

Psykiskt tillstånd

Psykiskt tillstånd är en systematisk sammanfattning av observerade och relaterade symtom. Psykopatologisk beskrivning är viktigt men det kan vara mycket av värde när man använder **patientens egna ord**, särskild när det gäller viktiga symtom.

Struktur av beskrivning

- Utseende
- Beteende
- Kognition
- Tal
- Affekter och grundstämning
- Ångest
- Suicidalitet
- Självskada
- Onormala perceptioner
- Tankar – innehåll
- Tankar – form/process
- Insikt

1. Utseende och beteende

Intervju är viktig men noggrann observation kan ge mer information. Det är särskild viktigt när diagnos är oklar, patienten försöker dölja sina symtom eller när patienten försöker simulera.

Observera patienten och fråga personal om deras observationer

Utseende

- Är utseende åldersadekvat
- Klädsel (adekvat? Om inte – beskriv)
- Hygien
- Allmän fysisk kondition
- Onormala ofrivilliga rörelser – grimaser, stereotypisk beteende, dyskinesi, tremor, tics

Beteende

- Är beteendet adekvat till situation, om inte på vilken sätt
- Motorisk aktivitet

- Symtom på ångest/rädsla
- Ögonkontakt
- Formell kontakt (dvs. beteende som anses vara lämplig i situationen)
- Onormala, avvikande rörelser och kroppshållning
- Aggressivitet
- Koncentration under bedömningen

FRÅGOR – UTSEENDE OCH BETEENDE

Är patientens beteende socialt adekvat?

Är patienten hotfull eller aggressiv?

Uppvisar patienten onormala rörelser?

Är patienten lätt distraherad eller verkar hen hallucinera?

2. Kognitiv funktion

- RLS – om ej 1, överväg om du egentligen kan utföra psykiatrisk undersökning
- Orientation
- Minne
- Arbetsminne
- Korttidsminne
- Långtidsminne
- Intelligens
- Om demens misstänks – MMSE

3. Tal

Innehåll av patientens uttalanden ger mycket information. Form av patientens tal är avvikande i många fall och bör därför observeras och beskrivas noggrant.

- Volym, tempo, ton
- Mängd
- Flyt

- Onormala associationer
- Röd tråd

FRÅGOR - TAL

Pratar patient?
Talkvalitet?
Hur snabbt pratar patienten?
Hur högt pratar patienten, går det att förstå hen?
Är patientens uttalanden rytmiska?
Är uttalanden adekvata i innehållet?
Förekommer det onormal användning av språk?

4. Avvikande grundstämning/affekter

- Subjektiv och objektiv bedömning av grundstämning hos patienten
- Är grundstämningen förhöjd, sänkt eller neutral
- Är stämningen adekvat till situation
- Stämningens djuphet
- Kan patienten kommunicera mående på adekvat sätt?
- Affekt – observationer!
 - Affekter:
 - nyanserade
 - labila
 - intensiva
 - flacka
 - kyliga
 - Ängslig. Orolig. Irritabel. Aggressiv. Behärskad. Sluten.
 - Skratt. Gråt.
 - Växlingar.
 - Affektiv inkontinens.

FRÅGOR - DEPRESSION

Hur mår du? Hur det står till?
 Noterar du förändringar i måendet under dagen?
 Finns de någonting som ger dig glädje?
 Hur sover du?
 Har du matlust? Hur äter du?
 Frågor - depression
 Kan/orkar du koncentrera dig?
 Hur fungerar ditt sexliv?
 Finns det någonting som du är bekymrad över i nuläget?
 Har du skuld känslor?
 Hur fungerar ditt sexliv?

FRÅGOR MANI/HYPOMANI

Hur mår du?
 Fluktuerar ditt mående?
 Hur ser dina tankar ut i nuläget?
 Hur sover du?
 Har du aptit?
 Kan du koncentrera dig?
 Hur fungerar ditt sexliv?

5. Ångest

- Fysiska och psykiska symtom av ångest (sympatiskt system)
 - Psykiska symtom
 - Spänning
 - Upphetsning
 - Rädsla
 - Fysiska symtom
 - Palpitationer
 - Svette
 - Smärtor
 - Magbesvär m.m.
- Förekommer panik?

- Tvångstankar
- Tvångshandlingar

FRÅGOR - ÅNGEST

Är du en ängslig person?
 Var du orolig på sistone?
 Vad händer när du har ångest?
 Är du rädd för någonting?
 Vad gör du för att lindra ångesten?
 Hur känns ångesten i kroppen?
 Finns det situationer som gör dig mera ångestladdad?
 Hade du haft panikångest?
 Finns det någonting som du inte kan sluta tänka på?
 Är du störd av de tankarna?
 Finns det någonting som du måste göra om och om igen?
 Hur mycket tid tar handlingar du måste utföra?
 Vad händer om du försöker avstå?

6. Suicidalitet och Självskada

- Dokumentera alltid suicidalitet
- Öva på att bedöma – framförallt våga fråga
- Preciserar mellan tankar, avsikten och planen
- Dödstankar är inte samma sak som suicidtankar ("Jag skulle vilja dö...")

FRÅGOR – SJÄLVSKADA OCH SUICID

Vad tänker du om framtiden?
 Känns livet värdelöst/värdefullt?
 Hade du tänkt att det vore bättre om du dör/inte finns?
 Har/hade du tankar om suicid/själv mord?
 Hur ofta tänker du om döden?
 Hur vill du ta ditt liv?
 Hade du planerat självmord?
 Försökte du ta ditt liv?
 Hade du skadat dig själv på någon sätt?
 Hur brukar du skada dig själv?
 Hur känns det när du skadar dig?
 Känner du att du måste straffa dig?

7. Onormala perceptioner

- Onormala perceptioner delas i
 - Förändrade perceptioner
 - Sensoriska förvrängningar
 - ✓ Hyperacusis
 - ✓ Micropsia m.m.
 - Illusioner
 - ✓ Affektiva illusioner
 - ✓ "fill-in" illusioner
 - ✓ Pareidoliska illusioner
 - Falska perceptioner
 - Hallucinationer
 - ✓ Finns utanför patientens sinne
 - ✓ Har ingenting att göra med tankar vilka patienten uppfattar som egna
 - ✓ Kan ej kontrolleras av patient
 - ✓ Har relativ varaktighet
 - Pseudo-hallucinationer
 - ✓ "i mitt huvud"
 - ✓ Kan ibland uppfattas som externt röst saknar dock psykotisk valör och beror mest på hög emotionell belastning
- Hallucinationer – hörsel
 - Framkommer oftast vid endogena psykoser
 - Typiska vid schizofreni
 - Röst som upprepar patientens tankar högt
 - Röst som berättar om vad patienten gör/ska göra
 - Två eller mer röster bråkande med varandra

- Hallucinationer - syn
 - Organiska skador i hjärnan
 - Missbruk
 - Abstinens
 - Mycket tveksamt vid endogena psykoser
- Hallucinationer – lukt, smak
 - Ofta förekommande i många psykiatriska och neurologiska syndrom
- Hallucinationer – hypnagogiska/hypnopompiska
 - Vid insomning (hypnagogiska) och vid uppvakning (hypnopompiska)
 - ✓ Övergående
 - ✓ Mera pseudo-hallucinationer
 - ✓ Oftast syn- och hörsel
 - ✓ Framkommer hos friska individer
- Hallucinationer - elementära
 - Oklara ljud- eller syn fenomenen – typiska vid organiska problem

FRÅGOR – ONORMALA PERCEPTIONER

Betona att du frågar alla patienter om sådana upplevelser – patienter som har hallucinationer vill ibland gömma det, å andra sidan de som har de inte ska känna sig kränkta

Hade du känsla att du var förändrat/ hela världen har blivit förändrat?

Hörde du någon prata/några ljud trots att du var ensam?

Hade du visioner?

Hade du känt lukt/smak som andra inte hade känt?

8. Onormala idéer

- Vanföreställningar
 - Patienten är absolut övertygad att de är sanna
 - Det går inte att på rationellt sätt bevisa att de är falska
 - Inga objektiva bevis behövs
 - Personligen viktiga för patient

- Härstammar ej från patientens kultur eller religion
 - Ofta bisarra men det är inte nödvändig
 - Bisarr vanföreställning – när idé är helt orealistisk och kan aldrig vara sann (t.ex. att UN hade inplanterat GPS i patientens hjärna för att styra hen)
 - Primära - har sin källa direkt i psykiatrisk patologi t.ex. schizofreni
 - Sekundära - har sin källa i andra psykiatriska problem, t.ex. hos depressiva patienter vilka utvecklar vanföreställningar om fattigdom
 - Evolution av vanföreställningar
 - "Något stämmer inte" – vag känsla utan riktigt innehåll eller struktur
 - Fullfjädrad vanföreställning med intern struktur och "bevis".
 - Efter behandling svagare uttalad, inte så viktig.
 - Typer av vanföreställningar
 - Paranoid – någon/några är efter mig
 - Hänseyftningsidéer – övertygelse att händelser är personligen viktiga
 - Grandiositet - övertygelse att en är mycket viktig och/eller maktfull
 - Skuld – övertygelse att en är skyldig för någonting
 - Somatiska – övertygelse att kroppen är skadad eller förändrat
 - Erotomani – övertygelse att någon viktig/känd är förälskad i en
- Övervärdiga idéer (fix idé)
- Ofta återkommande föreställning eller tanke som en person är tvångsmässigt uppslukad av
 - Vanligt inslag i de tankestörningar som kan förekomma vid psykosor, impuls kontrollstörningar, m.m.
 - I sig är det inte nödvändigtvis patologiskt
 - Många personer med fixa idéer är helt verklighetsanpassade

FRÅGOR – ONORMALA IDEER

Försök aldrig rätta patient, betona dock att du ser patientens vanföreställningar som symtom av hens sjukdom.

Finns det någonting som bekymrar dig?

Är du rädd för någonting/någon?

Har du märkt att andra observerar dig?

Har någon pratat om dig på TV eller skrivit om dig i tidningen?

Är du rädd att någon vill göra dig illa?

Känner du dig sjuk?

Fungerar din kropp som den ska?

9. Tankar – innehåll

- Vanföreställningar
- Övervärdiga idéer
- Upptagenhet
- Obsessiva tankar, idéer, impulser
- Tankar om suicid och självskada
- Tankar om att skada andra

10. Tankar – form/process

- Tankar kan ej observeras direkt men man kan tyda hur fungerar tankeprocesser hos patienten utifrån dess uttalanden
- Mest typiska tecken på störda tankeprocesser
 - Lösa associationer – ingen logisk koppling mellan tankar
 - Idé flykt – ström av knappast koherenta tankar
 - Omständighet – vägen till målet är onödig omständligt
 - Tankestopp – resonemang plötsligt avslutat utan att nå till målet
 - Klang associationer – idéer associerade på grund av liknande ljud (t. ex. "Du är klok. Är du en kok? Vill ha en lok)
 - Neologismer – helt nya begrepp
 - Ord sallad – inkoherent sammanställning av ord

11. Insikt

- Det är viktig om patienten inser att problem finns
- Insikten kan variera mellan god och obefintlig
- Patienten kan bestämd avvisa möjligheten att den lider av någon sjukdom och samtidigt söka hjälp och lyda ordinationer