**HAKUNA MATATA**

**\* Multifaktorell allmän Orsaksanalys \***

I ett försök att strukturera orsakssambanden kan man se psykisk hälsa/ohälsa utifrån en samverkan mellan sårbarhetsfaktorer, skyddsfaktorer, utlösande faktorer

**Sårbarhetsfaktorerna:**

1. **biologiska** (genetiska, infektioner, trauma).

2. **psykologiska** (otrygg uppväxt, tidig kärleksbrist, övergrepp som barn).

3. **sociala** (socialgruppstillhörighet, brist på förtrolig vän, arbetsmiljön)

**Skyddsfaktorer:**

1. nätverk

2. arbete, sysselsättning, kreativitet

3. upplevelse av mening, sammanhang i tillvaron, samtal med Gud

**Utlösande faktorer:** kan vara livshändelser som är ganska vanliga men där man inte är riktigt förberedd ex barnafödsel, separationer med kränkningar, kroppsliga sjukdomar.

**\* Ångestsyndrom \***

**Reaktiv ångest**: den ångest som är klart förbunden med långvariga problem eller konflikter i människans yttre livssituation. **Medveten om konflikten (nutida).**

**Neurotisk ångest**: den ångest som inte svarar mot reaktionen på en bestämd situation eller händelse, utan som till form och styrka är sådan att den visar att omedvetna känslor, motiv och konflikter har aktiverats. **Omedveten om konflikt (tidigare).**

**Ångestens uttryckssätt** (3 huvudtyper)

- **panikattacker** där ångesten kommer som en blixt från en klar himmel utan någon förvarning. Inledningsvis en väldigt intensiv ångest som avtar inom loppet av någon timme.

- **generaliserad ångest** som är en mer utdragen (kanske flera år) oro, obehag, ängslighet.

- **fobisk ångest** där obehaget är kopplat till vissa situationer/föremål som skapar ångesten men man kan hålla sig relativt besvärsfri om man undviker dessa situationer/föremål (inskränkthet)

**-tvångssyndrom** (tvångstankar el tvångshandlingar)

**-posttraumatiskt stressyndrom** (tentor)

Ångest/nervositet skiljer sig åt beroende på hur hög kontroll man har över situationen,

och hur vardagen påverkas.

**Tre huvudtyper av symtom**

1. panikkänsla

2. tror man dör, blir tokig, hjärntumör?

3. kroppsreaktioner (hjärtklappning)

**Övriga:** rädsla, världen vänds upp och ner, golvet snurrar, ljud förändras, synen försvinner, benen darrar, man drar sig undan det som skrämmer.

**Primära sjukdomsvinst=håller undan ångest för att undvika grundkonflikten**

**Sekundär sjukdomsvinst=binda andra människor till sig (ansvarsbefrielse)**

**Behandling**

**Farmakologisk behandling:** Alkohol är ju ett lättåtkomligt och för de flesta välbekant medel för att skapa avslappning och för en stund slippa ifrån både det förflutna och framtiden.

Man bör vara mycket försiktig med att använda alkohol som en ångestdämpare (biverkningar).

Mest effektiva är s.k. **bensodiazepiner** (ångestdämpare). Nackdelarna med dessa är att det minskar intresset för att ta fatt i det som är fel i livet, att man förlitar sig mer på medicinerna än på sin egen kraft samt att dom är beroendeframkallande.

(Fysiskt och psykiskt beroende, missbrukspotential, kan ge fosterskador).

**Biverkningar:** dåsighet, desorientering, nedsatt minne, nedsatt inlärning.

Under senare år har **SSRI-preparaten** "lyckopillren" använts med bra resultat bl.a. vid **panikångest**. Dessa medel sägs vara fria från att skapa beroende.

**Psykodynamisk Samtalsterapi:** syftar till att individen ska kunna få insikt i det som orsakat de problem man söker för, tanken är att insikt leder till att besvären upphör.

**Kognitiv Beteende Terapi:** där man sätter de hinder och begränsningar en individ har i första rummet och tränar upp mer funktionella beteenden och tankemönster.

**\* Förstämningstillstånd \***

Med förstämningstillstånd menas förändringar i stämningsläget utöver normala variationer.

Det förhöjda benämns **mani** och det sänkta **depression**.

**Unipolära förstämningssyndrom** = depression

**Bipolära förstämningssyndrom =** depression och mani kallas manodepression.

**Dystymi** = lättare form av depression som pågått länge, kan lindras av samtalsterapi (empati).

**Melankoli** = allvarlig djup depression, präglas av en negativ livssyn, orsakas framförallt av biologiska förändringar i hjärnan, den lindras ej av samtalsterapi.

**Vid lindrig melankoli** är symtomen inte riktigt lika uttalade. Folk i omgivningen märker inte alltid av att personen är deprimerad. Annars är symtomen samma fast lindrigare, ex man känner sig misslyckad, mkt trött, man är pessimistisk, har svårt att komma upp på morgonen.

**Vid djup melankoli**

**Sinnesstämning:** (meningslöshet, hopplöshet, självförakt, skuld)

**Tankeinnehåll:** (tröga tankar, hopplöshet, självförakt, skuld)

**Viljeliv och handlingskraft:** (apatisk, bryr sig inte om sitt eget liv, asocial)

**Vegetativa och hormonella funktioner:** (aptitlöshet, viktnedgång, sköldkörtel, serotonin, sömnstörningar)

**Vid total melankoli** är personens depression så svår att den ibland är outhärdlig. Personen känner självhat, är inte värd att leva, slutar äta, missköter sin hygien. Självmordstankar finns, men ingen ork att genomföra dem (viktigt att komma ihåg då man behandlar depression – då personen börjar bli bättre, får mera kraft ökar också självmordsrisken).

**Behandling**

Vid melankoli ges antidepressiva LM som ofta har en mycket bra depressionslösande effekt.

**Antidepressiva Läkemedel:**

Tricykliska/Tetracykliska, MAO hämmare, SSRI preparat, SNRI preparat

**ECT – behandling används vid djupa depressioner med stor självmordsrisk och där antidepressiva LM inte hjälper.**

* Sker under narkos
* En strömstöt ges på högra tinningen (ibland på båda)
* Ett lätt krampanfall utlöses, ger en antidepressiv effekt
* Efter 2-3 behandlingar märks en förbättring och man brukar ge 6-8 behandlingar

**Nackdelar: inte själva delaktiga i processen ”hokus pokus effekt”**

Psykologiska behandlingsmetoder anses mindre lämpliga vid djupare depressioner eftersom de snarare förstärker individens negativa självbild än skapar lättnad. Att utgöra ett ”**interimistiskt hopp**” (att leva interimistiskt dvs att se det som något tillfälligt, skruva ner sina anspråk och göra det bästa av situationen) är däremot viktigt liksom att erbjuda närhet, värme och omsorg.

**Manisk sjukdom**

Man anser att orsaken till mani har med biologiska faktorer att göra. Kan ev handla om en bortträngd depression som yttrar sig som mani. Drabbar oftare män än kvinnor. Dessa personer är ofta utåtriktade (deprimerade är oftast inåtvända)

**Psykologiska symtom:**

* Starkt uppskruvat stämningsläge (livet känns fantastiskt)
* Omdömeslöshet (ekonomi och relationer)
* Övervärderar (förmågan)
* Förhöjt (tankar och motorisk aktivitet)
* Sömn (lite el ingen)
* Ångest och förföljelsemani (sömnbristen spelar stor roll här)

**Fysiska symtom:**

* hjärtat (högvarv)
* hormonnivåerna (förhöjda)

En mani kan rasera en persons liv på en dag, ex en person kan helt plötsligt sluta sin SSK-utbildning, lämna sin familj, säga upp bekantskap med vänner, byta religion.

Efter en manisk period går personen in i en manodepression (bipolär affektiv sjukdom).

**Behandlingen** vid de maniska tillstånden består som regel av dämpande läkemedel av neuroleptika (antispykotiska) som syftar till att få ner personen i varv.

* Vid en fullt utvecklad mani krävs det att personen läggs in på sjukhus, dels för att man vill förhindra att personen raserar sitt liv/utsätter sig för social skam, dels för att förhindra en kroppslig kollaps (hjärtat går på högvarv, ingen sömn).
* Samtalsterapi är uteslutet – personen är alldeles för uppskruvad för det.
* Läkemedelsbehandling sker med litium som stabiliserarstämningsläget.
* Neuroleptika (antipsykotiska)

**Akut:** Sömnbehov (sömnmedel), Neuroleptika (antipsykotiska), Miljö (lugn), ECT (om man inte svarar på neurolaptika)

**Kronisk**: Litium (stabiliserande), Psykoterapi (**uppstädning av manin, bearbetande, ansvarstagande**)

**\* Psykoser \***

Att man inte kan skilja på yttre och inre verklighet innebär och att man har någon form av verklighetsuppfattning som är klart avvikande, är ett grundläggande kriterium för att man överhuvudtaget ska tala om en person som psykotisk.

De följer egna spelregler och har ett eget referenssystem som vi inte kan, vill förstå och acceptera. Psykoskaraktär (bristande förmåga att kunna skilja mellan själv och omvärld).

Krav: **vanföreställningar** som man är ensam om

Grundläggande:

**beteende avvikelse**

**förvirring** (tid, rum, person)

**hallucinationer** (extrasensorisk perception)

Omfattningsperspektiv:delvis psyk (intakt personlighet men med vanföreställning), helt psyk.

Varaktighetsperspektiv: kortvarig (veckor-månader), långvarig (år)

**Orsaker**

**Organisk Psykos:** innebär organiskt underliggande faktor av stor betydelse.

**Funktionell Psykos:** personen fungerar avvikande och har vanföreställningar utan organisk orsak.

**Kvartspsykos = Förälskelse**

**Schizofrena psykoser** är tillstånd som i huvudsak drabbar unga personer. De medför ett stort lidande för såväl den drabbade som deras familjer.

**Behandling**

Olika undersökningar har visat att ett terapeutiskt omhändertagande vid första insjuknandet är av största betydelse för hur psykosen kommer att utvecklas. Att kunna erbjuda den psykosdrabbade en trygg, hemlik miljö ger avsevärt mycket bättre prognos än om man hamnar på en traditionell psykiatrisk vårdavdelning. Den psykosdrabbade plågas ofta av ångest och lider av svår oro. Det är därför av största vikt att man kan minska denna känsla. Tyvärr leder detta ofta till att man rutinmässigt inleder behandlingen med att ge antipsykotiska LM (neuroleptika). Kanske borde man istället i högre grad än vad som är fallet tillskapa vårdmiljöer som erbjuder en trygg miljö för att kunna avvakta med medicinering och se om symtomen klingar av ändå.

**Vid de långvariga psykoserna är problematiken oftast av omfattande natur**. Förutom de psykiatriska symtomen finns också brister i olika **livsfärdigheter**. Även om man ska vara försiktig att generalisera ser man ofta brister i såväl **känslomässigt, socialt och praktiskt hänseende**. En genomtänkt psykosbehandling måste därför inriktas på att öka funktionsförmågan i dessa avseenden. Som regel krävs också någon form av antipsykotiska LM under en längre tid.

**\* Personlighetsstörningar \***

Om en människas personlighet är störd el betraktas som normal är en svår avvägning. En del av oss föredrar ensamhet före gemenskap, andra har lätt att brusa upp och visa sina känslor, några tycker att man inte alltid behöver vara ärlig el hänsynsfull. Att diagnostisera en människa som personlighetsstörd är ofta svårt. Till skillnad från vid de flesta andra psykiatriska tillstånden har man ju inte individens normala, friska jag att utgå från vid bedömningen.

Att ändra en persons personlighet är ju ur alla avseenden svårare än att rikta in sig på ett enskilt symtom hos en individ. Därför betraktas dessa grupper som de mest svårbehandlade inom psykiatrin.

**Behandlingen som vanligtvis pågår under många år riktas in mot att så långt som möjligt underlätta anpassningen till omgivningen. Någon form av systematisk psykoterapi är ett vanligt inslag i den långsiktiga behandlingen**.

**Vad är en personlighetsstörning?** (avvikelser inom följande områden)

* **Kognition** (uppfattning och tolkning av omvärlden)
* **Affektivitet** (känslorektioner)
* **Interpersonell funktion** (samspel)
* **Impulskontroll** (kontroll & fördröjning)

**När blir det en personlighetsstörning?**

När personlighetsdragen orsakar lidande för individen själv el hans omgivning. Dessa personer söker oftast inte hjälp själva.

**Jagsvaghet**

Alla har lite jagsvaghet men vid personlighetsstörning är den mera uttalad.

**Jagsvaghet innebär:**

* **Identitetsdiffusion** (svag indentitet)
* **Uppdelning onda/goda**
* **Osynlig gräns själv/andra**
* **Primitiva försvarsmekanismer** (splitting, projekt identifikation)
* **Låg ångest och frustrationstolerans**
* **Saknar internaliserade goda objekt** (mamma/pappa)
* **Bristande empati**
* **Utagerande**
* **Bristande tillit**

**Den emotionellt instabila personligheten (borderline)**

* **Identitetsstörningar** (uttalade)
* **Instabila relationer**
* **Impulsivitet**
* **Affekt-Labilitet**
* **Känsla av inre tomhet** (svårt för att vara ensam)
* **Tendens till självdestruktivitet** (måste göra något pga stark känsla)

**Behandling**

* Det är få patienter som blir botade och kontinuitetsprincipen är viktig i dessa fall, man kan räkna med mycket lång kontakt med patienter om än med stora mellanrum.
* Behandlingsformer som används är ex **miljöterapi (ansvar, kommunikation, kontakt utåt och aktivitet)**, **familjeterapi**, psykoanalytisk terapi oftast tillsammans med farmakologisk behandling.

**Den Narcissistiska personligheten**

Narcissim är inte något onormalt eller sjukligt i sig. Alla människor måste ha ett mått av självkärlek för att överleva, och alla är beroende av andras uppskattning för att upprätthålla sin självkärlek. Problemet uppstår då behovet av att bli bekräftad blir en besatthet.

* **Grandios känsla av att vara en betydande person**
* **Fantasier om makt, framgång, skönhet**
* **Speciell och unik som bara kan förstås av vissa**
* **Kräver ett övermått av beundran**
* **Förväntningar på särbehandling** (orimliga)
* **Utnyttjar andra för egen fördel**
* **Saknar empati**
* **Är ofta avundsjuk**

**Behandling**

* Ofta kommer dessa personer till behandling för att de känner stigande **misantropi** (fientlig inställning till medmänniskorna), bitterhet och ensamhet, oftast först i 40-50 års åldern. Åldern är plågsam för dessa människor, som avundas både sin egen och andras ungdom och andras liv och desperat upplever hur likgiltigheten och kylan breder ut sig i dom.
* Efter som dessa personer har stora svårigheter att våga sig in i ett beroendeförhållande, är den psykoterapeutiska behandlingen ofta svår eller omöjlig.

**Den antisociala personligheten (psykopati)**

Vid antisociala personlighetsstörningar domineras bilden **av aggressivitet, grymhet och avsaknad av ånger.** De diagnostiska kännetecknen består framför allt av en lång rad antisociala och kriminella beteendemönster. Men det är viktigt att notera att de flesta kriminella inte är psykopater utan lider av en antisocial personlighetsstörning.

**Behandling**

* Program med **träningsbehandling och återuppfostran** har på detta område rapporterats vara framgångsrika när det gällt att påverka beteendet och den sociala funktionen.
* För personer med klart psykopatiska drag är instutionsbehandling oundviklig, ex sådana som kan förorsaka skada ute i samhället

**\* Psykisk sjukdom - Psykiskt funktionshinder \***

Ett psykiskt funktionshinder kan ses som någon form av nedsättning av en förmåga till följd av en sjukdom eller skada. De personer som innefattas i begreppet psykiskt funktionshindrade är personer som lider av så omfattande och funktionsnedsättande psykiska besvär att de har svårt att klara det dagliga livet och därför har behov av vård och/eller omsorgsinsatser.

**\* Psykiatrisk Vårdorganisering \***

**Landstingsknuten psykiatri**

Landstingens sjukvårdsorganisation är ansvarig för all **akutpsykiatri, barn och ungdomspsykiatri** samt vård av psykiskt störda lagöverträdare(**rättspsykiatri**).

**Kommunal psykiatri**

Det kommunala ansvaret är i första hand knutet till stöd och service i boende och sysselsättning för människor med långvariga psykiska funktionshinder.

* **dagverksamheter** (kontakt eller sysselsättning)
* **gruppboende** (lägenhet, gemensamhetslokaler, personalstöd)
* **hemtjänstinsatser** (i den egna bostaden)
* **kontaktperson** (för att underlätta sociala aktiviteter)
* **arbetskooperativ** (mindre antal personer som driver en verksamhet)

En mindre grupp av de psykiskt långtidssjuka bedöms ha så stort funktionshinder att de blir föremål för insatser med stöd av **LSS.**

**Privata vårdalternativ**

Privatpraktiserande psykiater (leg specialistläkare) eller psykoterapeuter (leg.psykolog).

**Övriga vårdalternativ**

För studenter finns ofta en psykosocial verksamhet tex psykoterapeuter. Kyrkor och samfund har ofta tillgång till psykoterapeuter eller själavårdare/andeutdrivare dit man kan vända sig.

**\* Funktionshinder \***

1. **Funktionshinder**

Funktionshinder är den begränsning i personens funktionsförmåga som blir följden av skada el en sjukdom.

1. **Handikapp**

Handikapp är den begränsning som skada el sjukdom och funktionshindret innebär för en person i hans dagliga liv.

1. **Miljörelativ handikappdefinition**

Att ett handikapp inte är en egenskap hos en enskild person utan ett förhållande mellan den enskildes funktionshinder och omgivningen.

1. **Handikappreformen**

Tillkom för att generellt förbättra situationen för personer med funktionshinder. Målet var ökat självbestämmande och inflytande och förbättrade levnadsvillkor så att det inte skulle vara någon skillnad jämfört med andra människor. En grundtanke var att ett handikapp inte är en egenskap hos en enskild person utan ett förhållande mellan den enskildes funktionshinder och omgivningen.

1. **LSS**

Lagen om särskilt Stöd och Service för vissa funktionshindrade.

1. **Normalisering**

Personer med funktionshinder ska ha normala levnadsvillkor.

1. **Integrering**

Personer med vanliga funktionshinder ska kunna leva med vanliga människor.

1. **Empowerment**

Känslan av kontroll över det egna livet.

Tron på den egna förmågan att nå de mål man har ställt upp (self-efficacy).

Stärka individens möjligheter att bli självständig, kunna formulera egna mål och ta makt över sitt eget liv. (Empowerment refererar till både subjektiva erfarenheter och objektiv verklighet).

1. **Paternalistisk tankemodell**

Bygger på över och underordning dvs maktstruktur fattar beslut åt de som inte är kapabla att fatta beslut själva (politiker/arbetare, lärare/studenter, präster/syndare)

1. **Empowerment orienterad tankemodell**

**Horisontella relationer mellan människor.**

Tron på att människor har förmågor och kompetenser som kan utvecklas, men att jantelag, auktoritetstro, förmyndarskap, professionalisering och fundamentala attributionsfel hämmar detta.

1. **WHO:s handikapp begrepp**

Skada-Organnivå, Funktionsnedsättning-Personnivå, Handikapp- Situationsnivå.

**Frågeställningar:**

1. Hur förhåller sig begreppen skada, funktionshinder och handikapp till varandra?

Skada=den fysiska orsaken, funktionshinder hur skadan uttrycks på funktionsnivån, Handikapp=Hur funktionshindret begränsar det dagliga livet.

1. Vad menar man när man säger att vi har en miljörelativ handikappdefinition?

Att man ser handikappet som ett förhållande mellan funktionshindret och omgivningen

1. Vilka konsekvenser får ett miljörelativt synsätt på normaliseringssträvanden för människor med funktionshinder?

Att ansvaret delvis förskjuts från individen till staten för anpassning av den yttre miljön.

1. Vad kan man säga om handikappreformens och kommunaliseringens effekter ?

* **Negativa**=funktionshindrade har fortfarande sämre levnadsförhållanden än befolkningen i allmänhet, antalet platser på arbetsmarkanden har minskat, flera har problem med kostnadsmarginalen.
* **Positiva**=boendeförhållandena har förbättrats, rörelsehindrade har fått personlig assistans, antalet utvecklingstörda i föreningar har ökat markant.

1. Vilka var syftena med LSS när den infördes?

Att individen ska ha rätten till ett kvalitativt bra liv. Målet med **LSS** är att den enskilde ska få möjligheten att leva som andra. Lagen är en rättighetslagstiftning som ger de som omfattas av lagen rätt till **10** olika insatser. För att ha rätt till dessa insatser skall något av följande kriterier uppfyllas:

* Personer med utvecklingnsstörning & person med autism el autism liknande tillstånd.
* Personer med betydande & bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder.
* Personer med andra varaktiga fysiska el psykiska funktionshinder som har betydande svårigheter i vardagen.

**\* Utvecklingsstörning \***

**Enligt definition handlar det om en avsevärd och varaktig nedsättning av begåvningsfunktionerna som uppstått under personens utvecklingsperiod** (<70 IQ). Denna funktionsnedsättning kan ha uppstått p.g.a. flera orsaker tex **syrebrist, kromosomavvikelser och infektioner**. Det är också vanligt att de utvecklingsstörda har andra funktionsnedsättningar, **epilepsi, syn** och **hörselnedsättningar** och **CP**-skador.

Det viktiga är att försöka förstå hur dessa personer uppfattar sin omvärld och vad vi kan göra för att göra den mer begriplig. Man vet t.ex. att struktur på olika sätt **(fåtal människor, trygg närmiljö, skapa förväntan, person/tid/rum)** och tydlighet i kommunikation **(tecken, pictogram, bliss)** är viktiga faktorer och anpassning av den utvecklingsstördes miljö (livskvalitet).

**Psyket består av:** Intelligens, Emotion, Motivation, Identitet

**Begåvning består av att kunna:**

* ordna sinnesupplevelser
* vägleda tankar och handlingar mot olika mål
* utveckla ett språk som stöder tänkandet

**Minskning av utvecklingsstörda anses bero på:**

**Ekonomisk utveckling** (minskning av undernäring, minskning av sjukdomar, minskning av psykologisk och pedagogisk understimulans), **Fosterdiagnostik**

**Svåra** situationer för personer med **Autism:** pauser, tomrum, förändringar, krav och valsituationer, starka känslor vilket ofta ger kaotiskt beteende eller avskärmning.

**WHO:s indelning av utvecklingsstörda:**

**Djup** < 20 IQ, **Svår** 21-34 IQ, **Måttlig** 35-49 IQ, **Lindrig** 50-70 IQ, **Ultralätt** 71-99 IQ

**Frågeställningar:**

1. Hur ser definitionen av begreppet utvecklingsstörning ut?

Den som under sin utvecklingsperiod har fått en avsevärd och varaktig nedsättning av sina begåvningsfunktioner.

1. Redogör för några vanliga orsaker till utvecklingsstörning.

* Prenatala (före leverans) virus
* Perinatala(under leverans) syrebrist, trauma
* Postnatala (efter leverans) förgiftning, trauma
* Övrigt infektioner, fysisk påverkan, ämnesomsättning, tumörer, missbildningar, kromosomavvikelser, födelsevikt, deprivation (fysisk el sensorisk)

1. Redogör för några vanliga tilläggshandikapp hos personer med utvecklingsstörning

Motoriska handikapp, syn och hörsel handikapp, epilepsi, cp-skador.

1. Hur fungerar personer på A, B och C-nivå?

**A Svår utvecklingsstörning** (lever här och nu, ordnar upplevelse genom att jämföra, kan ta initiativ till något positivt, kan inte prata, förstår inte bilder)

**B Måttlig utvecklingsstörning** (lär sig förstå bilder, kan skilja på olika grupper av föremål, beroende av konkreta upplevelser, kan inte räkna)

**C Lätt utvecklingsstörning** (kan läsa och skriva, utföra enkla räkneuppgifter, tids och rums uppfattning förbättrad, svårt med problem av multipel karaktär)

1. Vilka är de insatser man har rätt till enligt LSS? (vanligast=\*)

* Rådgivning & personligt stöd \*
* Personlig assistent
* Ledsagarservice
* Kontaktperson \*
* Avlösarservice
* Korttidsvistelse
* Korttidstillsyn
* Boende i familjehem
* Bostad med särskild service för vuxna \*
* Daglig verksamhet \*

1. Vad vet man om orsakerna till autism?

Man anser att problemtiken beror på organiska skador i hjärnan.

Hur ser definitionen av autism ut?

**KONTAKT**=allvarlig begränsning i förmågan till ömsesidigt samspel.

**KOMMUNIKATION**=allvarlig avvikelse i kommunikationsutvecklingen. 50 % talar inte

**BETEENDE**=begränsade, repetitiva och stereotypa beteendemönster, intressen och aktiviteter.

**PERCEPPTION**=överkänslighet för ljud

(Autistiska har svårt att sortera intryck, om för många sinnen stimuleras kan det bli kaos, de regerar ofta starkt på beröring, men ofta inte på kraftig beröring)

1. Vad skall man tänka på i samspelet med en utvecklingstörd person ?

* Har mer behov av struktur och ordning på information (person, rum, tid)
* Viktigt att vara tydlig, visa teckenspråk el visa bild samtidigt som man pratar
* Vara konkret, visa med sak och bild vad man skall göra
* En utvecklingsstörd tar in mindre information åt gången

1. Vad är Downs syndrom ? (syndrom = en grupp symtom som förekommer tillsammans).

* De har en extra kromosom som mest påverkar hjärnans utveckling.
* Barn med Downs syndrom kan ha lindrig/grav utvecklingsstörning.
* Vanliga åkommor är hjärtfel, infektionskänslighet, synfel & hörselnedsättning
* **Symtom:** begåvningsnedsättning, dålig rums och tidsuppfattning, platt ansikte, liten näsa, sneda ögon.

**Instuderingsfrågor:**

1. Redogöra för ångestbegreppet

Ett tillstånd som upplevs som rädsla eller trånghet/spänning, beroende på om man betonar en psykisk eller somatisk aspekt.

**Reaktiv ångest =** den ångest som är klart förbunden med långvariga problem eller konflikter i människans yttre livssituation.

**Neuroser =** den ångest som inte svarar mot reaktionen på en bestämd situation eller händelse, utan som till form och styrka är sådan att den visar att omedvetna känslor, motiv och konflikter har aktiverats.

Ångest kan uttryckas på tre olika sätt:

**Panikattacker** – ångesten kommer snabbt utan förvaring, intensiv men kortvarig (tim)

**Generaliserad ångest** – generaliserad ångest allmän känsla av oro, obehag och ängslan ofta utdragen (år)

**Fobisk ångest** – där ångesten är kopplad till situationen/föremål som utlöser ångesten. Man blir ångestfri då dessa situationer/föremål undviks. Risk för ett inskränkt liv om man är för ”snäll mot sig själv” och undviker ångesten ”utmaningarna”.

1. Förklara begreppet reaktiv ångest

Ångest som utlöses pga en yttre händelse i ens nuvarande livssituation.

1. Särskilja reaktiv ångest från neurotisk ångest

Skillnaden är att neurotisk ångest har sin grund i tidigare trauma, medan den reaktiva ångesten beror på yttre nutida händelser.

1. Förklara hur neurotisk ångest uppkommer

En yttre händelse ”triggar” igång ett tidigare obearbetat trauma (omedveten konflikt).

1. Redogöra för ångestens yttringar och symtombilder

**Tre huvudtyper av symtom**

1. panikkänsla

2. tror man dör, blir tokig, hjärntumör?

3. kroppsreaktioner (hjärtklappning)

**Olika symtom** rädsla, världen vänds upp och ner, golvet snurrar, ljud förändras, synen försvinner, benen darrar, man drar sig undan det som skrämmer.

1. Beskriva hur man lär en person att ta hand om sin ångest

Man dör inte, man blir inte sinnesjuk, förlorar inte kontrollen, försök till objektiv hållning, andningsövningar, fundera på vad som kan utlösa ångesten, varmchoklad/honungsmjölk. Fysiologiskt riktig livsföring (att man äter och sover rätt), meditation i kroppen.

1. Motivera en restriktiv användning av bensodiazepiner

Viljan att ta tag i sitt eget liv minskar, man förlitar sig till medicinen, samt att den är andningsdeprimerande och beroendeframkallande.

1. Redogöra för olika behandlingsformer vid ångestrelaterade besvär

Farmakologisk ångestdämpande (bensodiazepiner), neuroleptika (antipsykotiska), (SSRI)

psykologisk samtalsterapi, kognitiv psykoterapi, dynamiskt psykoterapi

1. Definiera begreppet förstämningssyndrom

Stämningsläge som är högre (mani) eller lägre (depression) än normalt.

1. Förklara på vilket sätt individens psykiska och fysiska funktioner är störda vid ett maniskt respektive depressivt tillstånd

Sinnesstämning högre respektive låg, tankeverksamhet snabb eller långsam, vilja/handlingskraft stark eller svag, motorisk aktivitet hög eller låg.

1. Redogöra för vad som är utmärkande för en djup melankolisk depression

* **Sinnesstämnig:** (meningslöshet, hopplöshet, självförakt, skuld)
* **Tankeinnehåll:** (tröga tankar, självmordstankar, grubbel)
* **Viljeliv och handlingskraft:** (apatisk, bryr sig inte om sitt eget liv, asocial)
* **Vegetativa och hormonella funktioner**: (aptitlöshet, viktnedgång, sköldkörtel, serotonin, sömnstörningar)

(vegetativa funktioner = icke viljestyrda eller icke medvetna funktioner, som styrs av det autonoma nervsystemet eller hormoner)

En känsla av hopplöshet, apati, kraftig minskning av alla aktiviteter, ointresserad, asocial trög i tanke och handling, viljesvag, känner skuld och förakt, sömnstörningar, grubblerier, självmordstankar, aptitlöshet, viktnedgång, ångest, missköter sin hygien.

1. Förklara hur depression kan uppkomma utifrån en helhetssyn

**Biologisk orsaker** – ärftlighet, känslighet, bristande transmittorsubstans

**Social/psykologiska orsaker** – livshändelser, ensamhet, isolering och kränkningar

Om man har en känslighet att drabbas av depression slår sociala och psykologiska orsaker hårdare än hos andra. Vissa klarar ex en separation bra, medan andra kan gå in i en djup depression. Vad man har för personlighet spelar också in.

1. Ange olika behandlingsmetoder vid förstämningssyndrom

**Lättare** - psykoterapi (om samarbetsvillig) och antidepressiva

**Djupare** – främst biologisk behandling, antidepressiva, ECT.

Här anses psykologiska behandlingsmetoder mindre lämpliga eftersom de snarare förstärker individens negativa självbild än skapar lättnad.

**Mani** – litium stabiliserar stämningsläget och neuroleptika (antispykotiska) ges.

1. Beskriva effekter och biverkningar vid behandling med antidepressiva läkemedel

Antidepressiva ökar mängden signalsubstans i synapserna. Serotonin och noradrenalin är signalsubstanser som överför signaler från en nervcell till nästa över synapsklyftan.

Biverkningar - Antidepressiva:

* yrsel
* dåsighet
* muntorrhet
* hjärtklappning
* förstoppning
* miktionssvårigheter

De nyare preparaten - SSRI:

* sömnstörningar
* illamående
* rastlöshet
* viktökning
* sexuella problem

För alla preparat gäller att man ska börja med låg dos, för att biverkningarna inte ska bli för svåra. Dosen trappas successivt upp, effekt märks tidigast efter 1-2 veckor, viktigt att informera om detta!

1. Ha kunskaper om positiva och negativa effekter av litiumbehandling

+ stabiliserar stämningsläget (varken högt eller lågt) – tappar kreativitet, vilja att göra saker, smal terapeutisk bredd, risk för njurskador (regelbunden njurkontroll)

1. Veta skillnaden mellan organisk och funktionell psykos

Organisk - innebär att det finns en organiskt underliggande faktor av stor betydelse.

Funktionell – innebär att personen fungerar avvikande och har vanföreställningar.

 Beskriva vad som kännetecknar en psykos

Att man inte kan skilja mellan yttre och inre verklighet dvs de har en starkt avvikande verklighetsuppfattning (**vanföreställningar, beteende avvikelser, förvirring, hallucinationer**).

1. Redogöra för innebörden av en akut psykos

Utlöses ofta av en pressad livssituation en så kallad reaktiv psykos. Bristande verklighetsuppfattning med paranoida drag.

1. Ange tänkbara psykologiska och biologiska orsaksfaktorer till en akut psykos

**Psykologiska:** inre omöjlig konflikt (vilket val man än väljer kommer det att bli svårt) förlust av anhörig, person eller objekt som man är symbiotiskt beroende av, isolering/ensamhet.

**Biologiska:** faktorer som påverkar CNS vilket försvagar jagfaktorerna ex via farmaka eller långvarig stress, sömnproblem och stimulismonotoni (lyssna på psykiatri föreläsningar)

1. Ange grundsymtom vid schizofrena psykoser samt ge exempel på hur symtomen kan ta sig uttryck

**Autism** (skapa inre värld)**, Affektiva störningar** (känsloliv)**, Associationsstörningar** (tankeliv)**, Ambivalent** (viljeliv)

Vanföreställningar eller hallucinationer av ytterst bisarr karaktär ex att man kommunicerar telepatiskt med Moder Teresas holografiska UFO varje kväll klockan 23:23

1. **Förklara ”stress-sårbarhetsmodellen” vid psykosinsjuknande**
2. Ange behandlingsformer vid akuta och långvariga psykoser

**Akuta:** ECT, Antipsykotisk farmaka vid svår ångest. Skapa en trygg miljö, ev tvångsinläggning för att skydda patienten/dess omgivning, ev undersöka somatiska orsaker.

**Långvariga:** fysisk aktivitet, familjeterapi, systematisk psykoterapi. Vid riktigt långvariga psykoser bör man även öka funktionsförmågan i olika **livsfärdigheter** (**känslomässigt, socialt, praktiskt)**. Ofta behövs också antipsykotisk farmaka under lång tid. Viktigt med en låg dos för att undvika eventuella biverkningar.

1. Redogör för neuroleptikas (antipsykotiska) effekter och biverkningar

**Ångestdämpande**: \***Lockeffekter**\*, man vågar förändra sitt liv, men det är inte säkert att man vill längre, muskelavslappnande.

**Antidepressiva** (SSRI & tricykliska): \***Filtereffekt**\*, minskad rädsla för själva rädslan, minskad risk för nya ångestattacker, SSRI är mindre toxiska, har mindre självmordsrisk och har ”snällare” biverkningar.

1. Känna till grundläggande principer för förhållningssätt vid psykosvård

Första mötet är av största betydelse. Viktigt att skapa en trygg miljö och att du som vårdare behåller ditt lugn. Viktigt att försöka vinna patientens förtroende.

**Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård** alla 3 kriterier måste uppfyllas:

**1.** Måste lida av allvarlig psykisk störning.

**2.** Adekvat vård anses inte kunna ges utan inläggning.

**3.** Man är förvirrad el omedveten motsäger sig vård (farlig för sig själv el andra).

**1.**Vårdintyg utfördas i samband med särskild läkarundersökning (leg läkare), där redogörs för den psykiska störningen och de omständigheter som ger upphov till vårdbehovet, ovanstående 3 kriterier skall vara uppfyllda. Inom 4 dygn skall patienten ha kommit till psykiatrisk mottagning.

**2**.Psykiater bedömmer inom (24h) om personen verkligen är så sjuk som vårdintyget hävdar. Uppfyller patienten alla 3 kraven enligt **LPT** beslutas om intagande.

**3.** I 4 veckor kan vård ske med tvång, innan utgång skall länsrätten besluta om ev förlängning då beviljas det för 4 mån och därefter i 6 mån intervaller.

**Lagen om Rättspsykiatrisk Vård**

(för den som gjort sig skyldig till brott under inflytande av allvarlig psykisk störning)

Liten sinnesundersökning, man sitter och samtalar och ser tendenser (timmar)

Stor sinnesundersökning **RPU** (**tillstånd DÅ, tillstånd NU, diagnos**) undersökningen sker under lång tid på rättspsyk av rättspsykiater, psykolog, socionom och vårdpersonal (6-8v).

**Neuros=omedveten konflikt ???**

**Schizofren=en psykos som utlösts långsamt och smygande med oklar bakgrund ???**

**Tertiär försvarsmekanism=att alltid skämta !!!**

**WHO**

**ICD (International Classification of Diseases)**

**American Psychiatric Association**

**DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Menatal Disorders)**

**Kuriosa**

Man har tidigare använt LSD-25 som hjälp att få fram tidiga och omedvetna minnen hos individen, för att sedan kunna bearbeta dessa psykoterapeutiskt. Detta är för närvarande förbjudet i Jönköping.

**Habilitering**=utveckling av ny förmåga

**Rehabilitering**=förlorad förmåga skall återvinnas

Om ni känner att serien ”extrema studiedokument” har hjälpt er, snälla, låt författarna få veta det, en fri drink, en klapp på axeln eller ett leende räcker långt, i deras fortsatta strävan efter humor, kärlek och visdom.

**UNICORN**

**Ragnar Asker**

**THE ONE**

**John Blund**

**PEDIATRICIAN**

**Maria Nelander**

**SSV4**

“Feel good about who you are, and know that your success benefits others” Starbeam

“Allow people to grow into your life at a speed they can handle” Starbeam

“A longing heart is the key to miracles” Starbeam

Life is like a box of chocolate, you never know what you are going to get-John

Stupid is who stupid does-John

Den nyttigaste läxan livet lärt mig är att idioterna många gånger har rätt-John

**HAKUNA MATATA**

**Övningstenta 1**

1. Du arbetar som sjuksköterska i ett psykiatriskt öppenvårdsteam. Ni har ett antal patienter som haft upprepade ångestattacker under senaste året, och bestämmer att teamet ska anordna en studiecirkel för erfarenhetsutbyte och att man bättre ska lära känna sina besvär. Du får ansvar för att informera om bl.a. följande:

A. vilka symtom man kan få vid en ångestattack ?

B. varför man ska vara försiktig med att under längre tid använda bensodiazepiner ?

C. vad som menas med dynamisk respektive kognitiv psykoterapi ?

Redogör för viktiga fakta du tänker ta upp med din patientgrupp när det gäller ovanstående frågor. 6 poäng

A. Panik, rädsla för att dö, ljud förändras, synen försvinner, golvet snurrar, hjärtklappning, fjärilar i magen.

B. Beroendeframkallande (fysiskt och psykiskt), passivitet och viljesvaghet, doshöjning pga tillvänjning, locket på känslorna.

C. **Dynamisk psykoterapi** syftar till att ge patienten en ökad förståelse för bakomliggande orsaker till sina psykiska besvär. Man utgår från att patientens problem grundar sig i den känslomässiga utvecklingen (längre terapi, inriktad på tidigare orsaker)

**Kognitiv terapi** tar utgångspunkt från dina tankar, känslor och handlingar. Denhjälper dig att förstå detta samband (snabb terapi, främst inriktad på nuet)

2. Du kommer i kontakt med en kvinna i 40-årsåldern som de senaste tre åren haft stora besvär med att få vardagen att fungera. Hennes största problem är att hon vid upprepade tillfällen drabbats av ångestattacker när hon i bil eller buss varit på väg till sitt arbete. Hon har då ringt efter sin man som varit förstående och hämtat henne med sin bil och kört henne hem så hon kunnat vila ut. För att inte riskera att förlora sitt arbete som ekonomiassistent på ett företag har hon därför börjat gå eller cykla till jobbet. Eftersom avståndet är ca en mil måste hon stiga upp tidigt. Detta har medfört att hon måste lägga sig tidigt och därför inte haft tid att odla sina intressen och det sociala livet har i stort sett upphört. Mannen är missnöjd med situationen även om han försöker ställa upp och sköta hemmets sysslor med inköp, matlagning, städning mm så att de kan få lite mer tid tillsammans. Samlivet har också blivit lidande, för det mesta handlar det om att ge stöd och uppmuntran vid hennes ångestattacker. Hon har sökt distriktsläkare upprepade gånger för sina besvär och trots att hon fått lugnande besked att alla prover är bra tycks hon inte tro på det utan vill att man ska utreda grundligare.

Hon har även fått tid hos vårdcentralens psykolog flera gånger men har avbokat dessa kort före besöket. Fastän hon har det minst sagt besvärligt tycks hon alltså inte vilja ta tag i sin problematik. Resonera kring vad anledningen kan vara till att hon inte verkar vara speciellt angelägen att förändra sitt liv. Använd dig i resonemanget av begreppen primär och sekundär sjukdomsvinst. 4 poäng

**Primärvinster** hon håller undan ångesten för att undvika grundkonflikten (arbetet?) väljer också att söka somatiska/fysiska orsaker (distriktsläkare), avbokar tider hos psykolog för att slippa konfrontera den känslomässiga orsaken.

**Sekundärvinster** binder andra människor till sig, här mannen som också får göra hushållsarbetet (känna sig omhändertagen, uppmärksamhet, maktmissbruk) slipper mycket ansvar för hem och sig själv.

3. Behandling och bedömning vid melankoliska depressioner är det viktigt att snabbt kunna bryta tillståndet. 4 poäng

1. redogör för två vanliga behandlingsalternativ vid detta tillstånd
2. redogör för viktiga principer i bemötandet av en människa med svår depression
3. resonera kring hur det långsiktiga arbetet kan utformas kring en person med återkommande depressionstillstånd

A. Psykoterapi (vid lindriga fall), antidepressiva (SSRI), ECT.

B. Viktigt att lyssna på patientens tankar och ord, betona att det är sjukdomen som orsakar den negativa livsattityden, var uppmärksam på suicid risker.

C. Börja med antidepressiva, se till att ha regelbundna kontakter, beroende på patientens behov och önskemål (motivation) kan man ta det i denna ordning samtalsterapi, kognitiv terapi, dynamisk psykoterapi.

4. Jagsvaghet finns vid alla personlighetsstörningar. I Cullbergs bok benämns jagsvaghet som ospecifika tecken. Redogör för fyra tecken (symtom) på jagsvaghet. 4 poäng

**Bristande ångest tolerans, bristande impulskontroll, bristande sublimeringsförmåga, bristande förmåga att ägna sig åt arbete på ett meningsfullt sätt.**

**(Jagsvaghet=jagets grunduppbyggnad är för svag för att kunna bära normala påfrestningar).**

5. Ingrid, en 55 årig gift kvinna med vuxna barn kommer till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen tillsammans med sin man. Hon har sedan 3 veckor ständigt varit i farten, sovit minimalt och chockerat sin närmaste omgivning genom sin frispråkighet och sitt vårdslösa ordval.

Hon har köpt en del saker till hemmet och en ny kappa till sig själv, i och för sig inget anmärkningsvärt men kontrasterande mot henens vanliga sparsamhet.

Ingrid har i samband med hennes systers död för 5 år sedan en depressionsperiod som framgångsrikt behandlades med läkemedel i öppen vård.

Under de senaste två åren har hon vid några tillfällen druckit sprit på ett vårdslöst sätt, något som gjort att det glesnat med inbjudningar från vänner familjen tidigare umgåtts med. Maken antyder att det varit en del alkoholkonsumtion de senaste veckorna. Ingrid är vid besöket på mottagningen på ett strålande humör, hon talar snabbt, skrattar ofta och faller ständigt sin man i talet, eftersom hon tycker han är för omständlig när han ska förklara situationen. Ordvalet är vårdat bortsett från ett par runda ord som chockerar maken, men i samklang med kvinnans rätt utmanande och raljanta sätt. Hon säger sig vara trött på makens tjat och har funderat att ge sig iväg på en solsemester på egen hand eller tillsammans med någon väninna för att som hon säger ”ta vara på livet, man lever ju bara en gång eller hur?”. Dessutom tycker hon att en anledning att vara hemifrån ett tag kan vara att hon märkt att man de senaste dagarna tänt gatlyktorna tidigare än vanligt. Hon berättar med sänkt röst att polisen kommer att göra en razzia mot falskdeklaranter och att man möjligen kommer till henne också eftersom hon haft en del sidoinkomster i sitt arbete som kontorist på en bokföringsbyrå som hon inte fått kontrolluppgifter på och därför inte deklarerat. Maken verkar mycket besvärad av situationen och börjar vid några tillfällen höja rösten som om han är på väg att tappa kontrollen över sig själv, men behärskar sig och säger riktat till dig ”snälla du hjälp oss, det här går inte längre”.

1. vad talar för att Ingrid bör behandlas inom psykiatriska öppenvården?

För att undersöka alkohol problematik, lugna manin med litium, ev dämpa med antipsykotiskt medel (haldol), vid extrem mani kan ECT prövas.

1. vad talar för att psykiatrisk slutenvård kan vara det bästa alternativet?

Hon verkar lida av mani vilket innebär en stor risk för att hon skall ödelägga sitt eget liv, utsätta sig för social skam, förhindra kroppslig kollaps, därför vore det bäst att hon läggs in på sluten vård tills manin har gått över och ev avgiftning för alkohol.

1. Vilka behandlingsmetoder anser du bör ingå i en slutenvårdsbehandling?

Resonera också kring vilken behandling som kan vara aktuell på längre sikt.

Litium (stämmningsstabiliserande), antipsykotiska medel (vid behov av kraftigt lugnande), sömnmedel, **omvårdnadsåtgärder (trygghet, att bli sedd, kroppskontakt)** ev alkoholavgiftning och senare samtalsterapi ev dynamisk psykoterapi.

1. vilken/vilka diagnoser ligger närmast tillhands. Motivera vad i berättelsen du stödjer dig på.

Bipolär affektiv sjukdom (affekt=stämningsläge), inne i en mani, ex tidigare depression, sover lite, omdömeslöshet, uppskruvat stämningsläge, övervärderar sin förmåga, outtalad ångest och förföljelsemani. 6 poäng

6a. Redogör med utgångspunkt från ”stress-sårbarhetsmodellen” för hur en akut psykos kan tänkas utlösas.

När den totala stressen överskrider personens gräns så kan en psykos utlösas dvs när Sårbarhetsfaktorerna är större än Skyddsfaktorerna så behövs det bara en lite Utlösande faktorn för att det skall ske

**Sårbarhetsfaktorer:**

1. Biologiska faktorer (perinatala, genetiska, hjärnskada)
2. Psykosociala faktorer (familjemässiga, sociala, kulturella)

**Skyddsfaktorer:**

1. nätverk
2. arbete, sysselsättning, kreativitet
3. upplevelse av mening, sammanhang i tillvaron

b. **Vid neuroleptikabehandling (antispykotiska) måste man räkna med att patienten drabbas av s.k. extrapyramidala biverkningar.**

Redogör för hur dessa biverkningar kan yttra sig och hur man kan motverka dem.

**Tremor** pga konstgjord utlösning av Parkinson (hämmad dopamin aktivtet), **dystoni** (smärtsamma kramper i ögonmuskulaturen), **akatisi** (muskulär oro och ostillbar ångest), **dysfori** (olust, håglöshet, passivitet).

Motverkas genom dossänkning och om det inte fungerar så ges något sk antiparkinson preparat.

c. Vid psykotiska tillstånd ställs man ibland inför frågan om vilka möjligheter det finns att vårda en person inom psykiatrin mot dennes vilja.

Redogör för huvuddragen i den lagstiftningen som reglerar psykiatrisk tvångsvård när det gäller följande: vilka kriterier måste vara uppfyllda?

**1. Måste lida av allvarlig psykisk störning**

**2. Adekvat vård anses inte kunna ges utan inläggning**

**3. Man är förvirrad el omedveten motsäger sig vård (farlig för sig själv el andra)**

1. Intygsförfarandet

**Vårdintyg utfördas i samband med särskild läkarundersökning (leg läkare), där redogörs för den psykiska störningen och de omständigheter som ger upphov till vårdbehovet, ovanstående 3 kriterier skall vara uppfyllda. Inom 4 dygn skall patienten ha kommit till psykiatrisk mottagning.**

1. Vilken rättsinstans ska bedöma vårdbehovet och när sker denna bedömning

**Psykiatriker skall bedöma patienten inom 24 timmar och har rätt att besluta om 4 veckors tvångsvård, därefter beslutar Länsrätten om vidare tvångsvård i max 4-6 månader.**

1. Vad menas med konvertering i detta sammanhang

Att man överför en patient från HSL till LPT dvs olika lagar gäller för vården. 6 poäng

7. I den psykiatrireform som genomfördes under 90-talet klargjordes en ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. Jag vill att du skall skriver ner vilken huvudman som ansvarar för respektive vårdinsats till en psykiskt funktionshindrad person. (2p.)

1. Stöd i eget boende = Kommunen
2. Sysselsättning i dagverksamhet = Kommunen
3. Öppen psykiatrisk sjukvård = Landstinget
4. Psykiatrisk slutenvård i enlighet med HSL = Landstinget
5. Gruppboende = Kommunen
6. Somatisk vård = Landstinget
7. Psykiatrisk slutenvård i enlighet med LPT eller LRV = Landstinget
8. Stöd av personligt ombud = Kommunen

8. Vad menas med att vi har ett miljörelativt handikappsbegrepp? (2p.)

Handikappbegrepp 3 st: skada på organnivå, funktionsnedsättning på personnivå, handikapp på situationsnivå. WHOs handikappbegrepp är miljörelativt, eftersom individen beskrivs i relation till omgivningen och dess krav.

9. Om du träffar ett småbarn (0-2 år), vad kan du vara uppmärksam på hos barnet för att se om det har en utvecklingsstörning? (2p.)

**Motorikstörningar, Kommunikation tal/ljud och reaktion på tal/ljud, kunna skilja på närstående och främmande personer, intresse för den yttre miljön.**

10. För att personer med utvecklingsstörning skall fungera väl i sin miljö och känna sig trygg är det viktigt med struktur. Beskriv kortfattat några saker du kan göra om du arbetar med utvecklingsstörda för att skapa denna struktur. (2p.)

**Regelbundna rutiner mat, sömn, lek. Stabil rumsmiljö saker, personer. Tydlig kommunikation kombinera tal, bild, kroppspråk. Miljön skall vara anpassad till personens funktionshinder.**

11. För autism ligger funktionsstörningarna definitionsmässigt inom tre områden. Vilka är dessa? För full poäng på frågan ska du ge något konkret exempel på varje. (3p.)

**Socialt samspel**: oförmåga till kontakt, avvikande kontakt, distanslös i kontakt

**Avvikande beteende**: upprepning av rörelsemönster utan variation, sitter ofta och gungar, fixerar sig ofta vid små detaljer och har svårt att förstå helheten, har svårt för förändringar.

**Kommunikation verbal & ickeverbal**: tex inget språk, avvikande språk (pedantiskt, formellt, entonigt), svårt att tolka tal och kroppspråk

**Perception**

12. Om man tillhör personkretsen enligt LSS och behov föreligger har man rätt till ett antal insatser enligt 9§ i LSS. Vilken/vilka av nedanstående gäller detta? (1p.)

- Råd och stöd = JA

- Semesterresa = NEJ

- Avlösarservice = JA

- Daglig verksamhet = JA

- Reducerad medicinkostnad = NEJ

**Övningstenta 2**

1. Redogör för hur en psykos kan tänkas utlösas. Redogör också för vilka viktiga regler och principer som gäller vid behandlingen av människor som drabbats av ett akut psykotiskt tillstånd. (4p.)

Alla människor har olika förutsättningar för hur mycket psykisk press de klarar av innan en psykos kan tänkas utlösas flera saker inverkar på detta

1. **Sårbarhetsfaktorer:**

Biologiska faktorer (perinatala, genetiska, hjärnskada)

Psykosociala faktorer (familjemässiga, sociala, kulturella)

2. **Skyddsfaktorer:** nätverk, arbete/sysselsättning, upplevelse av mening I livet.

3 **Utlösande faktorer:** kan vara livshändelser som i och för sig är ganska vanliga men där man inte är riktigt förberedd. (motstridiga konflikter av ”omöjlig” art, förlust av symbiotiskt objekt, förlust av identitetsbärande objekt, bristande yttre orientering)

När sårbarhetsfaktorerna blir större än skyddsfaktorerna försvinner personens försvar och de kan hamna i en akut psykos.

Behandling viktigt med terapeutiskt omhändertagande vid första insjuknandet, att erbjuda en trygg och hemlik miljö, undvik att ge antipsykotiska lm rutinmässigt utan ge det först vid mycket stort behov, då akuta psykoser ofta snabbt går över av sig själv.

(överväg även möjligheten av biologiska orsaker tex förgiftning och infektion.)

2. Vid mer långvariga psykoser, ex personer med en schizofren psykos ser man en problematik av såväl emotionell, social, psykologisk som vardaglig praktisk karaktär. Man kan ex vis ha svårt att knyta och fungera varaktigt i relationer, vara beroende av andra för att klara arbete och boende. Man kan ha svårigheter att skilja inre från yttre, skilja jag från du, sköta sitt dagliga liv som mat, hygien etc. Jag vill därför att du redogör för de rehabiliteringsåtgärder du anser bör ingå i ett professionellt utformat åtgärdsprogram för människor med schizofrena psykoser. (6p.)

Förutom de psykiatriska symtomen finns ofta brister i **livsfärdigheter (känslomässigt, socialt, praktiskt)** därför bör man sträva efter att öka funktionsförmågan här med åtgärder som skräddarsys efter individens behov.

Ofta behövs också antipsykotiska LM under lång tid, obs dessa bör hållas på så låg dos som möjligt pga biverkningar.

3. Kropp och själ hör ju ihop, det är därför viktigt att beakta att ibland kan ångesten orsakas och utlösas av somatiska faktorer. Redogör för ett kroppsligt tillstånd som kan ge uttalade ångestsymtom. (3p.)

**Somatisk faktorer: hjärtinfarkt (tryck över bröstet), astmanfall (andningsproblem), tinnitus (yrsel), cancerbesked (chock), KOL (andnöd)**

4. Du arbetar som sjuksköterska i ett psykiatriskt öppenvårdsteam. I dina uppgifter ingår bla att informera patienterna om hur man själv skall kunna ta hand om sin ångest. Redogör med utgångspunk från Cullbergs bok ”Dynamisk Psykiatri” för vilka viktiga råd och tips du vill ge en person som har drabbats av upprepade ångestattacker under senaste året, för att han på ett bättre sätt själv ska kunna handskas med sin ångest. (4p.)

**Man dör aldrig av ett ångestanfall eller blir sinnessjuk av ångest eller förlorar kontrollen, Försök till objektiv hållning då ångesten kommer, Andningsövningar, Avspänningsövningar, Fundera vad som** **utlöser ångesten, Fobiträning, Fysiologiskt riktig livsföring.** Samtalsterapi, Kognitiv-Dynamisk-Systemisk-psykoterapi.

5. Vid melankoliska syndrom brukar vissa funktioner hos individen vara störda. Redogör för och exemplifiera för hur dessa störningar kan yttra sig. (4p.)

1. **Sinnesstämnig:** (meningslöshet, hopplöshet, självförakt, skuld)
2. **Tankeinnehåll:** (tröga tankar, självmordstankar, grubbel)
3. **Viljeliv och handlingskraft:** (apatisk, bryr sig inte om sitt eget liv, asocial)
4. **Vegetativa och hormonella funktioner**: (aptitlöshet, viktnedgång, sköldkörtel, serotonin, sömnstörningar)

6. Du kommer i kontakt med en person som vill ha ditt råd om hur hon ska handskas med en svår situation en bekant befinner sig i. Hon berättar följande historia för dig: ”Jag har en nära bekant som lider av svår paranoia. Tror att hon blev buggad i bostaden och att hon blev kodad i hjärnan när hon blev nerdrogad på ett mentalsjukhus i Spanien för 8 år sedan. Tror att hon är manipulerad för att göra terroristgärningar när hon blir anbefalld. Jag har försökt övertala henne att söka psykiatrisk hjälp men hon vill inte höra talas om det. Det känns svårt att tvinga henne till en psykiater eftersom hon anser att de är fiender liksom alla andra i omgivningen och då skulle hon kanske också se mig som en fiende. Vad skall jag göra?” Vad vill du föreslå personen som frågar dig till råds att göra åt situationen? (4p.)

**Paranoida psykoser** = **(systematiskt långvariga vanförställningar)**, Så länge hon inte verkar farlig för sin omgivning så anses inte tvångsintagning motiverat, lyssna på hennes idéer och föreställningar utan att försöka korrigera dem, gör saker tillsammans med henne då dessa individer ofta isolerar sig, när man har fått fullt förtroende så kan man ev försöka ta kontakt med läkare/psykiater senare.

*Du arbetar som arbetsterapeut på ett dagcenter för utvecklingsstörda. I din yrkesutövning har du ansvar för människor med olika begåvningsnivå och med skilda orsaker till sin utvecklingsstörning. I ditt arbete ingår bla att informera och undervisa anhöriga och personal. Med utgångspunkt från detta ska du besvara nedanstående frågor:*

7. Downs syndrom är en av de vanligaste orsakerna till utvecklingsstörning. Flera av arbetstagarna på ditt dagcenter har detta syndrom. Reflektera över vilka konsekvenser av sitt funktionshinder personer med Downs syndrom har som är viktigt att utgå ifrån. (3.)

**Det är vanligt med medicinska störningar typ: hjärtfel, syn och hörsel nedsättning.**

**Hjärnans utveckling kan vara nedsatt i olika grad vilket inverkar på prestationen.**

**De kan ha läs och skriv problem, svårt med rums- och tidsuppfattning. Behöver tid på sig att lära sig hitta, mycket upprepning. De kan ha svårt att förstå tids begrepp.** Miljön skall vara anpassad till personens funktionshinder.

8. G.kylen har visat att utvecklingsstörda följer samma utvecklingsstadier som normalbegåvade, men de utvecklas långsammare och stannar på ett lägre mognadsstadie. Redogör för faktorer som påverkar förståndsmognanden hos utvecklingsstörda och förklara hur förståndsutvecklingen hos utvecklingsstörda sker. (5.)

Utvecklingsstörda återfinns på de tre första stadierna eftersom de aldrig når fram till ett abstrakt tänkande och därmed inte heller till ett abstrakt språk.

**A-Nivå**, grav utvecklingsstörning.

Personen lever i nuet, en konkret verklighet. Meddelar sig genom kroppsspråk. Använder och uppfattar ljud som signaler och har inget talat språk. Begränsad uppfattning av tid och rum.

**B-Nivå**, måttlig utvecklingsstörning.

Personen kan orientera sig i närmiljön. Har ett enkelt talat språk. Förstår bildsymboler, illustrationer och fotografier. Kan inte tänka sig oupplevda händelser utan måste praktiskt prova.

**C-Nivå**, lindrig utvecklingsstörning.

Personen förstår abstrakta symboler som exempelvis bokstäver och siffror. Kan läsa och räkna med viss begränsning. Kan fantisera och göra sig föreställningar om oupplevda händelser utifrån egna erfarenheter.  
**D-nivå**, vuxen fullt utvecklad. ”Einstein”.

9. Forskning och kunskap om genbiologi och därmed diagnostik av sjukdomar och defekter har ökat. Dessutom har metoder för att redan i fosterlivet urskilja dessa defekter blivit alltmer förfinade och sofistikerade. Diskutera hur du ser på fördelar och nackdelar med fosterdiagnostik. (2.)

+ Man kan vara förberedd på livet som förälder till funktionshindrade.

- Man skulle kunna öppna upp tanken för extrem rasförädling av specifika egenskaper som på lång sikt skulle kunna minska den genetiska mångfalden (enfalden) och därmed göra mänskligheten mera sårbar för olika externa faktorer.

**Övningstenta 3**

10. a. Vilka cellförändringar ser man vid Alzheimerssjukdom?

**Alzheimers sjukdom (50% av alla dementa)** karaktäriseras av degeneration av nervceller och synapser samt ”senile plaques” utanför cellerna.

Betydande förlust av hjärnceller i hippocampus leder till minnesförluster.

11. Beskriv skillnaden mellan demens & konfusion 4 poäng

**Dement** betyder att man har förlorat tidigare förvärvade färdigheter som intellekt, kunskap, minne, språk och känsloliv (Varaktig).

**Konfusion/Delerium** störning av identitetsfunktionen, tolkning av sinnesintryck, orientering till tid, rum, person, samt minnet. (Tillfällig).

**Back-engineering 1**

1. Vilka symtom kan man få vid ångestsyndrom?

**Tre huvudtyper av symtom**

1. panikkänsla

2. tror man dör, blir tokig, hjärntumör?

3. kroppsreaktioner (hjärtklappning)

**Olika symtom:** rädsla, världen vänds upp och ner, golvet snurrar, ljud förändras, synen försvinner, benen darrar, man drar sig undan det som skrämmer.

2. Vad kan man göra som patient vid en ångestattack?

Att bukandas, tänka på att man inte dör, man blir inte sinnessjuk av en ångestattack, åk ALDRIG in till akuten – utan ring ev. nätverk istället. Dämpa inte ångesten med alkohol, ta honungsmjölk, varm choklad. Tänk också på att äta en balanserad kost.

3. Varför ska man vara försiktig med bensodiazepiner?

Viljan att ta tag i sitt liv minskar, fysiskt & psykiskt beroende, missbrukspotential, ökad tolerans.

Medicinska Biverkningar: risk för respiration och cirkulationskollapps, försämrad kognitiv förmåga, dåsighet, desorientering.

4. Särskilj begreppen kognitiv resp. dynamisk psykoterapi.

Dynamisk: Då arbetar man med den underliggande orsaken/konflikten/traumat, något som oftast tar långt tid. (lager på lager) Detta kombineras INTE med farmaka.

Kognitiv: Man fokuserar på tankar och beteende i nuläget och försöker förbättra dessa. Man går alltså inte tillbaks i tiden.

5. Redogör för begreppen primära och sekundära sjukdomsvinster.

**Primära:** Ovilja att ta tag i den underliggande konflikten gör att man hellre stannar kvar i sin nuvarande sjukdom. Sker ofta omedvetet.

**Sekundära:** Att man binder personer i sin omgivning till sig. Vinsterna är ofta känslomässiga. Ex: Att ringa och beklaga sig till anhörig klockan två på natten. Ofta omedvetet.

6.A Hur ser symtombilden ut vid fullt utvecklad mani?

**Sinnesstämningen** – man är extremt uppskruvad, livet känns jättebra.

**Tankelivet** – snabb tankeverksamhet, inget stoppar mig. Övervärdering av den egna förmågan, även vanföreställningar och hallucinationer förekommer.

**Fysiska faktorer** - HR ökar, hormonnivåer ökar, sömnlöshet (Hypertyreos)

B Hur ser beteendet ut vid full utvecklad mani?

Att rasera sitt liv, social skam. Det är efter en manisk period lätt att gå in i depression sk. manodepression. Bakom den glättiga uppskruvade fasaden finns ofta demonerna och aggressionerna.

C Behandling – akut resp. långvarig

AKUT – Dämpa tillståndet, ofta med neuroleptika (antispykotiska) för att personen ska varva ner. Ev. tvångsinläggning pga. bristande sjukdomsinsikt. Ev. ges även sömntabletter för att korrigera ev. sömnbrist/motverka fysisk kollaps. Viktigt med en lugn miljö. ECT vid icke svar på neuroleptika.

Långvariga – Litium (stämningsstabiliserande, hög toxicitet) och neuroleptika, samtalsterapi. Psykoterapi. (**Uppstädning av manin, bearbetande och ansvarstagande**)

7. Redogör för begreppet JAGSVAGHET.

* Man har en svag identitetskänsla
* Man delar upp sig själv och andra i onda el goda (splitting)
* Det finns en osynlig gräns mellan självet och andra
* Man använder sig av primära försvarsmekanismer
* Man har en låg ångest och frustrationstolerans
* Dessa personer saknar internaliserade goda objekt (mamma/pappa)
* Man har bristande förmåga till empati

8.A Vilka symtom kan uppvisas vid djup melankoli?

* **Sinnesstämnig:** (meningslöshet, hopplöshet, självförakt, skuld)
* **Tankeinnehåll:** (tröga tankar, självmordstankar, grubbel)
* **Viljeliv och handlingskraft:** (apatisk, bryr sig inte om sitt eget liv, asocial)
* **Vegetativa och hormonella funktioner**: (aptitlöshet, viktnedgång, sköldkörtel, serotonin, sömnstörningar).

B Hur behandlas en djup melankoli i sluten resp. öppenvård?

Öppen: Psykofarmaka och psykoterapi

Sluten: Avlastning för anhöriga. Antidepressiva medel, Vid självmordsrisk. övervägs även ECT. Avvakta med psykoterapi då tillståndet kan förvärras. Det kan vara viktigt att prata av sig med någon. I efterskedet kan psykoterapi tillämpas.

9.A Redogör för stress/sårbarhetsmodellen i relation till psykoser.

Kännetecken psykoser: **vanförställningar, beteendeavvikelser, förvirring, hallucinationer**.

Psykoströskeln kan överskridas genom **stressorer**

**specifika:** (livskriser, kränkningar, olösliga konflikter, känslomässig förblödning).

**ospecifika:** (läkemedel, sömnlöshet, isolering). i kombination med

**sårbarhetsfaktorer** (psykologiska brister under uppväxten, genetik, CNS-störningar).

Detta motverkas av

**skyddsfaktorer** (nätverk, arbete/sysselsättning, mening/sammanhang).

En långvarig psykos kan leda till schizofren psykos (**Autism** – skapa inre värld, **Affektiva** störningar – rubbat känsloliv, **Associationsstörningar** – tankeliv, **Ambivalens** – viljeliv).

När sårbarhetsfaktorerna blir större än skyddsfaktorerna försvinner personens försvar och de kan hamna i en akut psykos.

Behandling viktigt med terapeutiskt omhändertagande vid första insjuknandet, att erbjuda en trygg och hemlik miljö, undvik att ge antipsykotiska lm rutinmässigt utan ge det först vid mycket stort behov, då akuta psykoser ofta snabbt går över av sig själv.

(överväg även möjligheten av biologiska orsaker tex förgiftning och infektion.)

B Behandling:LM – ångestdämpande (bensodiazepiner),neuroleptika (antipsykotiska)

Psykoterapi – kognitiv eller psykodynamisk

**Miljöterapi – Ansvar, kommunikation, kontakt utåt och aktivitet.**

**Familjearbete**

C LM-biverkningar:Neuroleptika – Parkinsonliknande symtom (darrningar/tremor), sittångest, stelhet. Åtgärd: dosanpassning.

10. Redogör för begreppet tvångsvård.

**1.** Måste lida av allvarlig psykisk störning (psykos, suicidrisk, personlighetstörningar, impulsgenombrott)

**2.** Adekvat vård anses inte kunna ges utan inläggning

**3.** Man är förvirrad el omedveten motsäger sig vård (farlig för sig själv el andra)

**1.**Vårdintyg utfördas i samband med särskild läkarundersökning (leg läkare), där redogörs för den psykiska störningen (intygsförfarande) och de omständigheter som ger upphov till vårdbehovet, ovanstående 3 kriterier skall vara uppfyllda. Inom 4 dygn skall patienten ha kommit till psykiatrisk mottagning.

**2**.Psykiater bedömmer om personen varkligen är så sjuk som vårdintyget hävdar. Uppfyller patienten alla 3 kraven enligt LPT beslutas om intagande.

**3.** I 4 veckor kan vård ske med tvång, innan utgång skall länsrätten besluta om ev förlängning då beviljas det för 4 mån och därefter i 6 mån intervaller.

(Konvertering= HSL övergår till LPT)

11. Ange fyra orsaker till utvecklingsstörning.

**Kromosomavviklese, Missbildning, Infektioner, Mekanisk skada**

12. Redogör för begreppen abstraktionsnivå och funktionsbegåvning.

Hos utvecklingsstörda går inte abstraktionsförmågan att träna upp, dock kan man öka funktionsförmågan genom erfarenheter. Alltså kan två personer som har samma typ av utvecklingsstörning och samma IQ nivå vara helt olika pga den funktionella begåvningen.

13. Vad innebär Paternalism ?

Det innebär att individen fråntas sin självbestämmanderätt och någon sk auktoritet bestämmer (överordnad/underordnad)

Om ni känner att serien ”extrema studiedokument” har hjälpt er, snälla, låt författarna få veta det, en fri drink, en klapp på axeln eller ett leende räcker långt, i deras fortsatta strävan efter humor, kärlek och visdom.

**UNICORN**

**Ragnar Asker**

**SSV4**

**VD**

**Jonas Gerdin**

**SSH3**

**PEDIATRICIAN**

**Maria Nelander**

**SSV4**

“Feel good about who you are, and know that your success benefits others” Starbeam

“Allow people to grow into your life at a speed they can handle” Starbeam

“A longing heart is the key to miracles” Starbeam

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tillstånd** | **Symtom** | **Orsak/Utlösande faktorer** | **Behandling** |
| **Förstämmnigstillstånd Mani –**  Mani följs alltid av  depression (bipolär)  **Dystymi** – Lätt depression.  **Melankoli –** Djuparedepression.  **Depression –**  *Reaktiv ångest o nedstämdhet \**  *Depressiv neuros \**  *Egentlig depression el. melankoli\** | Motsatt den depressive. Uppskruvat stämningsläge, Hyperaktivitet, Snabb i tanken, rastlös, sömnstörningar, överskattning av förmåga, Ångest, förföljelsemani (p.g.a. sömnbrist), MVG  Negativ livssyn, asocial, trög i tanke, hopplöshetskänsla, handlingsförlamning, skuld och självföraktskänsla, sömnstörningar, grubbel, suicidtankar, ätstörningar, viktminskning, ångest, dålig hygien, IG | Biologiska faktorer, bortträngd depression som yttrar sig i mani, drabbar oftare män, utlöses runt 28-30 år. Första insjuknandet sker ofta efter separation (yttre påfrestning)  **Biologisk:** Arv, brist på transmittorsubst.  **Sociala & psykologisk:** livshändelser, dödsfall, förlust, besked om sjd. Isolering, kränkning. | *Ej psykoterapi först – Stärker negativ självbild.*  **Mani –** Vid full mani -> Inläggning för att förhindra raserande av pers. liv.  ***Kronisk*** *-* Stämningsstabiliserande (litium, kapar topparna). Ångestdämpande (benzo, haldol). Vid sömnrubbning kan sömnmedel räcka att häva mani.  **Depression** –  ***Lätt –*** Psykoterapi kompletterat med antidepressiva. ***Djup -*** Depressionsdämpande (SSRI, SNRI, MAO-hämmare, Tricykliska LM) Psykoterapi stärker ev. negativ självbild. ECT vid återkommande. Självmordsrisk när LM gör pat. starkare. |
| **Psykoser**  **Schizofren psykos (vanligast)** | Kriterier:  – Vanföreställning (ex. konspirationsrädsla)  – Beteendeavvikelse (orationellt handlande)  – Hallucinationer (hörsel, lukt, känsel, syn)  – Förvirring (tid, rum & person)  – *Autism* = (inåtvänd, svår-kontaktbar)  – *Associationsstörning* = (svårt att tänka logiskt och förstå sammanhang)  – *Affektiv störning* = (känslokyla)  – *Ambivalens* =(Viljeliv påverkat, velig) | **Organisk** (stor del)= Ärftlighet, sjukdom. Inhalation av lösningsmedel.  **Funktionell** = Traumatisk livshändelse t.ex. Graviditet.  Barnafödande, identitetskris i ungdom.  Amningspsykos  Psykoser kan komma smygande eller akut.  Uppstår ofta runt 20-30 år  6:e människa har anlag för att utveckla Schizofreni  **Se. Stress-sårbarhetsmodellen** | – Trygg, hemliknande miljö.  – Dynamisk psykoterapi  – Kognitiv beteende terapi  – Anpassning till livet, vardagssysslor och socialt liv.  – Ångestdämpande LM (benzo)  Schizofren psykos brukar ofta gå över. 1 % blir långvariga.  *Neuroleptika* stänger in psykos, löser inget  Extrapyramidala störningar, finmotorik störd, svårt att sitta stilla, kramper i överdelen av kroppen. (Parkinsonsymtom). *Benzo* - Ångestsänkande |
| **Personlighetsstörning** Borderline -  ***Bakomliggande orsak:***  Jagsvaghet ligger till grund  för samtliga tre störningar.  Narcissistisk personlighet –  Antisocial personlighet (psykopati) – | – Pendling mellan ytterligheter (ena dagen känsla av extremt beundrad andra dagen känslan av extremt nedvärderad)  – Stormiga relationer.  – Separationsångest (separation = avgrundsdjup förtvivlan).  – Småsaker kan välta personen  Söker ständig bekräftelse, känslighet för kritik, svårt erkänna brister. Upptagen av tankar om makt.  Aggressivitet, grymhet, avsaknad av ånger. Ofta kriminellt beteende. | Orsakas i tidig ålder t.ex. Dålig kontakt med föräldrar, misshandel, incest m.m. Person har dålig objektskonstans ex. ingen modersbild att ta till vid otrygghets känslor.  Psykologin ser denna hållning som försvar mot starka känslor av underlägsenhet och skam.  Olika orsak: **Social, psykologisk** och **biologisk** | Svårbotat.  Lång kontakt med terapeut (åratal).  Kombination miljöterapi, familjeterapi, psykoanalytisk med antidepressiva ev. neuroleptika. Ej Benz (skapar beroende p.g.a. att lätta på inre tryck)  Svårbehandlat. Personen uppsöker vård p.g.a. stigande misantropi, bitterhet, ensamhet. (oftast i 40-50 års ålder). Svårighet med beroendeförhållande alltså svårt med psykoterapi.  Träningsbehandling – återuppfostran. Person med psykopatiska drag kräver intag på instution (förhindrar skada för samhället) |
| **Ångestsyndrom Reaktiv ångest**  Ångest från långvarigt  problem. (medveten orsak)  **Neurotisk ångest**  Ej medveten orsak. Undanträngt. Omedvetna känslor. | **Panikattack –** Snabb uppkomst & övergående.  **Generaliserad ångest** – långvarig (åratal), oro.  **Fobisk ångest –** Betingad av händelse/situation eller föremål.  *Symtom:* panikkänsla, tror att man dör, rädsla, bendarrning, världen – upp & ner. | **Genetisk orsak** – Familjärt, gener.  **Personlighet** – antiagressivitet, höga moralkrav, låg självkänsla.  **Tidigare miljöfaktorer –** upplevelse i barndomen, aga, alkoholism, utnyttjande som barn, familjen, orimliga krav av föräldrar, föräldrar har uppträtt våldsamt. | **Psykodynamisk- samt kognitiv** **beteende terapi.**  **Ångestdämpande LM** (benzo) Biverkning: fysiskt & psykiskt beroende. Effekt passiviserar pat. så att denne inte försöker bli risk.  **Vid panikångest - SSRI ”lyckopiller”** – inga biverkningar. |

**KISS - KEEP IT SMALL STUPID!!!**