

Lathund för handläggning av några vanliga psykiska sjukdomar

Bästa läkarstuderande,

Dessa kortfattade riktlinjer är tänkta för dig som inte hunnit bli så van vid psykiatriska patienter ännu. Jag skrev dem redan 2003, tillsammans med professor Bo Runeson som stod för avsnittet om behandling av psykoser. Jag återfann av en slump nyligen dokumentet och tycker att det fortfarande kan ha ett värde. Jag har därför gått igenom och justerat det litet lätt. Avsikten var, och är, att ge en översiktlig beskrivning av tänkbar handläggning av några vanliga patienttyper där du kan komma att stöta på dem framöver; i första hand på en psykiatrisk akutmottagning under AT-tjänstgöringen och i andra hand på en husläkarmottagning - två stationer som alla läkare måste passera oavsett framtida specialitet. Framställningen är naturligtvis inte uttömmande och ersätter på intet vis mer utförliga källor. För ytterligare information föreslår vi Ottossons eller Kaplan & Sadocks läroböcker, kompletterade med Ottosson och Åsgårds akutpsykiatribok, Svensk Psykiatrisk Förenings riktlinjer, SLL's regionala vårdprogram, Läkemedelsboken, DSM IV och www1.psykiatristod.se. Jag har tillåtit mig att sätta en smula personlig prägel på dokumentet. Alla synpunkter välkomna inför framtida omarbetningar.

Michael Rangne 2003/2015

Egentlig depression och dystymi

Terminologi

Till de affektiva sjukdomstillstånden hör, med DSM 4's terminologi, bland annat egentlig depression (allvarligt tillstånd med många och djupa symtom), dystymi (lägre symtomprofil men långdraget förlopp) och bipolärt syndrom. Bipolärt syndrom avhandlas endast flyktigt, i ett separat avsnitt, då det förutom vad gäller akut handläggning av mani är en uttalad specialistangelägenhet. Egentlig depression och dystymi har avsevärda likheter och benämns framöver depression.

Introduktion

Depression, episodiskt eller kroniskt förlöpande, är psykiatrins vanligaste sjukdomstillstånd med stora konsekvenser för patientens hälsa, välbefinnande, ekonomi och sociala liv, och med stor risk för suicid, psykiatrisk komorbiditet, kroppslig ohälsa och missbruk. Tidig diagnos och behandling är av yttersta vikt. Tyvärr föreligger fortfarande en underdiagnostik och underbehandling.

Symtom och diagnos

Klassiska symtom är nedstämdhet, glädjelöshet, bristande intresse, energifattigdom, sänkt självkänsla, pessimistiska tankegångar, oro och ångest, ofruktbara grubblerier, skuldkänslor, koncentrationssvårigheter, sömn- och aptitpåverkan, känslor av meningslöshet och hopplöshet samt tankar på död eller självmord. Ibland ser man att patienten är hämmad i tanke, tal och mimik, men patienten kan också te sig agiterad och ibland både skratta och le (det sistnämnda ibland kallat "smiling depression"). Om patienten presenterar sig med symtom enligt ovan är diagnosen ofta lätt att ställa, men ibland söker patienten för andra besvär som inte lika uppenbart beror på en depression. De tillstånd där ovanligare eller enstaka symtom dominerar bilden brukar kallas atypisk eller maskerad depression. Vanligt är somatiska symtom som trötthet, smärtor och värk, sömnbesvär, aptitförlust, förstoppning, andningsbesvär och yrsel. Det kan också handla om ångestyttringar som panikattacker, fobier, tvångsbesvär eller socialfobiska besvär. Hos äldre kan man se en demensliknande bild med koncentrationssvårigheter, långsamt tänkande, minnessvårigheter, förvirring och oro. Hos yngre kan synbar beteendestörning med skolvägran, utagerande och asocialitet vara uttryck för en depression.

Inte helt ovanligt är att patienten har svårt att alls ange några distinkta symtom. I stället kanske hon bara kan förmedla att hon inte mår bra, att hon inte känner igen sig själv eller att något är fel. Patienten ålтар, och är svår att avleda från detta. Det är därför viktigt att vid oklara symtombilder alltid utesluta depression. Det finns skattningsskalor som man kan fylla i vid samtal med patienten (t ex MADRS) eller låta patienten själv fylla i (t ex MADRS egenbedömning eller BDI), där man snabbt får en uppfattning om patientens symtomprofil.

Några viktiga differentialdiagnoser och/eller orsaker till depression

- Okomplicerad sorg. Reaktion på närståendes bortgång. Kan likna depression men bör inte kvarstå längre tid än några månader, och inte innefatta patologiskt sänkt självkänsla, mer än enstaka självmordstankar, hämning, psykotiska symtom, dygnsrytm eller långvarig och uttalad funktionsnedsättning.
- Krisreaktion, "maladaptiv stressreaktion". Många depressioner misstolkas som en krisreaktion. Om en krisreaktion blir så allvarlig att den fyller DSM 4-kriterier för någon annan diagnos så är det inte längre fråga om "bara" en krisreaktion. Gå därför igenom depressionskriterierna vid synbar krisreaktion. Poängen med detta är att om reaktionen

uppfyller kriterierna för egentlig depression kan det vara värdefullt att komplettera stödterapin med antidepressivt läkemedel. Man bör vara medveten om att farmakologisk behandling av depression ofta är effektiv även när tydligt utlösande faktorer föreligger, och att denna behandling inte står i motsatsförhållande till samtalshjälp - snarare tvärtom.

- Bipolärt syndrom. Efterfråga alltid tidigare hypomana/maniska episoder. Karakteriseras av eufori/irritabilitet/expansivitet, förhöjd energinivå, ökad självkänsla, snabbhet i tal och tanke, ökad kreativitet, omdömeslöshet, nedsatt sömnbehov, ökad libido. Se separat avsnitt om akut handläggning av mani.
- Ångestsyndrom. Det är vanligt att depressionen ger framträdande ångestsymtom med risk för att tillståndet feldiagnostiseras som ångestsyndrom. Ofta fyller patienten kriterier för egentlig depression eller dystymi samtidigt med kriterier för något ångestsyndrom, vilket försämrar prognosen och ökar suicidrisken. Svaret på huruvida patienten *egentligen* har en depression eller ett ångesttillstånd kan numera ibland vara att patienten lider av "ångest-depressivt blandtillstånd" (ICD 10).
- Personlighetsstörning. Att ha ett "varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö och kommer till uttryck inom kognitioner, affektivitet, mellanmänniskt samspel och impuls kontroll" och som är "oflexibelt och framträder i många olika situationer och sammanhang" innebär förstås en ökad risk för att utveckla ångest- och depressionsbesvär vid den ofrånkomliga friktion som uppstår i kontakten med andra människor. En deprimerad patient med allvarlig personlighetsproblematik behöver en annan handläggning än den icke personlighetsstörde och bör därför remitteras till psykiatri för åtminstone en bedömning.
- Missbruk, ffa av alkohol. Mycket vanlig orsak till terapiresistent depression och ångest, och viktig att diagnostisera eftersom handläggningen blir en annan (i första hand avhållsamhet under fyra till sex veckor varvid depressionen ofta lättar utan farmakologisk behandling).
- Kroppslig sjukdom. T ex sköldkörteldysfunktion, Cushings syndrom, Addisons syndrom, parathyroidearubbning, diabetes mellitus, anemi, B12-brist, folsyrabrist, malignitet (hjärntumör, pancreascancer m fl), demens, CVL, Parkinsons sjukdom, temporallöbsepilepsi, Borrelia, HIV.
- Läkemedelsbehandling. T ex kortison, betablockerare, antipsykotika, p-piller, kalciumantagonister.

Handläggning

I akutsituationen gäller det att ställa korrekt diagnos och besluta om det primära omhändertagandet. Gör alltid en noggrann suicidriskbedömning. Patienten kan behöva läggas in på psykiatrisk vårdavdelning vid t ex suicidrisk, depressiva vanföreställningar, melankoli, bristande sjukdomsinsikt, dåligt socialt nätverk eller funktionssvikt i hemmet (äter och dricker otillräckligt, försummar hälsa, hygien, ekonomi, barn). Ta vid osäker vårdmotivation ställning till om LPT behöver tillgripas. Vid inläggning ställningstagande till grad av suicidövervakning och ordination av ångestdämpande och sömngivande medicinering. Insättande av antidepressiv medicin kan däremot vänta någon dag. Fortsatta vårdinsatser på avdelningen berörs inte här.

Om patienten inte läggs in behöver du avgöra huruvida patienten kan skötas i primärvården eller skall remitteras till psykiatri. En tumregel kan vara att tidigare hyggligt välmående och välfungerande personer som drabbats av en ordinär depression utan någon större suicidrisk, kan behandlas i primärvården. Resten remitteras till psykiatri för en bedömning. Man kan

inte remittera alla deprimerade patienter man stöter på till psykiatrin, då denna i så fall inte kommer att kunna sköta sitt huvuduppdrag att ta hand om de svårare fallen.

Situationer där initial psykiatrisk konsultation bör övervägas är hög eller svårbedömd suicidrisk, melankoli eller annan djup depression med hämning, samtidiga psykotiska symtom, tidigare hypomani/mani (skall ha litium eller annat stämningsstabiliserande läkemedel), depression under graviditet eller postpartum, depression hos barn och ungdomar, diagnostiska oklarheter vid betydande symtomatologi, djup förstagångsdepression med dramatiskt initialförlopp, misstanke om allvarlig psykiatrisk komorbiditet, årstidsbunden depression (eventuellt indikation för ljusbehandling), allvarlig depression hos patient som inte accepterar farmakologisk behandling.

Senare psykiatrisk konsultation kan övervägas vid otillfredsställande resultat av ett eller två behandlingsförsök med antidepressiva läkemedel, oacceptabla biverkningar, patient som ber om eller bedöms i behov av psykoterapi, samt då man misstänker att återfallsförebyggande behandling kan vara indicerad (alla med minst tre depressionsepisoder och de med två episoder i kombination med tidig eller sen debut, täta recidiv, snabba insjuknanden, hereditet för förstämningssyndrom, komorbiditet (dystymi, ångestsyndrom, beroendesjukdom) allvarliga episoder (inklusive suicidalitet), dålig symtomkontroll under underhållsbehandlingen, dålig arbetsanpassning).

Vid poliklinisk behandling kan följande aspekter vara värda att beakta.

- Gör alltid ett somatiskt och neurologiskt status och komplettera på vida indikationer med blodprover (Hb, B-12, folsyra, thyroidea, elektrolyter, calcium, B-glukos, GT, ASAT, ALAT, eventuellt CDT). Överväg i utvalda fall komplettering med CT skalle, EKG, drogscreening samt eventuellt dU-Cortisol och EEG.
- Ge patienten och gärna även anhöriga utförlig information om tillståndet och om den medicin du väljer. Använd gärna någon broschyr. Påpeka att den antidepressiva medicinen inte är beroendeframkallande, att eventuella biverkningar brukar vara övergående, att effekten kommer först efter tre till fyra veckor, att man gemensamt får titrera ut den rätta dosen och att man ibland behöver byta läkemedel. Berätta också om de vanligaste biverkningarna (av SSRI vanligen övergående ångestförstärkning, yrsel, huvudvärk, magbesvär, svettningar och orolig sömn samt persisterande sexuella biverkningar).
- Beträffande preparatval föreligger ingen övertygande dokumentation för att välja ett preparat framför något annat vid behandling utanför sjukhus. Förslagsvis använder du ett eller två av de SSRI som finns att tillgå, enligt Kloka Listans rekommendation. Därtill är det bra om du lär dig använda något preparat med både serotonerg och noradrenerg effekt, t ex venlafaxin, mirtazepin eller ett tricyklikum. Doseringen är individuell för samtliga preparat, oavsett vad som anges i FASS om den saken. Låt patienten börja med låg dos ett par dagar, och öka sedan med ledning av effekt och biverkningar.
- Om patienten har svår ångest eller allvarliga sömnproblem kan det vara direkt olämpligt att inte rekommendera kompletterande behandling med bensodiazepin eller möjligen antihistamin. Använd inte antipsykotika i ångestdämpande syfte till denna patientgrupp. En person utan betydande personlighetsavvikelse eller pågående/tidigare missbruk utvecklar sällan ett bensodiazepinberoende vid en kortare tids behandling av depression.
- Psykologiskt och praktiskt stöd är viktigt. Patienten ska inte behöva vädja om sjukskrivning, ångestdämpande medicin och sömntabletter när dessa insatser är indicerade. Det är viktigt att patienten vet hur han kan få tag i dig om så skulle behövas -

det ligger i depressionens natur att man inte har normal ork vad gäller att jaga sjukvårdspersonal, arbetsledare och försäkringskassa.

- Om depressionen har utlösts av någon förlust (t ex partner, anhörig eller arbete), eller om patienten i övrigt har svåra levnadsomständigheter, ordnar man med fördel så att han får en tids stödjande samtalskontakt hos någon av primärvårdens kuratorer.
- Ett första återbesök tar man lämpligen efter en till två veckor, framförallt för att kontrollera att patienten tar och tolererar sin medicin. Vid utebliven effekt efter någon månads behandling, diskutera läkemedelsföljsamheten med patienten. Man kan analysera läkemedelskoncentrationen i blodet för att se om den är som förväntat vid den aktuella dosen, men något terapeutiskt plasmakoncentrationsintervall har inte kunnat fastställas för nyare antidepressiva, så som fallet är för en del äldre tricykliska preparat.
- Behandla till symtomfrihet och ytterligare fyra till sex månader. Vid abrupt utsättning föreligger risk för övergående utsättningsfenomen som illamående, yrsel, sömnstörning, koncentrationssvårigheter, parestesier, upplevelse av elektriska stötar, ångest och irritabilitet, varför gradvis utsättning rekommenderas. Kontrollera före utsättning att det inte föreligger indikation för återfallsförebyggande behandling.

Psykoteraspi vid depression

I det akuta skedet är det sällan aktuellt med annat än en stödjande terapeutisk kontakt. Denna syftar till att hjälpa patienten att hantera praktiska problem här och nu, inklusive de problem och det lidande som det innebär att vara deprimerad. Man försöker också hjälpa patienten att se att hans pessimistiska syn på sig själv, andra och framtiden emanerar ur depressionen och att läget inte är så hopplöst som det känns. Ett väsentligt inslag är att utbilda patienten om den sjukdom han lider av, i det här fallet depression. Denna form av psykoteraspi ska givetvis alla patienter erhålla, i normalfallet hos sin läkare och vid större bekymmer lämpligen hos en kurator i primärvården.

Andra vanliga psykoteraspiformer är psykodynamisk terapi, kognitiv psykoteraspi (KPT) och kognitiv beteendeterapi (KBT). Dessa terapiformer har, vad gäller depressionsbehandling, som sitt huvudsakliga användningsområde att förhindra nya episoder snarare än att behandla den akuta depressionen. Dynamisk psykoteraspi kan vara ångestskapande och är vanligen olämplig i det akuta skedet, medan kognitiv psykoteraspi och kognitiv- beteendeterapi kan ha god effekt även i akutskedet av en lindrig till måttlig depression. En stor del av patienter med depression skulle ha nytta av kognitiv /beteende/terapi, men den psykiatriska öppenvårdens otillräckliga resurser och bristen på utbildade terapeuter överlag gör att dessa terapiresurser i praktiken måste förbehållas de komplicerade och recidiverande depressionerna.

När en patient önskar psykoteraspi är det angeläget att ta reda på vad han egentligen har för föreställningar om psykoteraspi, på vilket sätt han tänker sig att terapin ska gå till och vad han vill uppnå med denna. Ofta visar det sig att vad patienten avser med psykoteraspi är just en stödjande samtalskontakt såsom beskrivits ovan, och detta bör han förstås få. Gäller önskemålet andra former av psykoteraspi försöker man i normalfallet få patienten att acceptera att först behandla depressionen farmakologiskt och därefter se vilka behov av psykoteraspi som eventuellt föreligger.

Bipolärt syndrom

Symtom och diagnos

Detta tillstånd kombinerar depressiva och hypomana/maniska episoder. Mani är i vissa avseenden depressionens motsats. Den kliniska bilden präglas av eufori/irritabilitet/expansivitet, förhöjd energinivå, ökad självkänsla, snabbhet i tal och tanke, ökad kreativitet, nedsatt omdöme, nedsatt sömnbehov och ökad libido. Patientens handlingar är ofta omdömeslösa och patienten kan senare bittert få ångra vad han ställt till med.

Handläggning

I akutskedet behöver patienten nästan undantagslöst läggas in på psykiatrisk klinik. En manisk patient på akuten är att betrakta som en akut situation med risk för plötslig aggressivitet och våldshandlingar, varför patienten inte ska vänta på "sin tur" utan omgående tas om hand. Överväg LPT även om patienten verbalt samtycker till inläggning. En manisk patient ändrar sig ofta och vill lämna avdelningen igen, och pga att kraven för konvertering av frivillig vård till vård enligt LPT är högre ställda än kraven för intagning enligt LPT (det krävs även farlighet för sig själv eller andra) kan det annars vara svårt att hålla patienten kvar på sjukhuset. Snarast möjligt skall patienten erhålla medicin. I normalfallet sätts han in på en kombination av antipsykotikum (haloperidol, olanzapin m fl), bensodiazepin, litium och valproat. Tvångsåtgärder i form av tvångsmedicinering, bältesläggning och isolering på rummet behöver ofta tillgripas. Vid behov av tvångsinjicering kan ges Haldol 5 mg/ml, 1 ml, intramuskulärt, eventuellt i kombination med Ativan 4 mg/ml, 1 ml intramuskulärt, och/eller Phenergan 25 mg/ml, 2-4 ml intramuskulärt. Om patienten är känd sedan tidigare och man vet att patienten tål Cisordinol kan även ges injektion Cisordinol Acutard 50 mg/ml, 1-2 ml i.m, som har effekt under ett par dagar. I övrigt behöver patienten en lugn och rofylld miljö med minimal stimulering. Se till att han får mat, dryck och sömn. Försök i möjligaste mån förhindra att patienten ställer till det ytterligare för sig genom t ex obetänksamt telefonerande från avdelningen.

Efter den akuta fasen behöver patienten följas upp på psykiatrisk mottagning med stöd, information och litiumkontroller.

Ångestsyndrom

Introduktion

Ångestsyndrom är vanliga och ofta långdragna tillstånd, med risk för kroppsliga, psykiatriska och sociala påslagringar. Hög samsjuklighet med depression, missbruk och andra ångestsyndrom. Ofta feldiagnostiserade eller odiagnostiserade under lång tid, vilket är illa eftersom tillstånden ofta drabbar unga personer i känslig ålder.

Diagnostik och utredning

Man behöver tänka brett och överväga andra tänkbara ångestkällor innan man ställer en diagnos på primärt ångestsyndrom. Uteslut därför realångest/krisreaktion/"maladaptiv stressreaktion", somatisk sjukdom (thyroidearubbning, astma, emfysem, hjärtsvikt, akut koronarsjd, organisk hjärnsjukdom, demens), läkemedel (analgetika, sympatomimetika och andra bronkdilaterande medel, insulin, antikonceptionella medel, medel mot parkinsonism, kortikosteroider, thyroideahormoner, antihypertensiva medel, antipsykotiska medel och

antidepressiva medel), missbruk/abstinens (kaffe, alkohol, narkotika) och ångest sekundär till annan psykisk sjukdom (depression, psykos, somatoforma syndrom, personlighetsstörning). När man därefter skall försöka differentiera mellan de primära ångestsyndromen som kort beskrivs nedan är det centralt att undersöka i vilken situation ångesten kommer och vad som utlöser den. Det är också viktigt att minnas att så gott som alla ångestyttringar är ospecifika symtom som kan iakttas vid många olika psykiska störningar. Så t ex är det vanligt med panikattacker, tvångsritualer, grubblrier, förväntansoro och socialfobiska besvär vid depression. Här får symtomens inbördes styrka och tidsförloppet avgöra om det är rimligast att sätta den ena, den andra eller kanske båda diagnoserna.

Utredning och behandling av ångestsyndrom.

De allmänna principer för utredning och handläggning som skisserades för depression gäller även för ångeststörningarna varför vi hänvisar läsaren till dessa. Således angeläget med ordentlig diagnostik, uteslutande av somatisk åkomma, information, empatiskt och stödjande bemötande och genomtänkt behandlingsupplägg. Behandlingsupplägget vid de olika ångeststörningarna har stora likheter. Basen utgörs ofta av ett SSRI-preparat i kombination med kognitiv psykoterapi eller kognitiv beteendeterapi. Till detta kan vid behov adderas intermittent medicinering mot ångest och sömnproblem, särskilt i början av behandlingen där patienten ofta får en ångestförstärkning av SSRI-preparatet innan effekten kommer. Ångestpatienter är känsliga för den initiala ångeststegringen, så dosera SSRI försiktigt initialt. Andra värdefulla behandlingsmetoder är sjukgymnastik och avspänningsträning. Vid lättare ångeststörningar hos i övrigt välfungerande patienter kan man i allmänhet göra ett behandlingsförsök i primärvården, ffa vid paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Tvångssyndrom, specifik fobi i behov av behandling och uttalad agorafobi bör i normalfallet remitteras till psykiatrin utan föregående behandlingsförsök. För komplettering med syndromspecifika behandlingsaspekter hänvisas till beskrivningen av de olika tillstånden nedan.

De vanligaste primära ångestsjukdomarna är

Paniksyndrom, med eller utan agorafobi. Plötsligt påkomna attacker av intensiv ångest/skräck i kombination med autonoma reaktioner (bl a hjärklappning, obehagskänslor från bröstet, illamående eller obehag i magen, kvävningsskänsla, darrningar, svettningar) och en stark känsla av överklighet och av att vara på väg att tappa kontrollen, bli sjuk eller tappa förståndet. Attackerna kan komma när och var som helst. Efterhand uppstår en rädsla för nya attacker vilket kan leda till att man undviker platser där det vore extra illa att få en ny panikattack, ffa för att man inte så lätt kan fly från platsen ifråga. Därvid har utvecklats

Agorafobi, vilket i sin tur kan föreligga med (vanligast) eller utan samtidigt paniksyndrom. Det främsta symtomet är rädsla för att bli fast i en situation vilken man inte snabbt och omärkligt kan ta sig ur om man skulle känna sig orolig eller få en panikattack. Till exempel butik, stormarknad, frisör, köer, tunnelbana, hiss, bro, hög höjd. Man undviker alltmer de "svåra" platserna, isolerar sig, blir bunden vid sin partner, kommer kanske inte ur bostaden.

Behandling vid paniksyndrom och agorafobi, utöver de allmänna riktlinjerna

Uteslut tyroidearubbning, hjärtåkomma, lungsjukdom, missbruk, feokromocytom. Behandla i enlighet med de allmänna riktlinjerna ovan. Använd SSRI eller, i andra hand, venlafaxin eller klomipramin. Behandla tills panikattackerna upphört, förväntansångesten avbetingats och de agorafoba besvären så småningom lagt sig. Fortsätt ytterligare ett halvår innan försiktigt uttrappningsförsök eventuellt kan göras. De som inte svarar tillfredsställande på denna behandling bör remitteras till psykiatrin för bedömning samt ställningstagande till KPT eller

KBT, om sådan finns att tillgå på orten. Detsamma gäller de med allvarlig komorbiditet, svårare agorafobi och medicinovilliga.

Social fobi. Det centrala är en rädsla i och för situationer där man riskerar bli föremål för andras uppmärksamhet. Man är rädd för att bli utsatt för granskning av andra personer och att göra bort sig så att det blir genant, pinsamt, löjligt; man är rädd att inte duga. Vanliga ångestskapande situationer är att prata inför andra, äta med andra, gå på posten osv. På sikt kan detta ha en negativ inverkan på självbilden och på ens möjligheter att lyckas i relationer och arbete.

Behandling, utöver de allmänna riktlinjerna: KBT i grupp är ofta effektivt, men även KPT i grupp eller enskilt används. I övrigt kan SSRI vara effektivt. Även moclobemid (Aurorix) har denna indikation men anses mindre effektivt än SSRI.

Tvångssyndrom. Tvångstankar och tvångshandlingar, som upplevs orimliga och meningslösa. Väcker ofta oro och äckel hos den drabbade. Tvångstankar är återkommande och påträngande tankar, fantasier och impulser. 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: återkommande ramsor, räkning, rituella handlingar, ”neutralisering”. Om man hindras från dessa ökar oron.

Behandling, utöver de allmänna riktlinjerna: Samtliga tvångspatienter remitteras till psykiatri för bl a ställningstagande till KBT. Enbart farmakologisk behandling ger vanligen otillräcklig effekt, som dessutom tar lång tid på sig.

Generaliserat ångestsyndrom, GÅS/GAD. Ängslig läggning och oro för framtiden är kardinalsymtomen. Man tar ut oro i förskott inför det mesta, inser att oron är överdriven men kan likväl inte övervinna den. Kroppsliga och psykiska symtom (muskelspänning och ömhet, lätt uttröttbar, koncentrationssvårigheter, rastlöshet, irritabilitet, sömnstörning) samt autonom överaktivitet (svettningar, skakningar, muntorrhet, hjärtklappning, magbesvär). Den drabbade ter sig ängslig, osäker, irriterad, stresskänslig och pessimistisk. En del menar att det även borde finnas en diagnos ”spänningssyndrom” då många patienter har samma symtombild men utan förväntansångesten.

Behandling, utöver de allmänna riktlinjerna: Venlafaxin eller SSRI är bästa farmakologiska behandling här. Psykoterapi är inte lika väl dokumenterat här som vid en del andra ångestsyndrom, och valet av lämplig psykoterapiform är här i ovanligt hög grad en fråga om en individuell bedömning av den enskilda patientens situation och förutsättningar. KPT, KBT och psykodynamisk psykoterapi är tänkbara behandlingsmöjligheter, liksom avslappningsträning och sjukgymnastik. Alla med GÅS kan dock inte erbjudas psykoterapi vid landstingets psykiatriska mottagningar, så gör gärna ett farmakologiskt behandlingsförsök innan du eventuellt remitterar vidare.

Specifik fobi. En orimlig rädsla för evolutionärt farliga företeelser som ormar, spindlar, insekter, blod, höjder, mörker och åska.

Behandling, utöver de allmänna riktlinjerna: Vid ordentliga besvär direkt till psykiatri för KBT. En eller ett par sessioner kan ibland räcka. SSRI är ej indicerade.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSS). Patienten har blivit utsatt för en exceptionellt hotfull/katastrofal situation (död, allvarlig sjukdom, hot mot liv och integritet, våldtäkt, incest,

naturkatastrof, gisslan, koncentrationsläger, bombning) och reagerat med intensiv rädsla, hjälplöshet och skräck. Händelsen återupplevs genom plågsamma tankar eller minnesbilder, mardrömmar, ”flash-backs”. Patienten undviker sådant som påminner om traumat. Minnesluckor. Nedsatt vitalitet, nedsatt intresse, känsla av likgiltighet och främlingskap inför andra människor, begränsade affekter, avsaknad av framtidstro. Överspändhet som tar sig uttryck i sömnproblem, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet, lättskrämthet.

Behandling, utöver de allmänna riktlinjerna: vid uttalade besvär remiss till psykiatrin. Vid lindrigare tillstånd kan provas SSRI eller venlafaxin, alternativt möjligen mirtazepin, i kombination med en stödjande samtalskontakt hos allmänläkare eller kurator. KBT med exponering och responsprevention, alternativt EMDR, av en terapeut rekommenderas. ”Debriefing” är en metod för att reducera risken för att personal som varit inblandad i katastrofsituation senare utvecklar psykiska besvär och inte en behandlingsmetod för patienter som redan utvecklat PTSS.

Akut stressreaktion. Liknar PTSS men mer omedelbart och snabbare övergående.

Behandling, utöver de allmänna riktlinjerna: v g se PTSS

Psykotiska syndrom

Introduktion

Psykotiska tillstånd innebär en bruten realitetsförankring. De kan vara diskreta men är viktiga att identifiera då patienten själv kan sakna insikt om sitt behov av vård och behandling. Ibland är sjukdomsbilden dramatisk med stark oro, aggressivitet och självdestruktivitet.

Det kan vara tillfälliga skeenden eller långdragna genomgripande sjukdomar, primära tillstånd eller sekundära till t ex affektiva sjukdomar eller demenser. Gränspsykotiska och mikropsykotiska tillstånd, som ibland förekommer vid vissa personlighetsstörningar, kan vara mycket kortvariga och kan gå över utan behandling. De egentliga psykoserna, där olika former av schizofreni är vanligast, drabbar ofta människor tidigt i livet och kan ge livslång funktionsnedsättning.

Diagnostik

Schizofreni är den viktigaste diagnosgruppen och förekommer hos knappt en procent av befolkningen, i yngre åldrar något vanligare bland män men sett över hela livet lika vanlig hos både kvinnor och män. Schizofreni innefattar vanligen *positiva symptom* som vanföreställningar och hallucinationer, desorganiserat tal (störda associationer, splittring) och desorganiserat beteende (oro, aggressivitet eller katatoni). Två av dessa symptom ska föreligga under minst sex månader. Är varaktigheten kortare kallas tillståndet **schizofreniformt syndrom**. Är symptomen ännu kortvarigare, minst en dag men mindre än en månad, kallas tillståndet enligt DSM **kortvarig psykos**.

Underavdelningar av schizofreni är hebefreni (djupgående störning med desorganiserat tal och beteende samt flacka eller inadekvata affekter), paranoid schizofreni (ev senare debut, vanföreställningar som ofta är av förföljelsekaraktär), kataton schizofreni (hypokinesi, excitation och tonusrubbing) och odifferentierad schizofreni. Residualschizofreni är en symptomfattig form med enbart *negativa symptom* (affektiv avflackning, utarmat tankeliv,

viljelöshet) eller försvagade positiva symptom. Man delar ibland in schizofreni i endast två undergrupper, positiv respektive negativ typ.

Om det utöver schizofrena symptom även finns en affektiv komponent som är av kortare varaktighet än de psykotiska symptomen använder man beteckningen **schizoaffektivt syndrom**. Detta bör skiljas från genuin schizofreni där patienten kan drabbas av depressioner under begränsad tid.

Vanföreställningssyndrom eller paranoisk psykos är en viktig differentialdiagnos med mindre genomgripande symptom. Framförallt är vanföreställningarna av icke bisarr karaktär, vilket innebär att händelserna man beskriver kan inträffa i verkligheten. Det kan röra sig om att man blir förföljd, förgiftad, har en sjukdom, eller att ens partner är otrogen. Ens vardagliga fungerande påverkas inte lika mycket som vid schizofreni och beteendet är inte lika udda.

Toxisk påverkan vid missbruk av alkohol eller narkotika (amfetamin, cannabis, hallucinogener) kan ge schizofreniliknande bilder. Även vid **drogabstinens** kan man se psykotiska tillstånd, till exempel delirium tremens. Andra **organiska tillstånd** som ibland ger psykotiska symptom är demens, temporallobsepilepsi, cerebrovaskulära sjukdomar och hjärntumör. **Läkemedel** som kan ge psykotiska symptom som biverkan är till exempel antidepressiva, cortison, cimetidin, levodopa och andra parkinsonmediciner. **Konfusion** är ett akut påkommet sjukdomstillstånd med bruten realitetsförankring, där det mest karaktäristiska är en störning av medvetandet gällande vakenhet, klarhet och/eller högre medvetandefunktioner. Det förekommer att man ser konfusionella inslag vid vissa akuta psykotiska tillstånd, men som regel är patienten klar och fullt medveten om situationen i övrigt, trots kanske massiva och systematiserade vanföreställningar.

Tidigare i kompendiet nämnda **affektiva tillstånd**, som egentlig depression eller mani, kan anta psykotisk valör. De psykotiska symptomen är då vanligen syntyma/kongruenta med det förskjutna stämningsläget. Vid depression förekommer ofta föreställningar om att man är värdelös eller har gjort andra illa, eller att man är drabbad av allvarlig sjukdom. Vid mani kan det handla om att man har osedvanliga förmågor eller att man totalt tappat omdömet och uppträder därefter.

Cykloid psykos är en särskild sjukdom av bipolär karaktär, där insjuknandet i den maniska fasen ofta innefattar konfusion och snabba växlingar i stämningsläget med plötsliga kast mellan lyckoupplevelser och stark ångest. Motoriska symptom kan vara särskilt uttalade. Dessa patienter är, liksom de med annan bipolär sjukdom, oftast symptomfria mellan skoven. Depressionstillstånden liknar dem vid andra affektiva sjukdomar och behöver inte vara av psykotisk valör.

Puerperalpsykoser, även kallade förlossnings- eller amningspsykoser, är i grunden bipolära tillstånd med manifformt insjuknande, men de kan också vara första episoden av ett cykloidt syndrom.

Uttredning av psykotiska tillstånd

Psykotiska tillstånd är i allmänhet en specialistangelägenhet, åtminstone i akuta och aktiva faser av schizofreni. Ofta krävs dygnetruntvård och relativt ofta måste detta ske med tvång. Vid nyinsjuknande kan i akutsituationen några dygns observation utan medicinerings vara värdefull då en del av de ovan nämnda tillstånden är övergående.

Vid utredning är somatisk undersökning inklusive ett neurologiskt status viktig. Blodprover bör tas i åtminstone samma omfattning som vid affektiva tillstånd (Hb, SR, LPK, b-glucos, thyroideaprover, elektrolyter, leverprover, B-12, folat hos äldre). Drogsscreening är obligat. CT skulle alternativt MR skulle bör utföras vid allvarliga psykotiska tillstånd. EEG kan vara värdefullt om epilepsimisstanke föreligger. Neuropsykologisk testning och kuratorsutredning bör övervägas.

Behandling av akuta psykotiska syndrom

Det är ett stort trauma för hela familjen när en familjemedlem insjuknar i psykos, och i de allt vanligare subspecialiserade teamen för psykosdrabbade patienter försöker man därför ge snabb och tät hjälp till både patient och anhöriga utifrån ett krisperspektiv. I akutskedet handlar det framförallt om stöd och information, helst i hemmet om patientens tillstånd medger det. Ofta krävs emellertid inläggning på psykiatrisk vårdavdelning, men det beskrivna förhållningssättet bör tillämpas även då. Anhöriga kan också hjälpa till att komplettera anamnesen.

LPT måste övervägas om grundförutsättningen i form av allvarlig psykisk störning är uppfylld. Det måste i så fall föreligga aktuella psykotiska symptom, det räcker inte med t ex schizofrenidiagnos i tidigare journal. Huruvida psykiatrisk heldygnsvård är oundgänglig får bedömas. Därtill fordras att patienten motsätter sig vården, alternativt att det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke. Suicidriskbedömning är viktig, men ofta svår att genomföra vid akuta psykotiska tillstånd då patienten inte lämnar relevanta uppgifter.

Behandling med antipsykotika

Det har hänt mycket när det gäller tillgång och val av antipsykotiska läkemedel, varför jag här låtit utgå det professor Bo Runeson skrev 2003. Istället hänvisar jag till lämplig källa enligt förslagen i introduktionen.

Biverkningar förekommer ofta. Sedation är vanligt, men ibland också något som eftersträvas. Viktökning är ett problem, bland de nya medlen särskilt med olanzapin. Neurologiska biverkningar - ofta benämnda extrapyramidala biverkningar - är mycket vanliga, framförallt när man använder äldre lågdosneuroleptika. De extrapyramidala biverkningarna kan vara av flera slag: akut dystoni, parkinsonism (stelhet, hypokinesi och tremor), akatisi och efter flera års behandling tardiva dyskinesier som kan vara irreversibla.

Vid starkt ångestinslag bör ångestdämpande farmaka ges, för att minska behovet av neuroleptika. Då kan benzodiazepin i måttliga doser användas, t ex clonazepam (Iktorivil) 4 mg/dygn. Vid sekundära depressioner kan antidepressiva behövas, men med särskild observans på eventuellt ökade psykotiska inslag.

Uppföljning

Efter den akuta fasen bör uppföljning ske på psykiatrisk mottagning, gärna hos subspecialiserat team. I vård och rehabilitering ingår individuell stödterapi eller psykoterapi, boende- och arbetsträning samt stöd till anhöriga. God erfarenhet finns av särskilt utbildade stödpersoner, så kallade case managers eller personliga ombud. En sådan person kan fungera som stöd för ett antal patienter och kan hjälpa patienten i kontakter med sjukvården och samhället, samt med lämplig aktivering och andra individuellt anpassade stödinsatser.