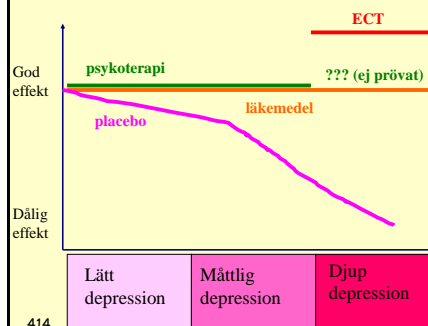
Hur behandlas depression idag?

- Psykoterapi
 - Stödterapi
 - Kognitiv / beteende/terapi
 - Psykodynamiskt orienterad terapi
 - (Interpersonell terapi)
- Psykofarmaka
 - Antidepressiva m fl
- ECT - elektrokonvulsiv behandling
- Ljus
- Fysisk aktivitet



413

Depressionsbehandling (SBU)



414

Tack till Marie Åsberg, KS

Sammanfattande modell för depressionsbehandling

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

415

Psykoterapi



- Vem?
- För/mot vad?
- När?
- Vilken form av psykoterapi?
- Målsättning?
- Vilka resurser har patienten?
- Vilka resurser för psykoterapi har kliniken?
- Biverkningsrisk?

416

Psykotering

Skilj på psykotering för att

- Lösa problem
- Reducera psykologiskt lidande (som inte är uttryck för psykisk sjukdom)
- Behandla pågående sjukdomsperiod
- Minska risken för återfall
- Reducera underliggande sårbarhet
- Förstå sig själv bättre, personlig utveckling

417

Vad fungerar verkligen?

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

418

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

- Psykotering
- Antidepressiva läkemedel
- Elbehandling

419

Liten lathund

- Ta ordinerad medicin
- Sköt kontakterna med vården
- Lär dig så mycket som möjligt om depression
- Var uppmärksam på tecken på försämring
- Lev klokt
 - undvik situationer som kan göra Dig sårbar för nya depressioner
 - håll rytmen
 - stressa lagom
 - slarva inte med sömnen
 - var försiktig med alkohol
 - rör på Dig
 - gör saker Du tycker om
 - umgås med människor Du mår bra av
- Tänk på hur Du tänker



20

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!
Psykotering?
Ta upp till diskussion med läkaren.
Ta upp till diskussion med läkaren.
Poängtera att du inte är fullt återställd ännu!*



421

Den självmordsnära patienten

- om att bedöma risken för självmord och hjälpa den i riskzonen



Varje psykiatrisk patient...

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

423

Våga fråga

Var inte rädd för att fråga om dödsönskan och självmordstankar!

Patienten vill oftast skona oss från att höra...



...så gör det möjligt för patienten att svara ärligt!

424

Självmordsrisk vid depression

De flesta med depression har suicidtankar och ökad suicidrisk



Utgå från att en deprimerad patient är suicidbenägen tills han/hon övertygat dig om att så inte är fallet



Fråga alltid!

Patienten som "suicidhotar"...

...är kanske suicidal!



426

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!

427

"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.




428

90% av alla suicid har sin bakgrund i depression, alkoholism, stress eller krisreaktioner

429

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!

430

Några varningssignaler för hög suicidrisk

- Högt på suicidala stegen
 - Suicidförsök
 - Suicidplaner/suicidavsikter/suicidmeddelanden
 - Suicidtankar

Ökad risk ↑

- Dödsönskan
- Hopplöshetskänsla
- Nedstämdhet

431

Några varningssignaler för hög suicidrisk

- Tidigare suicidförsök
- Suicid i släkten
- Dålig kontakt under samtalet (omöjliggör adekvat bedömning)
- Svår ångest
- Svår nedstämdhet
- Tung hopplöshetskänsla och förtvivlan (även om dödsönskan/suicidtankar negetas)
- Sömnstörning
- Isolering
- Berusning
- Skam- och skuld känslor
- Berusning
- Oavledbart åltande
- Svårt somatiserande


432

Några varningssignaler för ökad suicidrisk

- Allvarligt personlighetsstörd patient med nedsatt impuls kontroll.
- Bristande verklighetsförankring - svåra skuld känslor, depressiva vanföreställningar.
- "Klassiska" riskfaktorer - "ensamboende, fränskild, arbetslös, alkoholiserad äldre man med somatisk sjuklighet, dåligt socialt nätverk och tidigare suicidförsök".
- Situation som innebär förlust eller hot om förlust - separation, konkurs.
- Situation där man känner sig kränkt eller vanärad - avsked, konkurs, körkortsindragning.
- Suicidrisken kan öka initialt under behandlingen - hämningen släpper innan humöret stiger, alternativt ångestförstärkning första vecka.

433

En patient med självmordstankar behöver krisintervention



Självmord 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).

434

Det suicidala rummet

Oöverlagt trots
känd bakgrund

När inte andra

"Vill leva,
men inte så här"

kaos

hopplöshet

isolering

ångest

ambivalens

Svartsyn och
tunnelseende

Driver handlandet,
påskyndar

Tack till Bo Runeson för bilden! 435

Hjälp patienten ut!

Probleminventering,
ge struktur

Involvera
närstående,
var tillgänglig

Ta över ansvar,
hjälps patienten se
skälen för att leva

kaos

hopplöshet

isolering

ångest

ambivalens

Vikariera som
hopp, aktualisera
tidigare
krislösning

Omsorg,
medmänsklighet,
läkemedel

Tack till Bo Runeson för bilden! 436

Att möta en människa med ångest

Ångest

Paniksyndrom

Agorafobi

Social fobi

Specifik fobi

Tvångssyndrom

Generaliserat
ångestsyndrom

Akut stressyndrom

Posttraumatiskt
stressyndrom

Separations-
ångest (barn)

Realångest

Krisreaktion
Anpassningsstörning

Sekundärt till annan
psykisk sjukdom

Personlighetsstörning

Missbruk

Läkemedel

Somatisk sjukdom

438

Att förmå oroa sig kan vara en värdefull tillgång

Vem som helst kan bli arg, det är lätt... men att vara arg på rätt person, i rätt omfattning, vid rätt tillfälle, av rätt skäl och på rätt sätt... det är inte lätt.

Vem som helst kan oroa sig, det är lätt... men att oroa sig för rätt sak, i rätt omfattning, vid rätt tillfälle, av rätt skäl och på rätt sätt... det är inte lätt.

Aristoteles Sa inte Aristoteles!

439

Testfråga: Vad är "flygrädsla"?

440

Hur vanligt är ångeststörning?

	Punktprevalens	Livstidsprevalens
1. Social fobi	2-19 %	13 %
2. GAD / GÅS	2-4 %	4-8 %
3. Tvångssyndrom	1-2%	2 %
4. Paniksyndrom		3-6 %
5. Agorafobi	3 %	1-8%
6. PTSS		3-6 % (infödda svenskar) 13 % (utlandsfödda i Sv)
7. Specifik fobi	4-7 %	10-13 %
1-5	6,7 % (PART)	20 %
1-7	12-17 % (SBU)	Kvinnor 25-30% (SBU) Män 13-20% (SBU)
Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest (Fhi 2004-2006)	4 % (män) 7 % (kvinnor)	
Ångestsyndrom, primärvård	15-30%	

Symtom



1. **Ångestkänslor** - ångslan, oro, rädsla, fruktan, panikattacker, tvångstankar, fobier.
2. **Autonom överaktivitet** - andnöd, hjärtklappning, svettning, yrsel, illamående.
3. **Muskulär anspänning** - tremor, rastlöshet, värk, onormal trötthet.

442

Kan man se att patienten har ångest?

Ibland:

- Spänd
- Stel
- Koncentrationssvårigheter
- Rastlös, uppskruvad, "på helpänn"
- Psykomotorisk oro
- Irritabel
- Skakningar
- Svettningar



443

Behandlingsfördröjningen illa ty

- Drabbar unga i känslig ålder.
- Ångesttillstånden är uttalat **kroniska**.
- Ger försämrad **livskvalitet**.
- **Sociala konsekvenser** (ensamhet, förtidspension, ekonomi).
- Hög risk för **somatiska och psykiatriska komplikationer** samt **missbruk**.
- Ökad konsumtion av **somatisk vård**.
- **Överdödlighet**.
- Ökad **självordsrisk** (paniksyndrom: 7-8 ggr ökad risk)
- **Stora kostnader** för samhället.

444

Stor samsjuklighet

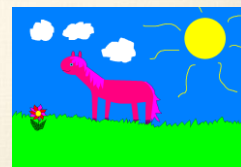
- Andra ångestsyndrom
- Depression och dystymi
- Missbruk
- Personlighetsstörning
- Somatiska sjukdomar



445

Behandlingsmetoder vid ångestsyndrom

- **Förklaring och information** till patient och gärna anhörig
 - broschyrer och lästips
 - patientförening
 - internet
 - målsättning att dämpa symtom och återta förlorade funktioner
- **Läkemedel**, ffa SSRI, SNRI, bensodiazepiner och vid GAD även pregabalin
- **Psykoterapi**
 - individuell
 - grupp
 - internetterapi
 - biblioterapi
- **Avspänningsträning**
- **Sjukgymnastik**



Exempel på samtalshjälp vid ångestsyndrom

- Stödjande/jagstärkande
- Psykopedagogik
- Kognitiv terapi
- **Beteendeterapi, bl a exponering och responsprevention**
- **Kognitiv beteendeterapi**
- Traumafokuserad KBT
- EMDR
- Terapi i grupp
- (Psykdynamisk terapi? Mkt begränsat vetenskapligt stöd vid behandling av ångestsyndrom)
- (Psykoanalys?? Obefintligt vetenskapligt stöd)

Fokuserade och korta psykoterapier med kognitiva och beteendemodifierande inslag har bäst dokumentation

447

Social fobi

- Rädsla för **uppmärksamhet/kritisk granskning** i sociala interaktions- och prestationssituationer.
- Grundar sig i rädsla för att **bete sig pinsamt eller visa symtom på ångest**.
- Kan ha stark **förväntansångest** långt i förväg.
- **Vid exponering stark ångest** vilket kan ta sig uttryck i panikattacker, **rodnad**, stamning, svettning osv.
- Situationerna **undviks alternativt uthärdas** under stark ångest.
- **Funktionsstörningar** avseende arbete, sociala aktiviteter och relationer.

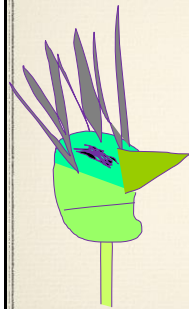
448

Symtom vid social fobi

- Rädd för att **stamma**, tappa tråden, sätta i halsen, **säga något olämpligt**, spilla ut kaffet...
- Blotta tanken på bjudning, måltid på restaurang, grupparbete -> **panikkänsla, hjärtklappning, svettning**, svaghetskänsla, orolig mage.
- Svårt ringa okänd person/myndighet, gå på posten, äta inför andra osv.
- Uppfattas som **blyg, osäker, inätvänd**, blir ev mobbad i skolan.

449

Några vanliga "svåra" situationer



- Muntligt framträdande
- Dans
- Grupparbete
- Äta med andra
- Kurs
- Personalfest
- Fotografering
- Kassakö
- Badstrand

450

Specifik fobi

- En av de vanligaste psykiska störningarna.
- Uttalad, bestående och irrationell rädsla för särskild **företeelse, aktivitet eller situation** (t ex djur, slutna rum, mörker, höjder, flygplan, blod, sprutor, tandläkare) **som man därför försöker undvika**.
- Individens är medveten om att **rädslan är överdriven**.
- **Exponering** leder till ångest.
- **Undvikande** beteende vanligt.
- Vissa fobier kan vara mycket **funktionsinskränkande**.
- Evolutionsbiologiskt perspektiv frestande - **överlevnadsvärde**.
- Vanligen finns dock samband med påvisbar händelse, **betingning**.
- Behandlas med **KBT med gradvis ökande exponering**.

451

Generaliserat ångestsyndrom

- Orealistisk och **överdriven ångest och oro** kring många teman, samt svårigheter att kontrollera oron.
- **Spänd vaksamhet** i form av sömnstörning, svårigheter att slappna av och irritabilitet är vanligt.
- Ofta kombinerat med **kroppsliga symptom**. T ex muskelvärk, orolig mage, skakighet, trötthet, lufthunger, hjärtklappning, svettningar, muntorrhet, yrsel, urinträngningar, sväljningssvårigheter.

452

Panikattack - en fruktansvärd upplevelse

- **Intensiv ångest** som snabbt stegras till en kulmen och så småningom ebbar ut
 - Helt överväldigande
 - Kraftiga **sympaticussymtom**
 - "Jag håller på att dö"
 - "Jag håller på att förlora förståndet"
- Delfenomen i många psykiatriska syndrom
- Minst fyra av följande:
 - andningspåverkan, kvävningsskänslor
 - bröstsmärtor
 - hjärtklappning eller bultande hjärta
 - svindel, ostadighetskänsla
 - illamående
 - skakningar, frossa
 - svettning
 - domningar eller stickningar
 - överklighetskänslor
 - rädsla för att dö, bli tokig eller tappa kontrollen

453

Bryt de onda cirklarna!



454

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)

455

Exempel på svåra händelser

- Exceptionella
 - Krig
 - Naturkatastrof
 - Terrorism
 - Tortyr
 - Våldtäkt
 - Rån
 - Kidnappning
 - Existentiella / "normala"
 - Dödsfall
 - Skilsmässa
 - Arbetslöshet
- ↓
- Akut stressreaktion / akut stressyndrom / PTSD
- ↓
- Okomplicerad sorg /anpassningsstörning / maladaptiv stressreaktion / krisreaktion

456

Skilj på

Avsiktliga katastrofer

- Bombning
- Skottlossning
- Krig
- Gisslantagning
- Misshandel
- Våldtäkt
- Sexuella övergrepp mot barn
- Tortyr
- Flyktingskap
- Rån

Oavsiktliga katastrofer

- Naturkatastrofer
- Trafikolyckor
- Bränder
- Olyckor

Samt på om det är en kortvarig eller utdragen företeelse

457

Den som är i kris kan behöva professionell hjälp vid

- Ihållande sömnstörning
- Stark ångest dagtid
- Psykotiska reaktioner
- Depression
- Självmordsrisk
- Påtagligt hämrad eller försenad reaktion
- Överdeterminerad reaktion pga tidigare svårt trauma eller aktuell personlighetsstörning

458

Posttraumatiskt stressyndrom

- Utsatt för **exceptionellt hotfull/katastrofal situation** (död, allvarlig sjukdom, hot, våldtäkt, incest, naturkatastrof, tortyr, gisslan, koncentrationsläger, bombning) och **reagerat med intensiv rädsla, hjälplöshet och skräck.**

459

Posttraumatiskt stressyndrom

- Den traumatiska händelsen **återupplevs** i form av plågsamma tankar / minnesbilder, mardrömmar eller flashbacks.
- **Påminnelse** om traumat leder till intensivt obehag. **Undviker därför allt som påminner** om traumat.
- Bestående **tecken på överspändhet** i form av t ex. sömnsvårigheter, vredesutbrott, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet, lättskrämdhet.
- **Generell känslomässig avtrubbning** vanligt - nedsatt vitalitet, nedsatt intresse, känsla av likgiltighet och främlingskap inför andra människor, begränsade affekter, avsaknad av framtidstro.

460

Posttraumatiskt stressyndrom

- Andra vanliga yttringar är
 - **Fobiskt beteende** och psykologisk insnävning
 - **Negativa självbilder** - skyddslöshet, skuld, oförmåga
 - **Störningar i emotionell anknytning**
 - **Tillbakadragande från relationer**
 - **Rubbat förtroende** till medmänniskor och sociala spelregler
- Ibland **kroniskt slutstadium** med olika inslag av agorafobi, specifika fobier, depression, missbruk, social isolering, känsla av meningslöshet och likgiltighet inför relationer.

461

Svår diagnos att ställa

- Diffus, brokig symtombild.
- Partiellt syndrom vanligt.
- Vanligen samtidig depression och ångest.
- Ofta tidigare psykisk ohälsa.
- Tolkbegav vanligt.
- Ibland bristande tillit till vården och till andra människor ö h t.
- Resignation och uppgivenhet, varför tala med någon?
- Ibland fokus på annat, som bostad och uppehållstillstånd.

462

Hur vanligt är det?

- 10-34 % efter starka traumatiska händelser.
- Livstidsförekomst 3-6 %.
- Flyktingar i Sverige 10-30 %.
- Studie av 148 asylsökande i Sverige från Mellanöstern, Latinamerika, Afrika, Balkan, Östeuropa och Asien:
 - 117 PTSD - 79% - varav 67 haft s-tankar/s-försök
 - 24 annan psykisk sjukdom
 - 7 psykiskt friska

Marcello Ferrada-Noli 1996

463

Akut stressreaktion och PTSD

Akut stressreaktion

- KBT

PTSD

- I första hand **traumafokuserad KBT med exponering**
- I andra hand **EMDR**
- I tredje hand **SSRI**

Debriefing ska **inte** användas efter traumatiska händelser för att förebygga PTSD!

Förslag till "behandlingstrappa" vid masstrauma

Alla:
Stöd (vänner, familj, lokala myndigheter och frivilligorganisationer)



Okontrollerbara symtom trots stöd:
Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi

Debriefing kan förvärra tillståndet och rekommenderas ej vid masstrauma!

465

Testfråga:
Vad är "flygrädsla"?

466

"Flygrädsla" kan vara uttryck för:

- Specifik fobi (vanligast)
- Social ångest
- Panikångestsyndrom med agorafobi
- GAD
- Tvångssyndrom
- PTSS
- Existentiellt; adekvat och rationell rädsla?

467

Psykos

Psykos

- * Definition
 - * Tillstånd med allvarligt störd realitetsvärdering
- * Symtom
 - * Vanföreställningar
 - * Hallucinationer
 - * Förvirring
 - * Desorganiserat tal eller beteende

470

Vad är en vanföreställning?

- En föreställning som
- * Är uppenbart felaktig och orimlig
 - * Är okorrigerbar
 - * Inte kan förstås utifrån personens kulturella bakgrund eller begåvningsnivå

471

Är patienten psykotisk?

- * Obeslutsamhet
- * Inadekvata affekter
- * Självförsunkenhet
- * Minskat talflöde
- * Minskad motorisk aktivitet
- * Upplevelse av kontroll och styrning
- * Störningar i tankeförloppet
- * Förföljelseidéer
- * Hörselhallucinationer
- * Tankeflykt

472

Vanföreställningssyndrom

- * Vanföreställningar (orimliga och icke korrigierbara föreställningar)
 - * Icke bisarra - gäller sådant som är principiellt tänkbart
- * Avsaknad av "schizofrena" symtom
 - * Bisarra vanföreställningar
 - * Uttalade hallucinationer
 - * "Negativa" symtom
 - * Funktionsnedsättning, utöver vad som betingas av själva vanföreställningen

473

Typer av vanföreställningssyndrom

- * Förföljelseparanoia
- * Kverulansparanoia
- * Svartsjukeparanoia
- * Hänsyftningsparanoia
- * Dysmorfoparanoia
- * Megalomani (storhetsvansinne)
- * Erotomani
- * Anosognosi
- * Pseudogravitet
- * Parasitosparanoia
- * Sjukdomsparanoia

474

Schizofreni

A. Karaktäristiska symptom

- 1) Vanföreställningar
- 2) Hallucinationer
- 3) Desorganiserat tal (t ex uppluckrade associationer, splittring)
- 4) Påtagligt desorganiserat eller katatont beteende
- 5) Negativa symptom, dvs affektiv avflackning, utarmat tankeliv eller viljelöshet

476

Vanföreställningar vid schizofreni

Bisarra

- * Kontroll, styrning och påverkan
- * Tankedetraktion
- * Tankepåättning
- * Tankeutsändning/broadcasting
- * Magiskt tänkande
- * Kroppsliga

Icke bisarra

- * Hänsyftning
- * Förföljelse
- * Grandiositet
- * Självförringelse
- * Religion
- * Svartsjuka
- * Somatiska
- * Dysmorfoparanoia

477

Hallucinationer vid schizofreni

Hörsel

- * Hörbara tankar
- * Argumenterande
- * Kommenterande
- * Imperativa/befallande
- * Musik

Övriga

- * Syn
- * Lukt
- * Känsl
- * Smak
- * Somatisk

478

Prodromalsymtom och residualsymtom

- * Oro
- * Nedstämdhet
- * Sömnsvårigheter
- * Märkliga tankar
- * Udda beteende
- * Social tillbakadragenhet
- * Självförsunkenhet
- * Aptitnedsättning
- * Betygen sjunker
- * Oppmärksamhet
- * Koncentrationssvårigheter
- * Metafysiskt intresse, religiösa grubblerier
- * Astrologi
- * Kedjerökning
- * Förgiftningsideer, svält

479



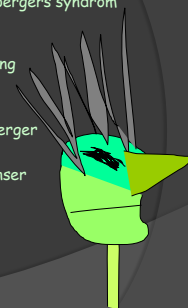
Lästips, självupplevda

Gunnel Norrö
Luke Jackson
Daniel Tammet
Gunilla Gerland

Aspergers syndrom - har jag verkligen det?
Miffon, nördar och Aspergers syndrom
Född en blå dag
Det är bra att fråga...
På förekommen anledning
En riktig människa
En överlevnadsguide
för personer med Asperger
syndrom
Stjärnor, äpplen och linser

Marc Segar

Susanne Schäfer



Lästips, professionella författare

SLL
Socialstyrelsen
Christoffer Gillberg

Regionalt vårdprogram 2010
ADHD hos barn och vuxna
Autism och autismliknande tillstånd hos barn, ungdomar och vuxna
Barn, ungdomar och vuxna med Asperger syndrom - normala, geniala, nördar?
Ett barn i varje klass - om DAMP, MBD och ADHD
Vuxna med DAMP/ADHD
Autism och Aspergers syndrom
Flickor med AD/HD
Jag avskyr ordet normal
Explosiva barn
Om Aspergers syndrom
Känslans intelligens
Ditt kompetenta barn
Den översvämmade hjärnan
Den lärande hjärnan
Myten om föräldrars makt
Så lyfter du fram styrkorna hos barn med ADHD

Vanna Beckman
Uta Frith
Kathleen Nadeau
Malin Nordgren
Ross W Green
Tony Attwood
Daniel Goleman
Jesper Juul
Torkel Klingberg

Judith Rich Harris
Lara Honos-Webb

Förekomst

- o Mental retardation - 1%
- o ADHD - 4-7% (kvarstår i ca 50%)
- o Aspergers syndrom - knappt 1% (kvarstår i 90%)
- o Tourette - 0,5%

"Exekutiva" förmågor

- Arbetsminne.
- Organisering av tankar.
- Planeringsförmåga.
- Problemlösning.
- Mental flexibilitet.
- Förmåga att skifta från en föreställning till en annan.
- Impulskontroll.
- Särskiljande av affekt.

485

Vilka förmågor behöver vi för att klara livet i det moderna samhället?

- **Koncentration**
- **Reglera uppmärksamheten**
- **Reglera aktivitetsnivån**
- **Impulskontroll**
- **"Gå från A till B"**
 - Planera
 - Organisera
 - Genomföra
- Förstå andras inre liv, empati
- Ömsidigt samspel, social interaktion
- Kommunicera
- Förmedla sympati

Perceptionsstörningar och svårigheter med exekutiva funktioner och kognitioner

- Svårt att planera, organisera, sortera
- Svårt att sortera sinnesintryck, klara av sinnesstimulans
- Svårt att komma ihåg
- Svårt att hantera nya situationer
- Svårt att klara av frustrationer
- Svårt att klara av självklarheter
- Annorlunda upplevelse av tid
- Svårt att hitta
- Stresskänslig

Varnings signaler för möjlig ADHD

- Problem i studier eller yrke
- Hemmet rörigt, svårt hålla ordning
- Erfarenhet av droger
- Kriminalitet
- Ärftlighet



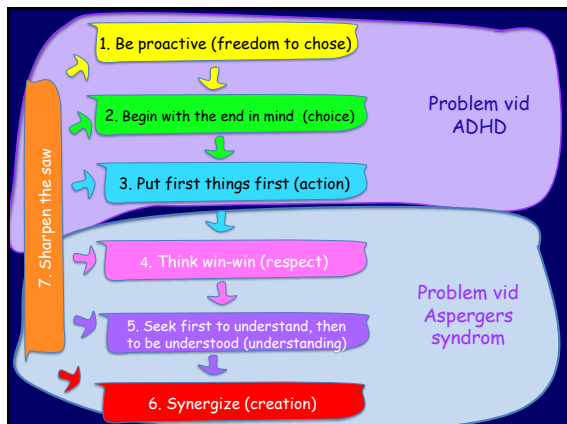
Konsekvenser av ADHD/DAMP

- Uselt självförtroende
- Påtagliga kamratproblem
- Om social beteendestörning vid 10 å.å. är risken stor för psykosocial missanpassning med missbruk
- Kriminalitet
 - Ca 25% av de i häktet har ADHD
 - 25 - 40% av intagna i kriminalvården har ADHD
- Social fobi eller socialt negativa; 40% i tonåren
- Många blir passiva och överviktiga som vuxna
- 1/3 acceptabel prognos, 1/3 måttlig-dålig, 1/3 mycket dålig

Funktionsnedsättning?

- I en miljö som inte tar hänsyn till personens funktionsnedsättning/förmåga blir denne funktionsnedsatt.
- Detta leder till stor stress som ger symptom och "beteendestörningar".





Utvecklingsstörning / mental retardation

- o Generellt nedsatta funktioner/förmågor.
- o IQ <70.
- o Diagnos genom neuropsykologisk testning.
- o Annan behandlingsstrategi/bemötande delvis.

Patienter med ADHD har som grupp 15 enheter lägre IQ än "normala"

Stressade av det vardagliga livets oundvikliga krav i vårt samhälle.

Känner du igen dig?

1. Hur ofta har du svårigheter med att avsluta de sista detaljerna i en uppgift/ett projekt när de mer krävande momenten har avklarats?
2. Hur ofta har du svårigheter med att få ordning på saker och ting när du ska utföra en uppgift som kräver organisation?
3. Hur ofta har du problem att komma ihåg avtalade möten, t ex läkartid, eller åtaganden?
4. Hur ofta händer det att du undviker eller skjuter på att sätta igång med en uppgift som kräver mycket tankemöda?
5. Hur ofta händer det att du sitter och plockar med något, eller skruvar på dig och rör händer eller fötter när du är tvungen att sitta en längre stund?
6. Hur ofta känner du dig överaktiv och tvungen att hålla igång, som om du gick på högvarv?

Markera med ett kryss den ruta som bäst stämmer överens med hur du har känt och betett dig under de senaste 6 månaderna. Lämna det ifyllda formuläret till din läkare vid nästa besök så att ni tillsammans kan gå igenom resultatet.

1. Hur ofta har du svårigheter med att avsluta de sista detaljerna i en uppgift/ett projekt när de mer krävande momenten har avklarats?
2. Hur ofta har du svårigheter med att få ordning på saker och ting när du ska utföra en uppgift som kräver organisation?
3. Hur ofta har du problem att komma ihåg avtalade möten, t ex läkartid, eller åtaganden?
4. Hur ofta händer det att du undviker eller skjuter på att sätta igång med en uppgift som kräver mycket tankemöda?
5. Hur ofta händer det att du sitter och plockar med något, eller skruvar på dig och rör händer eller fötter när du är tvungen att sitta en längre stund?
6. Hur ofta känner du dig överaktiv och tvungen att hålla igång, som om du gick på högvarv?

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Lägg ihop antalet kryss som hamnar inom det mörkt skuggade området. Fyra (4) eller fler kryss pekar på att dina symtom kan överensstämma med vuxen-ADHD. Det kan vara bra att tala med din läkare eller annan specialist angående utredning.

Hyperaktivitetssyndrom (AD/HD)

- o Ouppmärksamhet
- o Hyperaktivitet
- o Impulsivitet

DAMP

- o DAMP- Deficit in Attention, Motor and Perception = ADHD + svårigheter med motorik och perception

Symtomen skall leda till funktionsinskränkning / hinder i det vardagliga fungerandet...

...i flera olika situationer och miljöer.

Dessa patienters livsbana präglas av allt vad deras ADHD ställer till med (förlust av arbeten, studiemisslyckanden, dåliga relationer).

Frustrerade över sina svårigheter, självkritiska, usel självkänsla.

Man ska inte kunna kompensera sin ADHD med andra faktorer, t ex hög intelligens.

Symtombild

- **Nedsatt självkontroll**
 - Allvarliga uppmärksamhetsbrister
 - Svårt att reglera uppmärksamhet, aktivitetsnivå, affekter
 - Impulsivitet
 - Bristande organisationsförmåga
 - Bristande förmåga att klara av vardagens alla krav
 - Dålig planering
 - Dålig tidshantering
 - Glömska
 - Hyperaktivitet (minskar ofta hos vuxna)
- 50-80 % har kvar symtom och funktionshinder som vuxna

Att aldrig komma i tid till sin tid på mottagningen är ett gott diagnostiskt tecken.

AD/HD - diagnostik

- Debut före 7 års ålder
- Leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning inom minst två områden; skolan, arbetet eller hemmet



Andra vanliga symtom vid ADHD / DAMP

- Dyslexi
- Autistiska drag hos hälften med svår DAMP
- Klumpighet
- Auditiv perceptionsstörning
- Bristfällig tidsuppfattning
- Planeringssvårigheter
- Automatiseringsproblem, t.ex. utföra inlärd rörelsemönster

Till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen kommer en drygt 30-årig man p g a **avsevärda svårigheter**. Bekymren har förelegat ända sedan **småbarnsåren**.

Det handlar om **ständiga problem** med **koncentration och uppmärksamhet**. Han satt och drömde sig bort i skolan, hade svårt att ta in information. Han har alltid haft svårt att klara **läxor**. Han har aldrig kunnat läsa en bok, utan glömmer bort vad som händer och har svårt att följa träden.

Han har alltid haft svårt att städa sitt rum, **svårt att organisera och strukturera saker**, påbörjar saker som sedan inte blir slutförda.

Han känner sig **mentalt trött** av ett längre samtal. Pat tycker att han egentligen **skulle ha fått betydligt bättre betyg i skolan** än vad han nu klarade av.

Berättar att han är **impulsiv** i sitt tal och gärna säger precis vad som faller honom in. Han har svårt med minnet, tappar lätt träden, har svårt att hålla sig till ämnet, **går lätt "upp i varv"** i olika sammanhang och tycker själv att han har dålig egenreglering av sina psykiska funktioner.

Han blir störd av flera ljud samtidigt och tycker att det är svårt att tänka i ett sorl av andras röster.

Könsskillnader vid ADHD

Män

- Utagerande beteende
- Störande beteende
- Aggressivitet
- Kriminalitet

Kvinnor

- Depression
- Ångest
- Känslomässig instabilitet

"Flicksymtom" vid ADHD

- Arg för småsaker
- Humörsvängningar
- Lätt att ta till tårar
- Glömmer snabbt efteråt
- Liten grupp har "städmani"



Flickorna?

(Svenny Kopps "flickprojekt")

- Mer problem med **uppmärksamhet** än med hyperaktivitet. "Sitter kvar på sin plats"
- Skapar strategier så att "det inte märks"
- **Låg energinivå**; "orkar inte", "nickar till"
- "Lata"
- **ADL 2/3 av kronologisk ålder**
- Av ca 40 flickor med ADHD hade hälften också motoriska svårigheter

Tove, diagnos?

- Borderline/EIPS?
- Recidiverande depressioner?
- Bipolärt syndrom?
- Autismspektrumstörning?
- Alkoholberoende?
- Tvångssyndrom?
- Generaliserat ångestsyndrom?
- ADHD?

Tove, insatser?

- Specialiserad mottagning?
- ADHD-center?
- Information, utbildning?
- Stödkontakt?
- KBT för ADHD?
- Psykoterapi mot svartsjuka?
- Centralstimulantia?
- SSRI?
- Melatonin?
- Beroendemottagning?
- BUP?
- Socialtjänsten? Anmälan §14?
- Boendestöd?
- Hjälp med studier? Nytt arbete? AF?

Att förstå en människa med ADHD

Symtom på ADHD
Symtom på övriga tillstånd, dvs samsjuklighet

+
Funktionsinskränkning av ADHD
Funktionsinskränkning av samsjukligheten

+
Psykologiska konsekvenser
Sociala konsekvenser



Vi behöver se och förstå *summan* av lidande, funktionsinskränkningar och konsekvenser!

ADHD vanligare i vissa grupper

- | | |
|---------------------|---------|
| □ Missbruk/beroende | 20-30 % |
| □ Kriminalvård | 25-40 % |
| □ Allmänpsykiatri | > 20 % |

AD/HD - samsjuklighet och följder

Trotssyndrom - (barndomsdiagnos)
Uppförandestörning - (barndomsdiagnos)
Personlighetsstörning - **borderline, antisocial**
Missbruk/beroende (rökning, alkohol, narkotika, spel)



(Kriminalitet - ej någon sjukdom)

AD/HD - samsjuklighet och följder

- Utvecklingsstörning
- Aspergers syndrom
- Tics/Tourettes syndrom
- Specifika inlärningsstörningar (dyslexi, dyskalkuli)
- Depression, dystymi
- Bipolär sjukdom
- Ångestsjukdomar (PTSD, social fobi, OCD, GAD)
- Stressrelaterade sjukdomar - utmattningssyndrom, utbrändhet
- Missbruk/beroende
- Personlighetsstörning
- Ätstörningar
- Somatisk sjuklighet (olycksfall, övervikt)

ADHD hos vuxna - kvarvarande problem / symptom

- Svårigheter att hantera "små och förväntade" vardagsbekymmer och stressorer;
 - Blir förvirrade, störda eller irriterade och brister i problemlösningsförmågan
- Brister i skötsel av arbete/hem eller som förälder
- "Labila". Korta spontana eller reaktiva depressiva episoder - ibland växlade med uppvarvning.
- Temperamentsfulla - övergående utbrott
- Relationsproblem
- Sömnproblem

ADHD hos vuxna - äktenskapsproblem

- Erfarenhet av familjeterapi, som inte ledde någonstans
- Oförmåga att lyssna och avbryter partnern (uppmärksamhetsstörning och impulsivitet)
- Oförmåga att ta sin del av ansvaret (oorganiserad)
- Oförmåga att sköta ekonomi (impulsivitet)

Fråga: vad ska man behandla?



Svar: funktionsnedsättningen!

Målsättning med "behandlingen"

- Diagnos
- Förståelse
- Undvika sociala och psykiatriska pålagringar
- Rädsla självkänslan
- Anpassning av miljön
- Fungerande social situation
- Lindra vissa symptom
 - CS - koncentration, uppmärksamhet, organisationsförmåga, humörstabilitet, självkänsla, minskad risk för missbruk

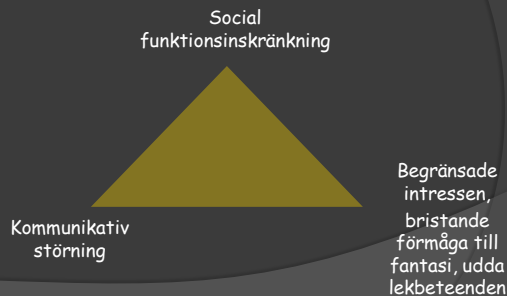
Behandling och hjälp vid ADHD/DAMP

- Information
- Pedagogiskt stöd
- Gruppbehandling
- Patient- och anhörigförening (Attention)
- Hjälpmedel
- Boendestöd
- Beteendeterapi
- Medicinering
 - Centralstimulantia, amfetaminliknande
 - Strattera
 - Omega-3 - fettsyror?
- Arbetsminnesträning ("Robo-memo")

Bemötande av patienter med ADHD och Asperger

- o **Kunskap** om tillståndet
- o **Tid och intresse**
- o Bry dig på riktigt, du måste **vilja väl** (affektiv empati)
- o **Lyssna, ta reda på patientens behov** (kognitiv empati)
- o Psykopedagogik - **berätta, förklara, begripliggör** för patienten, visa på internetsidor och patientföreningar
- o Hjälp patienten se att **han är okay**, att det är hans ADHD/Asperger som ställer till det
- o Gör en **överenskommelse** om vad ni ska göra ("no involvement, no comittment")

Autistiska symtom - "Wings triad"



Autism/Aspergers syndrom - vad fungerar dåligt?

- o Stora svårigheter ifråga om **ömsesidig social interaktion** och kommunikation (verbal och icke-verbal).
- o Tal- och språkproblem.
- o Nedsatt föreställningsförmåga.
- o Begränsade, repetitiva beteenden, intressen och aktiviteter.
- o Tvingande behov av att införa rutiner och intressen.
- o Motorisk klumpighet.

Aspergers syndrom

- o Förstår inte **ömsesidig social kommunikation** eller "sociala regler"
- o Nästintill **oförmögen att luras** eller manipulera
- o **Lillgammal**, "lilla professorn"
- o **Högtravande språk**
- o Enformig språkmelodi eller t.ex. gäll röst
- o Kan prata alldeles för mycket; **"gäpågig"**
- o **Stelt kroppsspråk**: använder inte gester normalt
- o Mimik som inte passar tillfället eller utslätad mimik
- o **Klumpig** i motoriken
- o **Mobbas** ofta i skolan

Aspergers syndrom (forts)

- o **Saknar god förmåga till inकännande** (men kan ha god förmåga till medkännande)
- o **Rigid i tanken** - förstår inte metaforer eller humor
- o **Behov att införa vissa rutiner**
 - även andra ska anpassa sig
- o **Pedantiskt konkret tankemönster** (om andra)
- o **Odlar vissa intressen till det extrema**
 - "more route than meaning"
- o Ser ofta barnslig ut som vuxen
- o Märkligt klädd, "kostymer"
- o Har ofta svårt att känna igen ansikten

Förklaringsmodeller för autismspektrumstörning

- o **Mentaliseringsförmåga, "theory of mind"**. Förmåga att förstå att andra personer har tankar, känslor, avsikter och önskningsar och vad dessa kan röra sig om. Mentalisering, eller kognitiv empati, är en förutsättning för affektiv empati, medkänsla, och för hänsynsfullt beteende.
- o **Central koherens**. De flesta människor utgår från helheten och sammanhanget, men personer med AST ser detaljerna först och försöker bygga upp en helhetsbild av dessa.
- o **Exekutiva funktioner**. De delfunktioner som behövs för att vi ska kunna styra vårt beteende på ett ändamålsenligt sätt, kunna möta och hantera nya situationer, fatta beslut och lösa problem.

Sociala och känslomässiga svårigheter

- o Miffo, nörd, freak, outsider.
- o Oflexibel och rigid, måste ha det på sitt sätt.
- o Svårt att förstå vad andra tänker och känner.
- o Svårigheter att tolka sociala spelregler.
- o Konfunderad och förvirrad av sociala situationer.
- o Svårt att knyta kontakter, har ofta aldrig haft en nära relation.
- o Förstår inte spelreglerna på skolgården.
- o Sitter för sig själv på rasterna.
- o Ofta mobbade, ratade och ensamma.
- o Gillar inte att hålla hand och kramas.
- o Nedsatt ögonkontakt (munnen som pratar).
- o Ögonkontakt och att inte avbryta andra är inte så viktigt.
- o Svårt med "small talk".
- o Pratar till andra, inte med dem.
- o Kan inte sluta prata.
- o Avbryter andras samtal med andra.
- o Uppfattas som taktlös och ohysad.
- o Måste lära sig turtagning i samtal.
- o Behöver få lära sig hur hens beteende stör andra.
- o Får träna på att gå på hundpromenader och tala om andras hundar.

Svårigheter att se helhet, sammanhang och syfte

- o Ser genom ett barns ögon, svart eller vitt.
- o Tänker i bilder.
- o Bra på att plocka upp detaljer och fakta.
- o Mindre bra på att förstå övergripande sammanhang.
- o "Whistleblowers", måste säga sanningen, men ser inte helheten.
- o Kan fokusera mycket länge på saker som intresserar.
- o Kontrollerande och befallande, behöver ha det på sitt sätt.
- o Följer regelboken.
- o Skulle aldrig gå mot röd gubbe, även om det inte syns några bilar.
- o Den som svarar "han gjorde det" när läraren frågar vem som gjort något dumt i klassrummet.

Särskilda intressen och udda beteenden

- o Ofta udda intressen, vill inte leka som andra.
- o Fokus på det som intresserar och egna intressen.
- o Plötsligt väldigt fokuserad när något verkligen intresserar, annars svårt att koncentrera sig på saker.
- o Outtröttlig ihärdighet när något intresserar.
- o Vänder samtal mot sig själv och sina egna intressen.
- o Driver egna intressen, försöker få andra att intressera sig för dem.
- o AS överrepresenterat överallt där specialintressen frodas, som t ex fågelskådare och planespotters.
- o Arbetsnarkoman.
- o Ofta tvångsmässigt beteende, "more route than meaning".
- o Ökad systematiseringsförmåga.
- o Kan svara med citat från filmer.

Förklaringsmodeller för autismspektrumstörning

- o **Mentaliseringsförmåga, "theory of mind"**. Förmåga att förstå att andra personer har tankar, känslor, avsikter och önskningsar och vad dessa kan röra sig om. Mentalisering, eller kognitiv empati, är en förutsättning för affektiv empati, medkänsla, och för hänsynsfullt beteende.
- o **Central koherens**. De flesta människor utgår från helheten och sammanhanget, men personer med AST ser detaljerna först och försöker bygga upp en helhetsbild av dessa.
- o **Exekutiva funktioner**. De delfunktioner som behövs för att vi ska kunna styra vårt beteende på ett ändamålsenligt sätt, kunna möta och hantera nya situationer, fatta beslut och lösa problem.

När kan man misstänka att en person har AS?

- o **Yttre/beteende**: Ofta rutinbundenhet. Beteendet kan ibland inge misstanke om svårt tvångssyndrom, psykosjukdom eller utvecklingsstörning.
- o **Formell kontakt**: Mer eller mindre tydliga avvikelser i kommunikation och socialt samspel. En del är tysta och tillbakadragna, i sällsynta fall mutistiska, andra är mycket verbala. Monolog kan föredras framför dialog. Bristfällig, icke-verbala kommunikation är vanlig, inkluderade avvikande användning och timing av exempelvis ögonkontakt, gester och ansiktsuttryck. Språkbruk och röstläge kan ibland vara monotont, repetitivt och stereotyp. Samtalen utgår ofta från patientens egna intressen. Nyanser i språket och abstrakta resonemang kan vara svåra att förstå för patienten. Uttryck och liknelser kan tolkas konkret, bokstavligt. Ibland finns andra språkavvikelser, såsom ekolali eller att tala högt för sig själv.

När kan man misstänka att en person har AS?

- o **Emotionell kontakt:** Kan ibland vara reserverad avståndstagande eller påträngande, distanslös. Varierande grad av svårigheter att tolka emotionella stimuli kan finnas, liksom svårigheter med inlevelseförmågan i andras tankar, känslor och avsikter.
- o **Psykomotorik:** Stereotyp, repetitivt rörelsemönster kan förekomma liksom hämmad, agiterad eller på annat sätt avvikande mimik och motorik.
- o **Affekter:** Kan ibland uttryckas mindre tydligt.
- o **Tankeförlopp/kognition:** Ofta avvikande, tendens att fokusera mer på detaljer än på helheten. Svårigheter att manipulera och integrera abstrakt information, särskilt sådant som rör socialt samspel. Särskilda domäner kan finnas med exceptionell kognitiv kapacitet.
- o **Psykostrukturen:** Ibland auditiva, visuella eller sensoriska perceptionsstörningar, men ej regelrätta hallucinationer eller vanföreställningar.

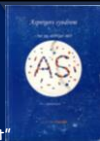
Aspergers syndrom enligt Gunnel Norrö

- **Socialt färgblind** ("Pippi på kafferep")
- Låg intuitiv social förståelse
- "Läser av" dåligt (psykopater läser av bra)
- Svårt se andras behov, men bryr sig
- Rak kommunikation - säger rakt ut det vi menar
- Saknar "farstu", tar in andra till köksbordet direkt
- Umgänge krävande och tröttande, behöver vara ensam ibland



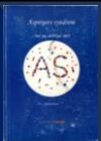
Aspergers syndrom enligt Gunnel Norrö

- **Specialintressen**
- Förmåga till djup koncentration
- **Repetitivt beteende**, "love of sameness", "enkanalighet" (skilj mot tvång)
- **Stark integritet, principfast**
- Bryr sig inte om grupstryck, vill inte göra om sig
- Går inte i flock utan rakt fram
- Gillar inte kallprat
- Ärlig, uthållig, lojal
- Ofta gott hjärta, generös, trofast
- **Ser varken upp till eller ner på andra** → kunderna gillar dem, men inte chefen
- **Behov vara för sig själv**, hitta sina egna tankar



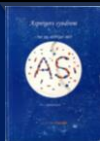
Aspergers syndrom enligt Gunnel Norrö

- **Språkliga egenheter** (högverbal, missuppfattar metaforer, uppfattar orden bokstavligt)
- Svårt med förändringar, svårt att ändra sig, **svårt byta riktning**
- **Svårt byta tankespår**, "som ett lokomotiv"
- **Svag "central coherens"** (tar in detalj efter detalj, lägger sedan ihop pusslet)
- Tar längre tid lära in färdigheter



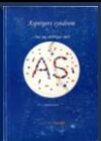
Aspergers syndrom enligt Gunnel Norrö

- **Annorlunda perception** ("kniv i örat")
- Blir lätt sensoriskt överbelastad → irritation och utbrott
- **Ögonkontakt ofta jobbigt** (mer närvarande när tittar bort)
- Ser ofta munnen först (det är ju den man pratar med)
- "Speglar" inte alltid andras ansiktsuttryck (mer "nollställda" ansikten)
- Stel mimik → andra tror att man inget känner



Hjälp vid AS enligt Gunnel Norrö

- **Håll det du lovat**
- Håll avtalade tider
- Döm inte → personen slipper försvara sig
- Röran beror på oförmåga, inte slarv (sakligt problem, inte moraliskt)
- Vid konflikter och problem: **förklara vad som hände, hjälp till att reda ut det**
- Sparsamt med gruppsamvaro (mkt tröttande)
- Låt slippa ostrukturerad gruppsamvaro
- Förklara alla "osynliga regler"



Hjälp vid AS enligt Gunnel Norrö



- Ge en funktion att fylla på arbetsplatsen
- Ge instruktioner före start
- Ge en tydlig arbetsbeskrivning, skrivna instruktioner och konkret, verbal feedback (missar all otydlig/uttalad feedback)
- Specifika och entydiga instruktioner (vad och hur)
- Binära och linjära instruktioner (behåll/kasta, arkiv/åtgärd)
- Var tydlig och explicit. Säg vad du menar och mena vad du säger
- Ge information visuellt, skriftligt och i bild
- Låt göra en sak i taget
- Begränsa "arbetsytan" och antalet alternativ (lägg ett lakan över röran i lägenheten)

Hjälp vid AS enligt Gunnel Norrö



- Försök förstå innan du försöker få personen att ändra något (blir annars "dressyr")
- Ge mycket tid för eventuella förändringar (som en pråm, behöver tid att "flytta på pickupen")
- Utvecklingssamtal: feedback efteråt (dvs alldeles för sent), blir bara ledsen. Ge feedback direkt istället ("Nu gjorde du så här, nästa gång vill jag att du istället gör så här...")
- Belöningar ska komma omgående, vara tydliga och gälla något personen själv är nöjd med
- En coach nyckeln till framgång på arbetet

Insatser vid autismspektrumstörning

- Individualisera insatserna. Beakta begåvningsnivå, omfattning av autistiska svårigheter och allmän funktionsnivå.
- Ta hänsyn till grundläggande svårigheter som förmågan till funktionell kommunikation, social funktion, stereotypa och ritualistiska tendenser.
- Strukturera miljön så att den blir förutsägbar och förstälilig för patienten. Visuellt stöd underlättar ofta.
- Förebygg problem beteenden genom att öka förmågor främst till fungerande kommunikation.
- Rikta insatserna till hela nätverket.
- Psykiatrisk samsjuklighet ska behandlas som sådan, se respektive vårdprogram. Särskild hänsyn till autismspektrumtillståndet behöver tas vid såväl läkemedelsbehandling som psykologisk behandling.

Insatser vid ASD

- LSS
 - Individuell plan
 - Daglig sysselsättning
 - Boende med särskilt stöd
 - Tandvård
- Stöd vid studier
- Stöd i arbete
- Försörjningsstöd
- Stöd till närstående
- Gruppverksamhet?
- Boendestödjare
- Social kontaktperson
- Symptomlindrande läkemedel (vid samsjuklighet)

Personlighetsstörning/ personlighets syndrom



Personlighetsstörning

1. Vad är det?
2. Hur vet man om patienten har en sådan?
3. Spelar det någon roll?
4. Hur uppkommer den?
5. Vad är det för skillnad på personlighet och personlighetsstörning?
6. Går det att behandla?
7. Hur kan man bemöta patienten?

Några anledningar till att en människa är "besvärlig"

1. Du själv
 - uppfattar inte den andre korrekt
 - projektioner av egna problem och misshagliga personlighetsdrag
 - orimliga förväntningar
 - du bemöter den andre på ett så otrevligt sätt att denne svarar med samma mynt
 - du har själv med ditt beteende *lärt* personen att vara på detta vis mot dig
2. Relationen/interaktionen
 - Bristande relationsfärdigheter som leder till missuppfattningar, besvikelse och antipati.
3. Situationen
 - Stress, konkurrens, i "systemet" inbyggda och ofrånkomliga konflikter, orättvisor.

551

Några anledningar till att en människa är "besvärlig"

4. Den andre
 - Kroppslig sjukdom (hjärntumör, demens, stroke)
 - missbruk, abstinens)
 - psykiskt sjuk (depression, psykos, mani, ångestsjukdom).
 - någon form av kris.
 - lider av kverulansparanoia eller rättshaverism.
 - uppfattar och tolkar oss och våra intentioner felaktigt.
 - har orimliga förväntningar på livet och andra människor, och dömer därmed sig själv till olycka. Perfektionism är ingen framkomlig väg mot lycka, sinnesfrid och goda relationer.
 - **personlighetsstörning (narcissism, borderline, psykopati m fl).**
 - neuropsykiatrisk problematik (ADHD, Aspergers syndrom, låg begåvning).
 - brister i uppföstran. Personen är på ren svenska faktiskt ohfysad och otrevlig.

Frågor:

- ◊ Vilka av ovanstående orsaker är den "besvärliges" eget fel?
- ◊ Vad ska åtgärdas med kritik? Pedagogik? Autentisk feedback?

552

Personlighet och personlighetsstörningar

Hur är du = hur är din **personlighet**?

- Extrovert och social eller introvert och tillbakadragen?
- Lätt eller svårt få kontakt med andra?
- Trivs med, skyr eller rent av behöver uppmärksamhet?
- Spontan och impulsiv eller blyg och försiktig?
- Säker eller osäker i framträdandet?
- Vänlig eller lättstött?
- Kritisk eller godmodig?
- Pedantisk eller slarvig?
- Energisk eller astenisk?

"Ett relativt stabilt mönster av karaktärsdrag, temperament och emotionella drag"



Personlighet

"Det inrotade mönster av tankar, känslor och beteenden som karaktäriserar en individs unika livsstil och anpassning, resulterande från konstitutionella faktorer, utveckling och sociala erfarenheter"

WHO 1993

554

Inre förutsättningar för ett gott liv



Vad utmärker en frisk, sund och välfungerande personlighet?

- Trivs med sig själv och livet
- Kommer väl överens med andra
- Hittar en hälsosam balans mellan sina egna och andras behov
- Humor
- Flexibilitet
- Tar ansvar för sig och sitt

Personlighetselementa

- Personlighetsdragen är **dimensionella**, inte kategoriska.
- **På något sätt måste man faktiskt vara:** man kan inte vara utan egenskaper och personlighetsdrag.
- Både **för mycket och för litet** av ett visst personlighetsdrag kan ställa till bekymmer eller orsaka lidande.
- **Många är anmärkningsvärt omedvetna om sina dominerande respektive underutvecklade egenskaper**, vilket gör att det lättare uppstår problem än när man har bättre självkännedom.
- Somliga personlighetsdrag har en **tendens att samvariera**, "cluster".

557

Den viktigaste frågan

Fungerar mitt sätt att vara?

- ☐ Tycker jag om de flesta människor jag har kontakt med?
- ☐ Tycker jag om **mig själv**?
- ☐ Har jag de **relationer** jag vill ha?
- ☐ Är mina relationer **trivsamma och närande** eller konfliktfyllda och destruktiva?
- ☐ Kan och vågar jag göra **det jag verkligen vill** i livet?
- ☐ Är jag på det hela taget **nöjd med livet** jag lever?

Mina svar beror huvudsakligen på min personlighet!

Dvs på mina **övergripande mönster** för känslor, tankar, reaktioner, beteenden, impuls kontroll och relationer.

558

Vid problematiskt beteende

- ☐ Enskilt "beteende" eller uttryck för underliggande personlighet?
- ☐ Många kan se och be om hjälp med ett beteende utan att se mönstret av underliggande dysfunktionella personlighetsdrag.
- ☐ Vad är ett realistiskt mål, dvs vilken "nivå" ska vi lägga interventionen på?
- ☐ Börja "utifrån och inåt", eller tvärtom?

559

Personlighet och stress

I situationer där individen känner sig särskilt utsatt

- t ex i sjukvården och i kriminalvården -

förstärks ofta aggressivt, utagerande och besynnerligt beteende.

560

Personlighet och **personlighetsstörning**

1. Ett bestående mönster av inre erfarenheter och yttre beteenden som **skiljer sig från vad som förväntas** i personens kulturkrets, och som finns redan i tonår eller ung vuxenålder.
2. Kommer till uttryck inom **kognitioner, affektivitet, mellanmänniskt samspel och impuls kontroll.**
3. Och som leder till **lidande eller nedsatt funktion.**

Hur vanliga är personlighetsstörningar?

- Normalbefolkning: 9-13 % totalt
- Specifika ps: 1 - 3 %
- Borderline: 1-2 %
- Primärvård: 20 - 30 %
- Inom psykiatrin: 30 - 70 %
 - KS öppenvård 1999: nära 50 %
 - KS slutenvård 1999: drygt 25 % (BPD största gruppen)

OBS: Varierande svårighetsgrad!

Hur vet jag om patienten har en personlighetsstörning?

- ❖ Tänk tanken tidigt
- ❖ Skilj på state och trait
- ❖ Det "känns" ofta i kontakten, väcker starka känslor, anspänning
- ❖ Svårigheter i behandlingen - kan försvåra den terapeutiska alliansen och samarbetet, svårt passa tider, svårförståeliga reaktioner och handlingar
- ❖ Patienten verkar ha en **problematisk relation till många andra människor**
- ❖ Missnöje, klagar på allt och alla, besviken, bitter, avvisad
- ❖ Sociala funktionssvårigheter - arbete, studier, relationer
- ❖ Anamnes från patient, anhörig, personal
- ❖ Barnomsanarnes
- ❖ Social utredning

563

Att möta en patient med personlighetsstörning

- ❖ Patienten **uppfattar sig vanligen som normal** - det är de andra det är fel på
- ❖ Patienten bär ofta med sig **dåliga erfarenheter av att relatera till andra människor**, och förväntar sig att mötet med dig kommer att bli likartat.
- ❖ Patienten **förväntar sig vanligen att ingen hjälp finns att få**, och är ofta misstänksam, reserverad eller avvisande mot andra människor, även de som vill hjälpa.
- ❖ Samtidigt är patienten ofta väldigt **känslig för inbillade eller verkliga avvisanden** och separationer och känner sig ofta lätt övergiven.
- ❖ **Patientens reaktioner på dessa och andra starka känslor kan lätt bli allvariga** och resultera i t ex självskadehandlingar eller avbrytande av kontakten.

Syfte/mål med behandlingen

- Överlevnad
- Säkra behandlingskontakt
- Symtomkontroll
- Vardagsfärdigheter
- Relationsfärdigheter
- Accepterande, självaktning
- Inte bli någon annan, utan lära sig vara och hantera den man är
- Livskvalitet

565

Personlighetsstörningar

Cluster A: Enstöriga, avvikande, **udda**, excentriska, **sociala kontaktsvårigheter**.

Kognitiv-perceptuell struktur

Schizoid, schizotyp, paranoid personlighetsstörning

"mad"

Cluster B: Utagerande, stökiga, **dramatiska**, färgstarka, instabila.

Impulsivitet/beteendekontroll

Narcissistisk, histrionisk, borderline, antisocial personlighetsstörning

"bad"

Cluster C: **Ängsliga**, undvikande.

Ängestbenägenhet

Osjälvständig, tvångsmässig, fobisk personlighetsstörning

"sad"

A: Paranoid personlighetsstörning

- Misstänker att andra utnyttjar, bedrar eller skadar henne
- Uppfylld av tvivel på vänners lojalitet
- Väger inte visa andra förtroende
- Tolkar in kränkning i oskyldiga yttranden
- Ältar gamla oförrätter
- Upplever angrepp mot sig från andra
- Misstänker partner för att vara otrogen



Bemöt med
respekt

B: Narcissistisk personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av **grandiositet, behov av att bli beundrad och brist på empati**

- **Grandios känsla av att vara betydelsefull**
- **Fantasier om obegränsad framgång och makt**
- **Tror sig vara speciell och förmer**
- **Kräver beundran**
- **Orimliga förväntningar om särbehandling**
- **Utnyttjar andra för att nå sina mål**
- **Saknar empati**
- **Ofta avundsjuk**
- **Arrogant och högdragen**



Låt henne "sitta kvar på tronen".
Förklara vänligt varför inte speciell behandling kan ges.

Vad menar vi med "empati"?

Skilj på att

- Förstå **att** en annan har det svårt (**empati**)
- Förstå **hur** det känns (**empati**)
- **Känna samma känsla** som denne (**inkännande**)
- **Bry sig** om den andre och dennes känslor (**sympati**)

Empatisvårigheter ses vid bland annat

- Autistiska tillstånd
- Narcissism och psykopati (men f f a brist på sympati)

569

Mer om narcissism

- Det finns både en **sund** och en **sjuklig narcissism**
- **Fåfänga, självbelåtenhet** och **inbilskhet**
- Upptagen av **utseende, makt och framgång**
- Vill bli **uppmärksam och beundrad**
- **Beroende av beundran**, andras gillande är det enda som får dem att må bra
- **Använder andra människor som en spegel** för att läsa av sitt eget värde, och ens självkänsla styrs av det man tycker sig se

570

Mer om narcissism

- **Klärar inte kritik**, ser den som ett angrepp och som bristande lojalitet
- Kritik eller avsaknad på beundran kan framkalla starka negativa känslor och beteenden
- En aggressivt laddad narcissist kan bli **ilsken och farlig vid kritik** eller motgångar
- **Framhäver sig själva** med sitt utseende, sina ägodelar och sina förmenta talanger
- Tror sig ibland vara **intellektuellt överlägsen**
- Oförmögen och ovillig att bry sig om andra. **Allt kretsar kring dem själva.**

571

Mer om narcissism

- Liksom vid psykopati så **"finns" inte andra människor**, dessa är bara en förlängning av dem själva
- Andra personer är huvudsakligen **instrument** för att uppnå beundran och makt
- **Arroganta**
- Tar gärna **kommandot**, styr och ställer
- **Förväntar sig perfektion** från alla
- **Vanliga regler gäller inte dem**, de kan tillåta sig mer än andra
- Deras skrytsamma sätt kan ofta ses som ett slags **kompensation** för bristande självkänsla och självförtroende
- En del blir **Casanovor** i sin jakt på bekräftelse

572

Med patientens egna ord:

"För mig är i stort sett allt antingen svart eller vitt! Jag är antingen god eller ond, duktig eller oduktig, hemsk eller bra. Antingen är livet bra eller så finns bara döden som kan ta bort smärtan det innebär att leva. För det mesta kan jag inte ens finna en god anledning att leva, men jag är för feg för att avsluta det!"

B: Borderline personlighetsstörning



Instabilitet gällande affekter, självbild och relationer, samt impulsivitet

1. Skräckslagen inför **separationer**
2. **Idealiserar och nedvärderar**
3. Störning i **identitet och självbild**
4. **Destruktiv impulsivitet** (slösaktig, sexuellt, drogmissbruk, hetsätning)
5. **Självdestruktivitet** (suicidförsök, skärningar)
6. Affektiv labilitet
7. Kronisk **tomhetskänsla**
8. **Aggressivitetsproblem** (inadekvat/intensiv vrede, temperamentsutbrott, slagsmål)
9. Kortvariga **gränpsykotiska episoder**

Bli inte arg eller provocerad

Mer om borderline

Instabila

- ❖ Stora och snabba humörsvängningar
- ❖ Instabil och snabbt växlande självbild (värdelös → fantastisk)
- ❖ Svartvitt tänkande
- ❖ Idealisering och nedvärdering
- ❖ Impulsiva
- ❖ Ibland explosiva
- ❖ Skapar ofta kaos omkring sig
- ❖ Kriser vanliga

575

Mer om borderline

- ❖ Har svårt att lita både på sig själva och andra vilket gör relationer mycket besvärliga och instabila.
- ❖ Skrämda av separationer men betar sig så att de ofta blir avisade
- ❖ Blir lätt uttråkade
- ❖ Tomhetskänsla
- ❖ Deras personliga gränser har ofta ignorerats eller trampats på.
- ❖ Oftare än andra varit utsatta för incest, våld eller känslomässig försumelse som barn.
- ❖ Stort lidande (jfr psykopater och narcissister)

576

Känslor som fungerar

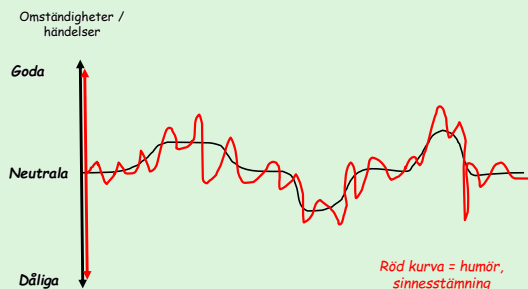


Ett sunt känsloliv kännetecknas av känslor och affekter som, utifrån situationen och den kulturella kontexten, är rimliga och adekvata samt "lagom" lättväckta, starka och långvariga.

Till detta kommer en förmåga att uppfatta och tolka sina känslor samt kunna dra slutsatser av dessa (sammanfattas ibland som självkänedom), och att kunna reglera och uttrycka känslorna på ett funktionellt sätt.

577

Att reglera sitt humör - den instabile



578

Borderlinebegreppet

- ❑ Borderline personlighetsorganisation (BPO)
- ❑ Borderline personlighetsstörning (BPD)

Hur vanligt är det?

- ❑ 1-2 % av normalbefolkning har BPS
- ❑ 11% av öppenvårdspatienter har BPS
- ❑ 19% av slutenvårdspatienter har BPS
- ❑ 2/3-delar förbättras i 30-års åldern
- ❑ 10% dör i suicid
- ❑ Ofta missbruk och depression samtidigt

Olika typer av självskadande

- Stereotypt självskadande (utvecklingsstörning, autism)
- Grovt självskadande (psykos)
- Tvångsmässigt självskadande (trichotillomani)
- Impulsivt självskadande (borderline)

581

Varför skada sig själv?

- Lindra spänning och ångest
- Hejda skenande tankar
- Känna fysisk smärta i st f psykisk
- Få en känsla av behärskning och kontroll
- Bestraffa sig själv, få utlopp för självhat
- Rena sig
- Visa upp sitt lidande
- Få utlopp för vrede
- Förhöja eller slippa ifrån sexuella känslor
- Känna spänning, få en kick
- Häva känslor av tomhet och avstängdhet, återfå kontakten med verkligheten

582

När brukar patienter med borderline bli suicidala?

- Verkligt eller upplevt övergivande/avvisande
- Känslomässig överbelastning eller känslomässig avstängning
- Ohanterliga känslostormar
- Dissociation (kan uppstå inför övergivande eller något annat som upplevs hotande)
- Vid förbättring (hotar självbild)

583

Bemötande av patienter med EIPS

- Bemötandet avgörande. Fel bemötande försämrar patienten.
- Utbildning specifikt om självskadebeteende ger ett bättre omhändertagande, men inte lång erfarenhet och formell utbildning.
- Bemötande som hjälper: bli lyssnad på, bli förstod, att behandlaren uppfattas som engagerad.
- Patienten manipulerar inte. Riktig manipulation märks intel!
- Patienten gör så gott hen kan, men har ett outhärdligt liv. Behöver ibland lära sig nya beteenden.

584

Bemötande av patienter med EIPS

- Empatiskt lyssnande och undersökande förhållningssätt.
- Fokus på ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering.
- Vilken funktion har självskadebeteendet?
- Vad skulle kunna få ditt beteende/mående att vända?
- Våga fråga! Öppet och nyfiket, inte dömande, inte ställa till svars.
- Uppmärksamhet, omtanke och intresse för hela människan och inte bara för självskadebeteendet. Hur mår du, du som skadat dig?
- Kontroll av patientens beteende minskar dennes autonomi och egenmakt, blir till en ond cirkel.

585

Bemötande av patienter med EIPS

- Patienten har ofta problem med emotionell förståelse och känsloreglering. Stäm av att patienten uppfattat rätt vad du sagt och vad ni ska göra. Lyssna och återkoppla oavbrutet. Har jag förstätt dig rätt?
- Vårdgivaren blir själv känslomässigt dysreglerad vid självskadebeteende. Vi behöver kunna lugna oss själva.
- Lyssna till dina känslor av att det inte går helt bra, använd dina känslor som det redskap de är.

586

Psykopaten i ett nötskal:

"De kännetecknas av att de saknar samvete; deras liv handlar om att tillfredsställa egna behov på andra människors bekostnad."

587

"Core features"

- Grandios
- Manipulativ
- Kyllig brist på medkänsla
- Hal, opålitlig charm

588

Fråga: Hur vet jag om en för mig ny människa som ger ett trevligt intryck egentligen är psykopat?

Svar: Det vet du inte

589

B: Antisocial personlighetsstörning, "psykopat"

Före 15 års ålder

- aggressivt beteende mot människor och djur
- skadegörelse
- bedrägligt beteende
- allvarliga norm- och regelbrott



Efter 18 års ålder

- svårt anpassa sig till normer, upprepat brottslig
- bedrägligt beteende
- impulsiv eller oförmögen planera
- ständigt ansvarslös
- saknar ånger

Var tydlig
Låt dig inte
duperas

Hares psykopatchecklista, HPC:

- | | |
|---|--|
| 1. Talför/yttlig charmig | 11. Promiskuöst sexuellt beteende |
| 2. Förhöjd självuppfattning/grandios | 12. Tidiga beteendeproblem |
| 3. Behov av spänning/blir lätt uttråkad | 13. Saknar realistiska, långsiktiga mål |
| 4. Patologiskt lögnaktig | 14. Impulsiv |
| 5. Bedräglig/manipulativ | 15. Ansvarslös |
| 6. Saknar ånger och skuld känslor | 16. Tar inte ansvar för sina handlingar |
| 7. Ytliga affekter | 17. Många kortvariga äktenskapsliknande förhållanden |
| 8. Kall/bristande empatisk förmåga | 18. Ungdomsbrottslighet |
| 9. Parasiterande livsstil | 19. Överträdelse av villkorad frigivning/utskrivning |
| 10. Bristande självkontroll | 20. Kriminell mångsidighet |

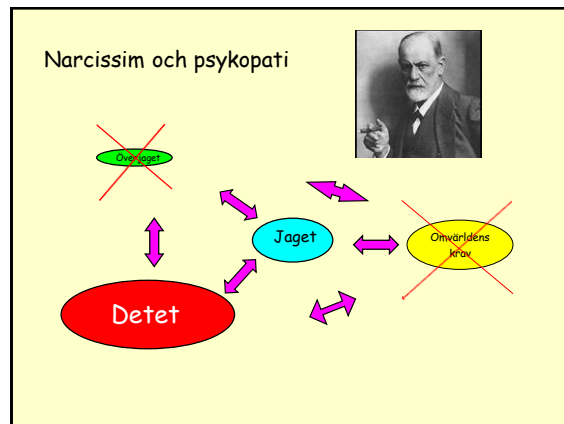
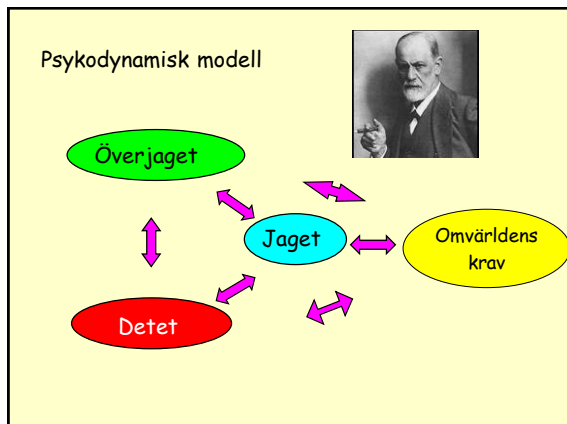
591

Psykopati har genomgripande effekter

1. **Känslor** (yttlig, ingen ånger, ingen ångslan)
2. **Interpersonell interaktion** (charmig, grandios, manipulativ)
3. **Livsstil** (oansvarig, orealistisk planering, impulsiv, dålig kontroll över beteendet)
4. **Antisocialt beteende** (stört beteende redan i barndomen, ungdomsbrottslighet, mångsidig kriminalitet)

En psykopat har alltid starka narcissistiska drag och vanligen även omfattande borderlinedrag

592



Två aspekter av psykopati

- 1. Personlighetsstruktur/karaktär**
 - Brist på skuld- och skamkänslor
 - Brist på ånger
 - Brist på djupare empati
 - Brist på sympati
- 2. Beteende**
 - När andras känslor och behov är ovidkommande kan man utan samvetsbetänkligheter göra vad man själv tycker sig ha mest glädje och nytta av
 - Att man även har bristande impuls kontroll och oförmåga att förutse och bry sig om konsekvenserna av sitt beteende gör inte saken bättre

□ Ser ingen anledning bry sig om andras behov

595

Dilemmat:

- Varför ska man låta sig behandlas när man inte har problem? **Det är de andra människorna, samhället och samhällets normer som är problemet!**
- Psykopaten är **vanligen nöjd med sig själv** och inser inte sin känslomässiga torrtfighet och allt elände han ställer till med.
- Psykopatens **personlighet är i allmänhet mycket stabil** och resistent mot påverkan.

596

Några tankar om att bemöta en psykopat

- **Kunskap om tillståndet** - dessa människor finns!
- Kunskap om skillnaden mellan charmig yta och skrupellöst inre
- Känner du igen tillståndet hos någon så klarar du dig vanligen från allvarlig skada
- Utgå från att **informationen du får är felaktig/förvriden**
- Utgå från att personen **försöker manipulera dig**
- "Terapeutisk allians" uppstår sent, om alls, i terapiförloppet
- **Tro inte att du kan ändra personens personlighet**
- Om du lyckas ändra beteendet en smula - tro inte att det är för din skull eller för att personen ändrat sig på djupet
- **Psykopater använder andra som ett sätt att nå sina egna mål - vad försöker personen just nu få av dig?**
- Undvik dem om alls möjligt

597

C: Fobisk personlighetsstörning

Social hämning, känslor av otillräcklighet och överkänslighet för kritik

- Upptagen av rädsla för att bli illa omtyckt eller avvisad i sociala situationer
- Undviker kontakt om ej säker på att bli omtyckt
- Känner sig lätt förlöjligad
- Undviker aktiviteter där man kan bli kritiserad eller avvisad
- Hämmad i nya sociala situationer p g a känslor av otillräcklighet
- Låg självkänsla, mindervärdeskänslor
- Ser sig som socialt oduglig och underlägsen

598

C: Tvångsmässig personlighetsstörning

Upptagen av ordning, perfektionism och kontroll

- Upptagen av detaljer
- Svårt genomföra uppgifter
- Fixerad vid arbete i st f fritid och vänner
- Oflexibel i värderingar
- Kan inte göra sig av med skräp
- Ovillig att delegera
- Snål mot sig själv och andra
- Stelbent och envis



Ge patienten tid och tålmod

C: Osjälvständig personlighetsstörning

Beroende, behov av att bli omhändertagen, klängig

- Svårt ta vardagliga beslut
- Vill att andra ska ta ansvar i hennes liv
- Svårt uttrycka avvikande åsikt
- Vagar inte ta initiativ
- Mån om att vara till lags
- Obekväm och hjälplös på egen hand
- Söker genast en ny relation när en upphör
- Orimligt upptagen av rädsla för övergivenhet



Tänk på att patienten vill vara till lags mot dig



Tack för oss!

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

April 2016