

Studiebrev:  
Psykisk ohälsa på vårdcentral  
med fokus på depression och ångestsyndrom

---

Författare: Sandra af Winklerfelt Hammarberg, specialist i allmänmedicin, Verksamhetschef  
Liljeholmens akademiska vårdcentral, [sandra.afwinklerfelt-hammarberg@sl.se](mailto:sandra.afwinklerfelt-hammarberg@sl.se)



## Innehållsförteckning:

Inledning.....	2
Målsättning .....	3
Instruktioner till användaren .....	4
Patientfall – fallbeskrivningar.....	4
Faktadel .....	6
Utredning, diagnostik: .....	6
Psykiatrisk differentialdiagnostik.....	6
Behandling .....	10
Uppföljning, utvärdering .....	14
Sjukskrivning och bedömning av arbetsförmåga? .....	15
Bedömning av suicidrisk .....	15
Diskussionsdel - Hur ser förutsättningarna ut hos er?.....	17
Instuderingsfrågor .....	18
Patientfall .....	18
Uppgift om jävsförhållanden.....	24
Boktips, , "allmänna" 2015.....	24
Boktips diagnosspecifika, guidad självhjälp från psykologerna Gustavsbergs VC, 2015: ....	24
Internetsidor för mer utbildning, lästips:.....	25
Referenser .....	25

## Inledning

Psykisk ohälsa är vanligt i samhället, och det är vanligt på vårdcentralen att patienter söker för olika former och yttringar av psykisk ohälsa. Beräkningar visar att runt var tredje patientbesök på en vårdcentral rör psykisk ohälsa i någon form. Depression och ångestsyndrom är folksjukdomar med en punktprevalens på runt 17 %, dvs betydligt vanligare än många andra folksjukdomar, t ex diabetes som har en prevalens på runt 4-5 %.

Det är vanligt att patienterna i primärvård söker för i första hand somatiska och mer diffusa symptom, vilket kan försvåra diagnostiken. Även om kunskapen om psykisk ohälsa har ökat i samhället så är det vanligt att patienterna upplever vissa symptom som skamfyllda och har svårt att spontanrapportera dem. Det kan gälla t ex ätstörningar, missbruk, tvångssyndrom och social fobi. Det är också vanligt att patienterna själva fokuserar på yttre utlösande orsaker och att samtalet kretsar helt kring faktorer i patientens liv som vi som läkare inte kan göra så mycket åt. Medikalisering av psykosocial problematik är ett problem där sjukvården kan göra mer skada än nytta. Bra verktyg och kunskap om diagnostik är viktigt för att bättre skilja detta från sjukdomstillstånd som kräver behandling. Att patienten upplever kraftig stress och att det vardagliga livet inte fungerar kan vara ett symptom på sjukdom, det behöver inte vara orsaken.

När patienten kommer till vårdcentralen är det vår uppgift att förutom att lyssna till patientens egna tankar och föreställningar, också komplettera vårt patientcenterade samtal med diagnostiska metoder. SBU:s rapport från 2012 om förstämningssyndrom (1) visade t ex att vi med enbart vår kliniska blick hittar knappt 50 % av alla patienter med depression, d v s vi riskerar missa varannan. För andra tillstånd som t ex bipolär sjukdom eller tvångssyndrom finns det visat i studier att det ofta kan ta många år innan patienten får rätt diagnos. Det finns stöd i SBU:s rapport för att komplettering av vår anamnes med i första hand strukturerad intervju enligt M.I.N.I (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju), kan bidra till högre sensitivitet och specificitet i differentialdiagnostiken. M.I.N.I har prövats i primärvården (2), men ännu saknas mycket kunskap för hur strukturerad psykiatrisk diagnostik ska implementeras i primärvården.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (3) är det i första hand kognitiv beteendeterapi (KBT), och i vissa fall andra psykoterapeutiska metoder som är förstahandsbehandling och läkemedel, främst SSRI, som andra hand. Många kanske upplever att det inte spelar så stor roll vad det är för psykiatrisk diagnos, eftersom behandlingen upplevs likartad vid alla dessa tillstånd. Det är inte ovanligt att man landar i "blandat ångest- och depressionstillstånd". Som jämförelse kan vi ta hjärtsjukdom, där det också är likartad behandling för flera olika tillstånd, ändå skulle vi inte strunta i EKG och att ta reda på differentialdiagnoser vid de tillstånden. Strukturerad diagnostik kan förutom att hjälpa oss och patienten att differentiera mellan tillstånden, också hjälpa oss i avgränsning i vad som är normalt respektive sjukt. Genom att patienten är delaktig i diagnostiken fås en pedagogisk effekt som kan leda till bättre förståelse och compliance. Lägsta effektiva omhändertagande nivå (LEON-principen) består vid depression och ångestsyndrom av psykoedukation, dvs information om diagnosen och vad patienten kan göra själv, t ex med hjälp av en självhjälpsbok. Många av våra patienter i primärvården kan alltså vara hjälpta bara av att ha fått en förklaring till sina besvär. Många gånger medför förbättrad diagnostik också att vi lättare kan bedöma vilka patienter som har en svårare psykiatrisk sjukdom, och som bör remitteras till specialistpsykiatri.

## Målsättning

Deltagaren ska efter utbildningen ha uppnått:

Ökad förståelse för vikten av strukturerad psykiatrisk diagnostik.

Ha kännedom om diagnoskriterier och vad som utmärker de olika förstämningssyndromen.

Ha kännedom om vilka psykiatriska diagnostiska verktyg som har vetenskapligt stöd.

Ha kännedom om hur diagnos påverkar val av behandling, vårdnivå och prognos avseende t ex arbetsförmåga och suicidrisk.

Ha kännedom om basala principer inom KBT, för att dels kunna rekommendera självhjälplitteratur, dels kunna följa upp hur t ex psykologer och kuratorer arbetar evidensbaserat vid olika tillstånd. Ha kännedom om stepped care och guidad självhjälp.

Ha kännedom om läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom.

Ha kännedom om hur behandling bör följas upp. I kollegial diskussion kunna skapa möjligheter för lokala lösningar. Ha kännedom om vårdkedjans betydelse.

## Instruktioner till användaren

Utbildningen är uppdelad i olika avsnitt, som är tänkt att man kan arbeta med både enskilt och i grupp. Först kommer en teoretisk faktadel som med fördel genomläses enskilt före en gruppaktivitet. Patientfallen, totalt sex där tre fokuserar på depression och tre på ångestsyndrom, är tänkta att leda till reflektion och kan med fördel diskuteras i grupp, liksom diskussionsfrågorna. Ta gärna med egna fall till gruppdiskussionen, det finns också mer interaktiva patientfall på SFAMs hemsida, som tagits fram i samarbete med SBU (<https://www.sbu.se/sv/publikationer/skrifter-och-faktablad/diagnostik-av-forstamningssyndrom/>). Instuderingsfrågorna är tänkta som en kunskapskontroll, de kan göras enskilt eller i grupp.

I slutet av utbildningen återfinns förutom referenser och länkar även boktips för patienter eller för vidare egen läsning. En del av böckerna är av mer generell karaktär och riktade både till sjukvårdspersonal och allmänhet, och en del av böckerna är diagnosspecifika behandlingsmanualer som patienter kan arbeta med på egen hand, men gärna med stöd och återkoppling via återbesök.

## Patientfall – fallbeskrivningar.

Fallen återkommer efter faktadelen, med kommentarer. Patienterna i patientfallen heter alla något annat, men är tagna ur verklighetens klinik på vårdcentral.

- 1. Gunilla 48 år**, kommer på nybesök till dig för "stress, trötthet". Hon är väsentligen frisk, ser välvårdad ut och ger en fin kontakt. Gunilla berättar om tilltagande nedsatt intresse och känsla av meningslöshet senaste året. Hon berättar att hon haft några jobbiga år bakom sig med skilsmässa och ett nu nästan vuxet barn med neuropsykiatriskt funktionshinder. Hon upplever att det är svårt att räkna till och har inte kunnat prioritera sig själv eller sin karriär. Hon har det egentligen ganska bra nu i nuvarande relation, men känner inte så mycket stimulans i arbetet, hon mer eller mindre tvingar sig till umgänge och sociala aktiviteter men känner ingen glädje.
- 2. Gunnar, 78 år**. Du känner Gunnar sedan tidigare, han har lindrig hjärtsvikt, hypertoni och kostbehandlad diabetes. Han blev änklings för ett år sedan och du har misstänkt att han dricker lite mer alkohol numera, han säger själv att det bara är en whisky som "sängfösare" – "och det ska ju vara bra har jag hört?" Gunnar har sökt mer än vanligt de senaste veckorna, sjuksköterskorna känner igen honom i telefon eftersom han har bokat flera akutbesök. Han har huvudvärk, buksmärter och har gått ner i vikt. Du har inlett en malignitetsutredning och kontrollerat sviktparametrar för att se om hjärtsvikten har försämrats. En dag får du besked om att Gunnar slängt sig

utanför balkongen och avlidit.

**3. 3. Jeanette, 32 år.** Hon kommer till dig på nybesök, hon har bytt vårdcentral för att hon inte upplever att hon får hjälp på den förra. Hon har haft återkommande depressioner sedan ganska unga år, har provat olika SSRI och upplever att det kanske hjälper lite men inte helt. Hon blir sjukskriven i långa perioder, det är jobbigt för henne och för hennes anhöriga. Hon har haft en knepig barndom då hennes far var alkoholiserad, en syster har också börjat med droger, så relationerna med vissa familjemedlemmar är ansträngda eller har upphört. Hon har en sambo, som ger gott stöd och de planerar att skaffa barn tillsammans. Hon upplever även gott stöd av sin chef. Hon har gått hos psykolog, där samtalen mest fokuserat kring barndomen och patientens låga självkänsla till följd av detta. Hon upplever att hon har nått en förståelse och har ganska goda verktyg för att hantera detta. Men nu är hon rädd att hon är på väg ner i en depression igen, hon vet inte vad hon ska göra mer än att förstås säkert måste börja med medicinering igen. Jeanette är religiös, hon har en stark barnlängtan och känner oro att detta ska påverka även hennes chanser att bli mor.

**4. 4. Martin, 35 år,** söker ofta akut för olika besvär. Han har utretts för buksmärter och har fått IBS-diagnos. Han har återkommande migrän och spänningshuvudvärk och har fått bettskena mot bruxism. Nu när han har en 3-årig dotter söker han ofta för infektioner, både hos sig själv men även hos dottern, som utretts för astma bl a. Du känner honom väl och ni har diskuterat oron som ett problem, men det är svårt att undvika nya utredningar eftersom det kommer nya symtom hela tiden, och – ”hur ska man veta att det inte är något allvarligt den här gången?”

Idag söker Martin för yrsel som blivit mycket värre. Han har blivit utredd för några år sedan med MR hjärna och varit hos ÖNH-specialist och blivit bedömd som spänning yrsel. Men Martin menar att ”det är mycket mer nu, det är jättejobbigt, och kan man vara säker på att det inte är något allvarligt? Jag kan inte ha det så här, finns det verkligen inte något mer man kan göra doktorn?”

**5. 5. Elisabeth, 40 år.** Hon söker dig för nytt recept på citalopram 30 mg, som hon haft i många år. Hon upplever inte riktigt att det hjälper, men det blir ännu värre när hon försöker sluta. Hon behöver recept på zopiklon också för hon har väldigt svåra sömnsvårigheter, hon är ständigt trött, kommer ofta för sent till jobbet och är stressad över vad hon tror att arbetskamraterna tänker och tycker om henne. Hon har gått sömn-KBT och stress-KBT och vet redan allt hon borde tänka på men det fungerar ändå inte. Hon har varit sjukskriven i perioder. Hon har gått upp i vikt och misstänker medicinen, hon försöker träna regelbundet. Om du kan hjälpa henne så är hon villig att försöka men annars vill hon bara ha sina recept så att livet fungerar - något så när i alla fall.

**6. 6. Erik, 28 år.** Söker på akuttid för sjukskrivning för nu går det inte längre. Han berättar att han insjuknade ganska akut för ca ett år sedan, typiskt utmattningsyndrom. Han har fått vård inom företagshälsovården, och gått stress-KBT, lärt sig avslappning, andning och Qigong. Erik blev sjukskriven 100 % till en början och fick sedan anpassade arbetsuppgifter på först 25 % i flera månader, sedan 50 %. Han söker nu efter att ha försökt arbeta 75 % i två veckor och har blivit akut försämrad. Han klarar ingenting. Han jobbar med IT, men det är som att det blir värre så fort han närmar sig datorn. Nästan som elöverkänslighet, men tack och lov

*reagerar han inte på lampor eller annan elektricitet som man visst ska göra då? Erik får yrsel, konstig känsla i huvudet, det flimrar för ögonen när han försöker jobba vid datorn. Men han kan reagera på liknande sätt vid många intryck som höga ljud, mycket folk, stress i omgivningen. Han kan inte koncentrera sig, han är rädd att han aldrig ska få tillbaka sin funktionsförmåga eller tankekapacitet igen, han som älskade sitt jobb! Han har lärt sig på stress-KBTn att försöka känna efter mer i kroppen och ta det lugnt när han känner symptomen. Det gick bra till en början men nu är det som en ständig stress i kroppen hela tiden. Han måste bli helt sjukskriven igen. Han är väldigt negativ till medicinering, vill hellre ta naturpreparat.*

## **Faktadel**

### **Utredning, diagnostik:**

Psykisk ohälsa, trötthet och stressymtom kan ha somatiska orsaker. Det finns ingen forskning som klargör vilken utredning som bör göras somatiskt, däremot finns det konsensus om att man bör utesluta i alla fall thyreoideasjukdom, anemi och annan allvarlig sjukdom som kan ge liknande symtom. Många patienter söker i första hand på sina somatiska symtom som värk, magbesvär, yrsel, hjärtklappning. Somatiskt status av hjärta, lungor och riktat status vid andra symtom, samt basala laboratorieprover bör ingå i differentialdiagnostiken. Det motsatta är dock också vanligt, dvs att patienter överutreds somatiskt på oro för besvären, vilket kan försvåra den psykiatriska diagnostiken sedan.

Alkoholproblem och annat missbruk kan man beskriva som "den stora imitatören av nästan alla sjukdomar", och upplevs ofta skamfyllt att prata om. Problematiken kan förstås vara både primär, dvs att ångestillstånd och depressivitet utlösts av ett missbruk eller substansberoende, eller sekundär, dvs att alkoholen eller andra substanser används som "självmedicinering" för tillfällig ångestlindring, med andra negativa konsekvenser som följd. Det finns inte utrymme för att gå in mer på beroendesjukdomar i detta studiebreve, men man bör alltid ha det i åtanke. Tyvärr missar vi alltför ofta denna problematik, speciellt hos de patienter som inte har ett uttalat missbruk med tydliga yttre tecken. Att i laboratorieutredning ta med ett B-Peth eller CDT kanske bör ingå som rutin samt i vissa fall annan drogscreening t ex av beroendeframkallande läkemedel. Många patienter med psykisk ohälsa har en samsjuklighet med t ex långvarig smärta och sömnproblem, och löper en högre risk att utveckla beroende.

### **Psykiatrisk differentialdiagnostik**

Det finns en uppsjö olika instrument och formulär för psykiatrisk screening, diagnostik och skattning. Väldigt få av dem har evidens enligt SBUs rapport 2012 (1), och få är utvärderade för användning inom primärvård. Det som har starkast stöd och som går att använda i primärvård är strukturerad psykiatrisk intervju enligt MINI (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju), som baseras på DSM-kriterier. Version 7.0 som baseras på DSM V, finns sedan 2015 översatt till svenska.

**Länk till MINI: [M.I.N.I.7.0\\_AU1.0\\_swe-SE.pdf](#)**

(Ej för spridning utan tillstånd av översättaren till svenska: Christer Allgulander, utbildning och kontaktlänk finns på Kunskapsguiden.se)

MINI ser vid första anblicken enormt omfattande och tidskrävande ut. Det krävs viss träning och kunskap i att använda den på ett klokt sätt på vårdcentral. MINI är en intervju, så på sitt sätt är det ett slags kollaborativt utforskande där undersökaren läser frågor och patienten svarar och observeras. Formuläret är uppdelat i moduler för olika diagnoser. Om inte huvudkriterierna uppfylls ska inte övriga frågor för den diagnosen ställas. Tidsåtgången beror därför mycket på hur mycket utfall patienten har, det kan gå på 10 minuter om patienten inte har några utfall, t ex vid differentialdiagnostik av en psykiatrisk frisk smärt- eller IBS-patient. Det beror också på om patienten förstår frågorna och kan svara bara ja respektive nej på flertalet frågor. En studie av tre vårdcentraler i Stockholms län har visat en genomsnittstid på 20-25 min, så det tar oftast ett helt besök i anspråk om man ska göra hela intervjun (2). I studien undersökte man också om det gick bra att remittera till psykolog eller kurator för diagnostisk intervju, vilket accepterades väl av både de flesta patienter och läkare. Man bör dock ha diagnostisk kompetens och kunna komplettera intervjun med kontrollfrågor när det är oklart, erfarenheter har visat att det finns en risk för feldiagnostik annars.

En senare uppdatering med ny sökning från SBU 2015 har visat att PHQ9 också har acceptabel sensitivitet och specificitet för screening av depression (4). Den är kortare och fylls i av patienten men ger ingen differentialdiagnostik. Likaså är det med GDS (Geriatric Depression Scale) avseende geriatriska patienter.

## **Depression**

Depression kännetecknas av minst 2 veckors övervägande nedstämdhet och/eller nedsatt intresse eller lust för sådant som individen vanligen intresserar sig för. Ett av dessa två huvudkriterier måste föreligga samt med huvudkriterier totalt minst fem kriterier där även sömn-, aptitstörning, nedsatt energi, koncentrations-, minnes- och initiativsvårigheter samt kroppslig hämning eller rastlöshet kan ingå (5). Vid svårare depression ingår även ökade tankar på döden och eventuellt även självmordstankar och planer. Som vid alla psykiatriska diagnoser måste besvären orsaka ett lidande och en funktionsnedsättning. Det kan vara svårt att skilja på depression och sorgereaktion, som ju kan visa likartade symtom. Här får tidsaspekten, anamnesen och svårighetsgraden avgöra.

Det är vanligt att patienter i primärvård, som ofta har lindrigare och mer otydliga besvär jämfört med patienter inom psykiatrin, svarar nekande på frågan om de känner ökad nedstämdhet, men däremot jakande på frågan om nedsatt intresse. Dessa två frågor som inleder depressionsmodulen i M.I.N.I kan alltså användas som kort screening för depression. Om man får jakande svar på ett av huvudkriterierna måste man dock gå vidare i modulen för att kunna ställa diagnos. Det är inte heller ovanligt att patienter som haft en smygande debut av depression under längre tid söker först när sömnen försämras och ångesten ökar, och de kanske börjar få panikattacker. Detta riskerar ofta misstas för paniksyndrom eller utmattningssyndrom, se vidare nedan, vilket kan leda fel i behandlingen.

Man skiljer på depressiv episod, som i det flesta fall är ett relativt godartat och lättbehandlat tillstånd, och recidiverande depressioner, som även utan bipolära skov, talar mer för ett kroniskt förlöpande sjukdomstillstånd. Vid recidiverande depressioner är det viktigt att kartlägga antal depressionsepisoder under livet, att överväga långvarig behandling och uppföljning för att minska risken för recidiv, samt eventuell remiss till specialistpsykiatri.

Depression kan vara en del av en bipolär sjukdom. Patienter som söker i primärvård har ofta en lindrigare sjukdomsbild i de flesta tillstånd, så även i bipolaritet. De söker på grund av recidiverande, ofta svårbehandlade depressioner, och det kan vara lätt att missa att det förekommit hypomana eller maniska episoder, som patienterna inte alltid upplever vara ett problem. Man bör vara observant på tidig debut, samt på hereditet, inte sällan presenterad som en besvärlig förälder som orsakat en svår uppväxt. Fokus hamnar lätt på miljöaspekten i den psykiska ohälsan, men det är viktigt, speciellt med patienter som inte svarar på behandling, att tänka differentialdiagnostiskt och på genetiska faktorer.

Det kan förekomma psykostecken i lindrigare former hos primärvårdspatienter, både vid depression, kanske framför allt hos äldre patienter, och vid manier. Dessa upplevs ofta skamliga och främmande och spontant rapporteras därför inte. Psykostecken innebär som regel ett svårare sjukdomstillstånd och bör remitteras till specialistpsykiatri. Differentialdiagnostiken är viktig då både prognos, behandling, vårdnivå och suicidrisk kan skilja sig åt mellan olika förstämningssyndrom.

## Ångestsyndrom

De huvudsakliga symtomen vid ångest är desamma för alla ångestsyndrom, d v s panikattacker vid starkast tänkbara ångest när man är mitt uppe i en svår ångestskapande situation, och högre grad av oro, ökad vaksamhet och spänning inför svåra situationer när faran inte är direkt överhängande. Det som skiljer ångestsyndromen åt sinsemellan är i första hand katastroftänkarna och vad rädslan handlar om. Då behandlingen skiljer sig åt sinsemellan är det även vid ångestsyndrom viktigt med differentialdiagnostik. Här kommer en kort sammanfattning. För ytterligare diagnoskriterier hänvisas till DSM (5).

**Paniksyndrom med eller utan Agorafobi:** Kännetecknas av i början oväntade och därför ofta skrämmande attacker av minst 4 av totalt 13 huvudsakligen fysiska angivna symtom, följt av rädsla för nya attacker och i många fall undvikande av situationer där det skulle vara svårt att hantera en attack. Skilj från panikattacker till följd av t ex depression, PTSD, fobi eller tvångssyndrom. I de fallen finns inga helt oväntade attacker även om det ibland kan vara svårt att upptäcka den utlösande faktorn som kan vara skambelagd. Panikattacker är en fysiologisk reaktion på fara, s k "fight-flight", vilket varit gynnsamt genom evolutionen. Det är därför ganska vanligt att panikattacker förekommer någon gång under livet, vid stark oro eller till följd av annat tillstånd. Många patienter med paniksyndrom lär sig på olika sätt att undvika attacker. Det kan vara genom att vid agorafobi undvika situationer som ses som riskabla, t ex tåg, affärer, möten, men det kan också vara genom säkerhetsbeteenden som att andas lugnt, distrahera sig med annat. Detta kan försvåra diagnostiken då de utvecklar en ständigt hög ångestnivå och vaksamhet på kroppsliga symtom. Katastroftanken är ofta "jag dör", jag svimmar" eller "jag tappar kontrollen, blir galen".

**Social fobi:** Kännetecknas av överdriven oro för andras granskning, d v s inte bara ökad blyghet. Liksom för alla psykiatriska diagnoser krävs påverkan av funktionsnivå och att det inskränker livet för att ställa diagnos. Patienter med social fobi får också panikattacker vid jobbiga situationer, men katastroftanken skiljer sig åt mot paniksyndrom. Patienten med social fobi är inte rädd för att dö eller svimma vid en attack men däremot att andra ska se att hen är osäker, skakar, svettas, blir röd etc. Social fobi upplevs ofta som mycket skamligt och svårt att spontant rapportera om. Situationerna som undviks kan vara desamma som vid agorafobi, som att vistas där det är trångt och mycket folk, sitta i möten, äta på restaurang. Många utvecklar säkerhetsbeteenden att spela en roll, det syns inte utanpå hur jobbigt de



upplever situationen. Detta kräver mycket energi och kan som alla obehandlade ångestsyndrom leda till sekundära depressioner.

**Generaliserat Ångestsyndrom, GAD:** Kännetecknas av en ständigt pågående okontrollerbar oro för flera olika saker sedan minst 6 månader. Den ständiga oron medför ökat stresspåslag med sömnsvårigheter, muskelspänning med risk för utveckling av kronisk smärta samt irritable tarm (IBS). Patienterna löper också en ökad risk för sekundära depressioner och utmattning. Långvarigt påslag på stressystemen med ökning av kortisol riskerar leda även till negativa metabola konsekvenser, vilket bedöms vara en bidragande orsak till den förhöjda risk för hjärtkärlsjukdom och cancer som ångestpatienter har. Katastroftänkarna vid GAD är att allt farligt kan hända och kommer att hända. Oron är riktad framåt i tiden, till skillnad mot ständigt pågående oro vid depression, som ofta hamnar i ältande av det som hänt i stället.

En komponent som ofta för GAD-patienter till vården är hälsoångest, som även kan förekomma enskilt. Patienten med hälsoångest kan ofta förstå att de lider av en överdriven oro, även om de har svårt att kontrollera den, vilket medför att de söker igen och igen på ett nästan tvångsmässigt sätt.

**Tvångssyndrom, OCD:** Kännetecknas av ofrivilliga påträngande tankar och/eller upprepade handlingar för att kontrollera eller undvika tankarna och den ångest de väcker. Tvångstänkarna handlar ofta om smitta, renlighet, kontroll eller skadetankar. Tvångssyndrom skiljer sig från övriga ångestsyndrom bl a genom att det är lika vanligt hos bägge könen, vanligare hos pojkar om man ser på barnpopulationen. Övriga ångestsyndrom är vanligare hos kvinnor. Tvångssyndrom förekommer med viss samsjuklighet med neuropsykiatriska sjukdomar som Tourettes och autismspektrumtillstånd. Tillståndet upplevs ofta som mycket skamfyllt och kan evolutionärt beskrivas som ett överdrivet skydds beteende mot att göra farliga saker. Det är t ex inte helt ovanligt att nyblivna föräldrar drabbas av rädslor att råka skada barnet, vilket i värsta fall kan leda till att de inte vågar knyta an och ta hand om det, än mindre berätta för BVC-sjuksköterskan om sina "sjuka" tankar.

**PTSD:** Förutom utmattning och akut krisreaktion det enda psykiatriska tillstånd som kräver att det inträffat något, ett trauma som återupplevs i panikattacker och mardrömmar. Följaktligen så skiljer sig prevalensen åt över världen till skillnad från övriga ångestsyndrom. Det förekommer både överdiagnostik av PTSD då många människor som flytt från hemiska förhållanden och trauman och har ångest ibland felaktigt får diagnosen, och underdiagnostik då det utlösande traumat ofta har en kränkande karaktär som inte kan hanteras och kan vara skamfyllt att berätta om. Det finns erfarenheter som visar att PTSD är vanligt bland patienter med långvarig svårbehandlad smärta, varför strukturerad psykiatrisk diagnostik kan vara av värde i utredningen av dessa patienter.

**Specifika fobier:** Det vanligaste ångestsyndromet med ca 10 % prevalens. Stark genetisk och evolutionär betydelse även om fobin kan ha triggats av en upplevelse. Man räjerar ibland med djurfobier och klaustrofobier men många individer kan ha ett stort handikapp i sitt vardagliga liv p g a detta. Inom sjukvården ser vi ofta individer med stick- eller blodfobi, vilket kan komplicera vården. Detta är det enda ångestsyndromet som faktiskt leder till syncope p g a en vasovagal "spela död" reaktion i stället för sympaticuspåslag och "fight-flight". Något som sannolikt haft evolutionär betydelse, det slutar lättare blöda om man sänker blodtryck och puls. Värt att veta är att det kan räcka att prata om nålar eller blod för att utlösa reaktionen hos vissa individer, ibland utan att de är medvetna om sin rädsla som slås på från amygdala på subcortikal nivå. Det kan då vara väldigt skrämmande när de svimmar utan att man förstår anledningen.

## Samsjuklighet

Det är inte ovanligt att patienter uppfyller kriterier för flera diagnoser, t ex är det vanligt att en depression är sekundär till ett obehandlat ångestsyndrom som social fobi eller GAD. Det kan också vara så att depressionen orsakar symptom av social undandragenhet, generaliserad oro och panikattacker, vilket kan medföra svårigheter i differentialdiagnostiken. Viktigt då är att försöka utröna vad som kom först, har patienten alltid eller under lång tid varit överdrivet orolig i sociala situationer t ex, eller är det något som har kommit under perioden av ökad nedstämdhet och nedsatt intresse?

Samsjuklighet är vanligt även med andra tillstånd som neuropsykiatriska funktionshinder, ätstörningar och beroendesjukdomar. Ätstörningar, framför allt bulimi tillhör också de tillstånd som upplevs väldigt skamliga och sällan spontanrapporteras. Vid neuropsykiatriska tillstånd är det viktigt att utröna om det funnits besvär och skolsvårigheter i barndomen, i form av koncentrations- och/eller inlärningsvårigheter, överaktivitet och/eller kommunikativa svårigheter.

Personlighetsstörningar definieras numera mer som en ökad risk och benägenhet att utveckla flera olika psykiatriska tillstånd. Om man hittar förekomst av flera olika psykiatriska diagnoser, eventuellt självskadebeteende och varaktiga svårigheter att hantera ångest och motgångar i livet så kan man överväga om det finns en ökad generell sårbarhet. Dessa patienter bör ändå få hjälp med de tillstånd som de uppfyller kriterier för, men ofta kan det behövas mer långtgående insatser från specialistpsykiatri samt även av psykosocial karaktär. Det är dock inte ovanligt att patienter med neuropsykiatriska tillstånd eller bipolär sjukdom kan uppfattas som personlighetsstörda, varför noggrann differentialdiagnostik är viktig för att kunna hjälpa varje individ på optimalt sätt.

## Behandling

I Socialstyrelsens riktlinjer från 2017 (3) rekommenderas psykoterapeutisk behandling, i första hand kognitiv beteendeterapi, KBT vid de flesta ångestsyndrom samt vid lindrig till måttlig depression. I andra hand rekommenderas läkemedelsbehandling, främst SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare).

För att öka tillgängligheten till evidensbaserad psykoterapeutisk behandling rekommenderas "stepped care", d v s vård enligt LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagandenivå). Med tanke på hur vanligt både depression och ångestsyndrom är, och att vi också har många patienter med lindrigare besvär, som dock kan riskera bli sämre utan behandling, har olika metoder för "guidad självhjälp" tagits fram. Basen för alla patienter bör vara god tillgänglighet till snabb bedömning och diagnostik. Läkarbedömning med patientcentrerat samtal, status och eventuella prover kompletteras med M.I.N.I i första hand, följt av skattning av de tillstånd som eventuellt konstateras. Beroende på lokala förutsättningar och tillgång till psykosocial kompetens kan en del av den psykiatriska diagnostiken göras av andra professioner. Efter diagnos och svårighetsgrads bedömning bör patienten erbjudas terapi. Vid bristande tillgång lokalt kan internetfördelad KBT vara ett alternativ (6), eller att patienten köper en anvisad bok för självhjälpsbehandling. Dessa är utformade som manualer där patienten dels får kunskap men också anpassade övningar att arbeta med på egen hand. Patienten bör få en återbesökstid för uppföljning och ny skattning minst var fjärde vecka. De flesta manualer tar ca 10 veckor.

Alla patienter blir dock inte hjälpta av detta, det är viktigt att erbjuda stöd och kontinuitet samt alternativa mer individuellt inriktade behandlingar när det inte fungerar. På detta sätt beräknas dock mellan 50- 80 % av patienterna kunna bli hjälpta, vilket möjliggör att mer resurser kan frigöras till de patienter som behöver längre och mer omfattande insatser.

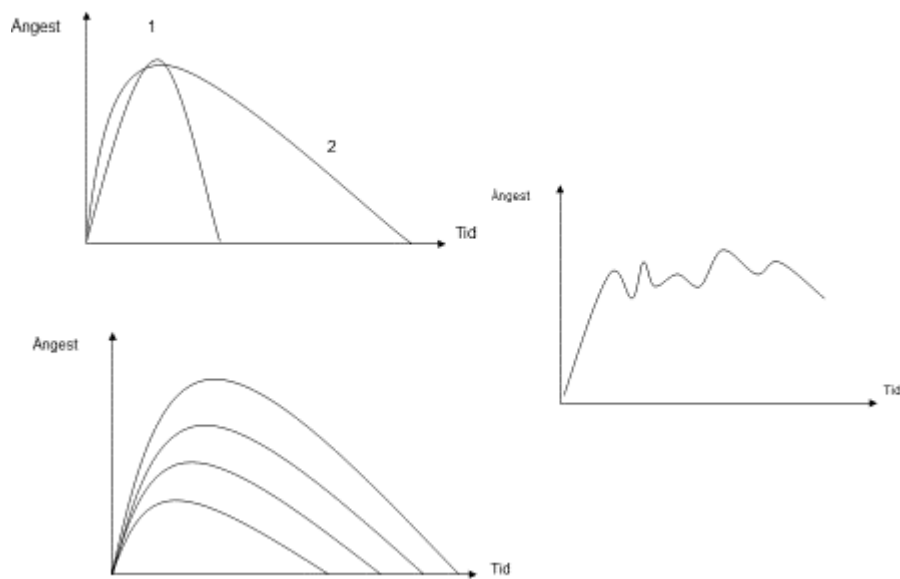
Vi ska kunna erbjuda likvärdig vård i Sverige och både diagnostik och behandling försvåras när språkkunskaperna brister. Det är viktigt att ha tillgång till bra tolkar och att utveckla metoder för att kunna hjälpa även icke-svensktalande patienter.

För många patienter är depression och ångest kroniska sjukdomar även om de fluktuerar under livet. Det finns evidens för att förbättrad kontinuitet t ex med hjälp av sk care managers, ofta specialutbildade sjuksköterskor, förbättrar vården och patienternas tillstånd vid depression (7).

**Behandling av depression:** Vid depression finns det förutom KBT och KT (kognitiv terapi) numera evidens även för psykodynamiska korttidsterapier (PDT) och interpersonell terapi (IPT) (3). För äldre patienter med depression finns evidens för problemlösningsfokuserad terapi (8), tillgången till detta är idag dock väldigt begränsad. Beteendeaktivering och stöd till ökad fysisk aktivitet har också visat effekt, något där teamarbete och insatser från distriktssjuksköterskor och sjukgymnaster kan vara av stort värde.

Tilllägg med eller enbart behandling med läkemedel, i första hand SSRI, kommer först i andra hand vid lindrigare tillstånd, men svåra och recidiverande depressioner bör ha läkemedelsbehandling i högre grad och i tidigare skede. Äldre patienter över 65 år förefaller ha mindre nytta av SSRI, och kan många gånger vara känsligare för biverkningar (8). Man bör i högre grad kontrollera blodtryck, EKG och elektrolyter p g a arytmirisk och risk för hyponatremi särskilt om patienten också står på andra läkemedel.

**Behandling av ångestsyndrom:** Vid ångestsyndrom har KBT starkt stöd, och många gånger är det framför allt beteendedelen av KBT som verkar ha effekt. Genom exponeringsövningar som att successivt träna på de situationer som upplevs jobbiga kan patienten bryta onda spiraler av undvikande och säkerhetsbeteenden. Man kan lite grand se det som en "avbetingning" av ett inlärt beteende. Det är viktigt att inte börja med för svåra övningar för att lyckas.



*Bildtext: Kurva 1 visar hur ångesten ökar snabbt som vid panikattack men också försvinner snabbt vid situationsflykt. Kurva 2 visar hur reaktionen långsamt går ner om personen istället kan lyckas stanna kvar i situationen och ångesten går ner, då det parasympatiska systemet tar över. Patienten kan känna sig trött efteråt. Kurva 2 tar i normalfallet 20-25 min, vilket man kan ha i åtanke som jämförelse med effekten av bensodiazepin eller hydroxizin som sannolikt tar minst den tiden för effekt.*

*I kurvan nedanför visas hur ångesten successivt minskar i en ångestfylld situation vid upprepade exponeringsövningar och träning i att vara kvar i situationen och stå ut med ångesten. Till slut släcks ångestreaktionen i den givna situationen ut helt och hållet, habituering/avbetingning har nåtts.*

*Den sista kurvan visar vad som händer om/när ångesten ökar och försök görs att lindra den på olika sätt. T.ex. genom att distrahera sig med att försöka andas lugnt, tänka på annat, ringa någon eller ta ångestlindrande läkemedel. Detta säkerhetsbeteende kan försvåra både diagnostik och behandling, då patienten lyckas undvika fulminanta panikattacker. Istället har patienten en ständigt hög ångestnivå. Detta riskerar leda till samsjuklighet både som depression men även negativ påverkan på stress- och hormonsystem med sekundära följder.*

Specifika fobier behandlas med ren beteendeterapi (BT), d v s att successivt utsätta sig för det som är otäckt tills ångesten avklingar, som en avbetingning, se figuren ovan. Vid OCD används liknande beteendeterapi, s k exponering med responsprevention, dvs att utsätta sig för det som väcker ångest, t ex smuts utan att få utföra tvångshandling, i detta fall tvätta sig förrän ångesten har gått ner. Svårighetsgraden ökas allteftersom. Vid paniksyndrom finns övningar som t ex hyperventilation för att utlösa kroppsliga symtom som man kan träna sin tålighet för. Genom att framkalla symtom i stället för att undvika dem minskar rädslan och därmed det fysiologiska svaret på fara. Patienten har kontroll och kan ju när som helst sluta hyperventilera. Vid social fobi ligger fokus på att utsätta sig för de situationer som är svåra socialt och att ifrågasätta tankar om andras fokus och kritik av ens egen person. Vid GAD finns evidens även för tillämplig avslappning, men i KBT ingår att exponera i sina katastroftankar utan att försöka fly dem, kontrollera dem eller distrahera sig. Vid PTSD

rekommenderas i första hand vägledad tankeexponering i traumat. Det finns viss evidens även för en speciell form av exponering i kombination med ögonrörelser, EMDR.

Således finns det både övningar som kan göras "in vitro", hemma t ex med tankar eller hyperventilation som kan utlösa ångesten. Sedan behöver patienten börja öva "in vivo" också, d v s åka buss om det är svårt. In vivo-exponeringen ska göras väldigt strukturerat enligt patientens egen rädslohierarki. T ex vid agorafobi kan man börja med att ha med sig en vän eller sin partner när man går till lilla affären när det är lugnt där, sedan väntar partner utanför eller finns tillgänglig per telefon, sedan går man till större affär under rusningstid och först när man klarar det ger man sig på IKEA en lönelördag.

Tilllägg med eller enbart behandling med läkemedel, i första hand SSRI, kommer först i andra hand vid lindrigare ångestillstånd (3). SSRI har en ångestminskande effekt som kan hjälpa patienten att hantera vardagen och svåra situationer. Det minskar dock inte funktionsnedsättning av undvikandebeteenden om inte patienten tränar på beteendeförändring. Det är därför viktigt att betona att SSRI inte har någon plats vid behandling av fobier. Vid OCD är det viktigt att behandla i högre doser, ofta maxdos på respektive preparat.

Vid GAD finns stöd även för behandling med pregabalin i andra hand. Detta preparat har även indikation neuropatisk smärta och kan vara ett alternativ vid samsjuklighet. Det är förknippat med viss beroenderisk, vilket bör beaktas även om GAD-patienterna ofta har svårt att öka dos p g a upplevda biverkningar. Quetiapin, som är ett nyare antipsykotiskt preparat prövas också vid GAD, enskilt eller som tillägg till natten. Som med alla neuroleptika finns dock risk både för metabola negativa effekter och extrapyramidala biverkningar.

Gällande farmakologisk behandling av depression är det SSRI, främst sertralin och escitalopram, som rekommenderas i första hand. Vi vet dock att compliance brister i många fall, studier har visat siffror på ca 50 %. Det är därför viktigt med diagnostik så det är tydligt vad som behandlas och vad målet med behandlingen är. Det kan ta tid innan den antidepressiva effekten sätter in, något som är viktigt att informera om. Biverkningarna i form av illamående, yrsel och ibland ökad ångest är oftast vanligast i början av behandlingen, varför information till patienten och en successiv upptrappning av dos rekommenderas.

Uppföljningen är viktig, vid bristande effekt bör man dels fundera på om det är rätt diagnos, t ex bipolär sjukdom typ II som är lätt att missa, svarar inte så bra på enbart SSRI. Vanligt är också att man inte går upp tillräckligt i dos. Vid bristande effekt trots adekvat dos (150-200 mg sertralin, 20 mg escitalopram) bör man byta till preparat i första hand klomipramin. Byte kan ske från en dag till en annan förutom vid preparat som fluoxetin med lång halveringstid. Fluoxetin har även indikation bulimi, och kan därför användas vid samsjuklighet i detta eller vid oro för viktuppgång av behandlingen, då den förefaller ha mindre aptitstimulerande effekt.

För äldre patienter med depression och patienter med svåra sömnproblem kan mirtazapin enskilt eller som tillägg till natten ofta vara ett bra alternativ, då det ofta förbättrar sömn och aptit. Här finns dock påtaglig risk för viktuppgång, varför det kan vara olämpligt för många patienter.

Äldre patienter löper högre risk för hjärtbiverkningar och hyponatremi av SSRI, det senare något som kan leda till förvirring vilket ibland feltolkas som att dosen bör höjas. Försiktighet vid läkemedelsbehandling av äldre och monitorering av natrium, blodtryck och EKG vid återbesök bör övervägas. Det finns forskning som stödjer duloxetin för äldre (7), även om biverkningarna kan begränsa användning framför allt hos sköra patienter. Duloxetin har också indikation neuropatisk och kan vara ett andrahandspreparat att överväga vid samsjuklighet med smärta.

Äldre antidepressiva som amitriptylin kan ibland vara ett alternativ enskilt eller som tillägg till natten för att förbättra sömnen och minska smärta vid depression eller GAD. Ofta fås effekt även på låga doser, vilket minskar risken för biverkningar. Agomelatin (Valdoxan) är ett nyare tredjehandspreparat vid depression med sömnsvårigheter som oftast ges som tillägg till annan antidepressiv behandling till natten p g a en additiv melatonineffekt. Detta läkemedel måste dock transaminaser monitoreras då leverpåverkan är en risk. Vortioxetin (Brintellix) räknas också som tredjehandspreparat vid svårbehandlad depression. Än finns dock inga studier som visar att de nyare preparaten har bättre effekt än de som rekommenderas i första hand.

Bupropion är ett atypiskt antidepressivum som kan prövas i andra hand vid depression, då många upplever minskad trötthet och kognitiv påverkan av detta.

Det finns numera säkerhetsdata på att behandla med SSRI, främst för sertralin, citalopram och fluoxetin, även under graviditet och amning (9). Depression hos en blivande eller nybliven mor innebär en större risk för barnet än läkemedelsbehandling i detta fall. Om möjligt kan dosen sänkas sista trimestern då man i vissa fall sett utsättningssymptom hos barnet efter förlossning. Gravida och nyblivna mödrar med riskfaktorer för depression bör ha en plan för tät uppföljning och adekvat behandling.

Recidiverande depressioner även utan bipolaritet kan ha ett mer allvarligt förlopp med högre suicidrisk, varför behandling kan skilja sig åt beroende på diagnos. Recidiverande och terapiresistenta depressioner samt depressioner vid bipolär sjukdom bör därför bedömas av specialistpsykiatri för eventuell stämningsstabiliserande medicinering (litium, valproat, lamotrigin, quetiapin) eller andra metoder som t ex ECT (elektrokonvulsiv behandling). Även behandlingstiden med SSRI bör vara längre för att förebygga nya skov vid en bild av recidiverande depressioner.

Tidigare hade även bensodiazepiner stöd vid behandling av ångest både vid depression och paniksyndrom. Beroenderisken och de nya kunskaperna kring vikten av exponering och att i stället utsätta sig och träna på att möta ångesten med olika verktyg har medfört att det inte längre har någon plats vid behandling av ångestsyndrom och klassificeras som "icke-göra" enligt de senaste riktlinjerna (3). För kortvarig behandling vid svår depression under inväntan på behandlingseffekt på antidepressiva läkemedel kan det dock i sällsynta fall behövas, här rekommenderas dock hellre alimemazin (Theralen) eller prometazin (Lergigan).

## Uppföljning, utvärdering

Att försöka få objektiva mått på svårighetsgrad av tillståndet med skattningsskalor rekommenderas både vid diagnostik och uppföljning. Placeboeffekten är hög och det är därför viktigt att bedöma depressionskriterier med målet att patienten går i remission. Det finns även en pedagogisk effekt i detta, då en förbättring blir tydligare för patienten, vilket kan öka compliance.

Än så länge finns inte evidens för de skattningsformulär som används. MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) har studerats och är mycket spridd i Sverige för bedömning av depressionsgrad. I enklare studier verkar den stämma överens med klinisk bedömning av svårighetsgrad, men den verkar vara mindre säker för ungdomar under 25 år (1). För uppföljning och jämförelse av svårighetsgrad avseende en individ kan den i brist på annat användas, men det är viktigt att betona att den inte är något diagnostiskt instrument och att den inte är helt tillförlitlig för att jämföra olika individers svårighetsgrad. Om man i anslutning till fråga om exempelvis sjukskrivning gör en MADRS i tron att det utgör ett mer objektivt mått så bör man vara medveten om risken för bias. På många håll används MADRS

fortfarande felaktigt som screening och diagnostik för depression, vilket den inte har någon validitet för.

PHQ9 som är mer internationellt spridd och studerad men framtagen för diagnostik kan användas även för skattning då den ger ett mått på svårighetsgrad som kan följas över tid. Men den är inte framtagen eller studerad för skattning, varför det inte går att bedöma säkerheten av den som skattningsinstrument (1).

För ångestsyndromen finns olika skattningsskalor för respektive diagnos, PDSS för paniksyndrom, SADS för social fobi, GAD-7 för GAD, Y-BOCS för OCD för att nämna några exempel. Ingen av dessa är granskad i någon systematisk vetenskaplig översikt, varför tillförlitligheten är oklar.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) är ett annat mycket spritt screeninginstrument, som ibland används även för skattning. Här finns det dock mycket forskning som visar att den inte är tillförlitlig (1). Sensitiviteten ligger i sammanvägda resultat mellan 30 och 70 %, så den tillför ingenting till vår kliniska bedömning. Snarare kan det innebära en risk med ett okänt screeninginstrument att både patient och läkare invaggas i en falsk säkerhet att de har utrett förekomst av ångest eller depression.

Ett annat sätt att följa upp behandling kan vara om patienten fortfarande fyller diagnoskriterier eller inte.

### **Sjukskrivning och bedömning av arbetsförmåga?**

Även här är förstås diagnostiken viktig. Vid svår depression kan arbetsförmågan vara helt nedsatt, samtidigt är beteendeaktivering, upprätthållande av rutiner och sociala kontakter viktigt för läkning och bibehållande av funktionsförmåga (10). Vid ångestsyndrom är sjukskrivning oftast kontraindicerad, då den riskerar bidra till ökat undvikande och försämrad funktionsförmåga (10). Viktigast är dock att man har en tydlig plan tillsammans med patienten, ibland kan det krävas träning precis som vid gradvis exponering för att klara att ta sig till och vara på arbetet.

Impulsen om man t ex fått en panikattack på arbetet är ju att hålla sig därifrån, då även kroppen hur obehagligt det var. Genom betingning riskerar symptomen återupprepas när man kommer dit igen eller ibland bara av tanken att gå dit. Det blir svårare och svårare att komma tillbaka ju längre man är borta. Ångesten, de fysiska symtomen och inlärningen att det är farligt stärks av undvikandet. Att patienten får förståelse för de kroppsliga mekanismerna genom psykoedukation och lär sig hantera och stå ut med symptomen är grundläggande för att lyckas med arbetsåtergång. Att patienten får förståelse att det är för sin egen skull hen ska träna i att åka även kortare stunder till arbetsplatsen till en början är viktigt. Om möjligt är det förstås en fördel om även arbetsgivaren har en förståelse och blir delaktig i planen.

### **Bedömning av suicidrisk**

SBU har gjort en genomgång av instrument för suicidriskbedömning 2016 (11) som kort kan sammanfattas med att det inte finns vetenskapligt stöd för att något instrument är tillförlitligt för ensam bedömning av suicidrisk. Slutsatsen är ändå att strukturerad bedömning är viktig och att medvetenhet om riskfaktorer har betydelse.

Djupa depressioner med psykotiska inslag innebär ofta en ökad suicidrisk, och bipolär sjukdom innebär en oberoende högre suicidrisk, varför det är viktigt att diagnosticera detta.

Samsjuklighet med missbruk ökar risken, sannolikt därför att det minskar hämningar och impuls kontroll. Patienten kanske inte har tänkt att ta livet av sig, tar alkohol i ångestlindrande syfte och sedan får en impuls som får fatala konsekvenser. Patienter med samsjuklighet i missbruk riskerar tyvärr ofta att "falla mellan stolarna", i alla fall i de delar av landet där psykiatri och beroendevård är uppdelade. Det är därför extra viktigt att vi i primärvård har ökad uppmärksamhet på detta och "står på oss" så att patienten får adekvat bedömning och vård.

Äldre patienter och framför allt män löper högre s-risk, vilket kanske inte alla är så observanta på när fokus i debatten har varit mycket på ungas suicid. Att risken är högre hos äldre kan bero dels på att depression, och depression med psykotisk valör är en vanligare sjukdom hos äldre patienter. Att risken är högre hos äldre män kan dels bero på att män kanske har en högre grad av samsjuklighet med alkohol, men framför allt för att män ofta använder sig av metoder som hängning, fall från hög höjd eller singelolyckor i trafik som har högre chans att lyckas.

Tidigare försök och metod vid tidigare försök är en riskfaktor att ta med i bedömningen (12). Många unga kvinnor står för en högre del av självskadebeteende, vilket inte alltid är i suicidavsikt, utan kan vara i ångestlindrande syfte t ex. Risken för fullbordat suicid är dock högre om man har gjort tidigare försök även med skärskador eller intoxicationer.

HBTQ medför högre risk och framför allt transpersoner har högre suicidrisk. Även ekonomiska faktorer, socialt nätverk, förekomst av traumatisk händelse eller förlust kan öka risken (12).

Tidigare har det funnits farhågor för att man skulle kunna väcka suicidtankar hos patienter om man frågar om det, men vi vet nu att det är precis tvärtom. Hos suicidal patienter finns oftast en ambivalens och om man får möjlighet att berätta om sina tankar och få en annan persons perspektiv så finns stora möjligheter att hjälpa patienter att vilja fortsätta leva.

När det gäller unga människors suicid så är det tyvärr ofta så att de inte sökt hjälp innan inom vården. Insatser i skolan med utbildning av lärare och elevhälsa för tidig detektion av ändrat beteende, ökad frånvaro och tecken på eventuellt missbruk är det som visats ha effekt när det gäller att förebygga suicid hos unga, enligt TRUST-studien från Miami som tagits som modell för flera program.

## **Utmattningssyndrom? Hur differentierar vi depression och ångestsyndrom gentemot det?**

Utmattningssyndrom finns inte definierat i DSM och återfinns inte heller i M.I.N.I, utan motsvaras i första hand av maladaptiv stressreaktion/anpassningsstörning i DSM. Däremot finns det svenska framtagna ICD 10 kriterier (13). De stora skillnaderna gentemot depressionskriterier är att det ska finnas minst en identifierbar stressfaktor under minst sex månader. Påtaglig brist på psykisk energi eller uthållighet ska dominera och nedstämdhet behöver inte finnas. Många gånger finns det dock även vid depression eller ångestsyndrom tydliga stressfaktorer och tilltagande oförmåga att hantera dessa med i sjukdomsbilden. Det ingår i kriterier för alla psykiatriska diagnoser att tillståndet måste leda till en nedsatt funktionsförmåga eller lidande. Det kan då bli mycket svårt att differentiera om stressfaktorerna är själva orsaken till sjukdomen. Med tanke på de skamkänslor som fortfarande finns kring psykisk ohälsa kan det också finnas en risk att man som patient hellre vill fokusera på att man har arbetat sig till sina problem och det blir lättare att förlägga problemet någon annanstans.



Behandlingsbara sjukdomar ska identifieras och om möjligt behandlas. Ängestsjukdomar som GAD, social fobi, eller neuropsykiatriska sjukdomar samt förstämningssyndrom ökar risken för att hamna i utmattningsreaktioner. I dessa fall är differentialdiagnostiken viktig. Grundsjukdomen ska behandlas enligt LEON-principen, dvs "lägsta effektiva dos". I vissa fall kan det räcka med psykoedukation, att patienten får förståelse för sin problematik och får verktyg med hjälp av bok, internet eller kortare insats att hantera problematiken. Andra patienter behöver mer långtgående insatser.

Än så länge finns inte mycket evidens för vilka metoder som fungerar vid utmattning, hittillsvarande forskning visar att beteendeförändring och förbättrad stresshantering, men framför allt insatser vid arbetsplatsen och stöd fokuserande på arbetsåtergång är de mest effektiva (14).

## **Diskussionsdel - Hur ser förutsättningarna ut hos er?**

### 1. Utredning, diagnostik:

Somatisk differentialdiagnostik: Gör alla lika eller skiljer det sig mycket vilka prover ni tar t ex? Varför då?

Psykiatrisk differentialdiagnostik: Vad gör ni idag? Fungerar det?

Finns det kompetens och resurser för diagnostik med M.I.N.I? Är M.I.N.I möjligt att genomföra på vårdcentral? Vilken kunskap och erfarenhet krävs för att kunna genomföra och tolka MINI?

### 2. Behandling:

Finns det tillgång till psykoterapeutiska insatser inom rimlig tid? Har ni tillgång till psykologer eller kuratorer? Vet ni om de arbetar evidensbaserat?

Skulle ni kunna arbeta mer med "guidad självhjälp", t ex med behandlingsmanualer från böcker? Internet?

Kan svårare patienter remitteras och tas emot inom specialistpsykiatri? Skulle en förbättrad differentialdiagnostik hos er medföra att "rätt" patienter i högre grad remitteras till specialistpsykiatri?

Har ni kunskaper för differentierad behandling vid olika tillstånd? Olika psykoterapeutiska metoder? Olika läkemedel, kombinationer?

Hur tänker ni kring sjukskrivning vid psykisk ohälsa? Om det är svårt, skulle ni kunna förbättra något med gemensamma rutiner, kollegiala diskussioner, handledning?

### 3. Uppföljning:

Hur följer ni upp patienterna? Telefon, återbesök, sjuksköterskebesök? Hur ser vårdkedjan ut för att fånga upp patienter, bedöma vårdnivå och följa upp behandling? Finns det några sådana resurser eller planer hos er?

Hur mäter ni om patienterna uppnår behandlingsmål? Använder ni skattningsskalor, vilka i så fall?

## **Instuderingsfrågor**

Vilka screeninginstrument har stöd för att diagnosticera depression? Vilket kan användas även för differentialdiagnostik?

Hur skiljer man på ångest och irritabilitet vid GAD, social fobi, depression eller PMDS (premenstruellt dysforiskt syndrom)?

Näm n fem riskfaktorer som kan medföra högre suicidrisk.

Ge exempel på typiska katastroftankar vid a) GAD b) paniksyndrom c) social fobi d) OCD.

Ge exempel på förstahandsbehandling vid lindrig till måttlig depression enligt nationella riktlinjer?

Vad innebär exponering med responsprevention vid behandling av OCD?

Vad innebär guidad självhjälp?

Vad är viktigt att tänka på när du och/eller patienten misstänker utmattningssyndrom?

Hur tänker du kring ångestlindrande behandling som bensodiazepiner, prometazin eller att lära ut lugnande metoder som att andas lugnt eller "andas i fyrkant" vid ångestsyndrom? Varför det?

Vilken SSRI har även indikation bulimi?

Hur tänker du vid bristande behandlingseffekt på farmakologisk behandling?

## **Patientfall**

**1. Gunilla 48 år, kommer på nybesök till dig för "stress, trötthet". Hon är väsentligen frisk, ser välvärdad ut och ger en fin kontakt. Gunilla berättar om tilltagande nedsatt intresse och känsla av meningslöshet senaste året. Hon berättar att hon haft några jobbiga år bakom sig med skilsmässa och ett nu nästan vuxet barn med neuropsykiatriskt funktionshinder. Hon upplever att det är svårt att räcka till och har inte kunnat prioritera sig själv eller sin karriär. Hon har det egentligen ganska bra nu i nuvarande relation, men känner inte så mycket stimulans i arbetet, hon mer eller mindre tvingar sig till umgänge och sociala aktiviteter men känner ingen glädje.**

**Hur tänker ni kring detta? Är detta ens en sjukdom eller är det en normal reaktion på omständigheter och långvarig stress?**

Gunilla är en ganska vanlig patient på vårdcentralen. Det hon på sitt sätt frågar dig om är om detta är en sjukdom och om det går att göra något åt det. Det visar sig att hon har gått länge med dessa besvär, runt två år. Hon har själv tänkt att hennes mående beror på omständigheterna och att det bara är att kämpa på med hänsyn framför allt till barnen som behöver henne. Men hon känner inte igen sig själv.

## Hur kan vi få bättre klarhet i detta för att kunna hjälpa?

I första hand litar vi förstås till vårt patientcentrerade samtal och frågar mer om hur Gunilla mår och fungerar i vardagen. Sover hon? Vad har hon själv för tankar och farhågor? Många gånger har samtalet i sig och att bli lyssnad på en läkande effekt.

Läkaren bedömde vid första intrycket att Gunilla nog till största delen led av förklarlig trötthet och reaktion på omständigheterna omkring henne, som man inte skulle medikalisera i onödan. Eventuellt kunde även en livskris anas kring att livet inte blivit riktigt som hon önskat. Men då hon hade gått så länge med besvär och ändå nu sökte så gjordes en utredning. Labprover och somatiskt status var normalt. Vid strukturerad diagnostik enligt M.I.N.I framkom att Gunilla uppfyllde kriterier för depression. På suicidfrågan svarar Gunilla att hon haft tilltagande dödstankar en längre tid och den senaste tiden har hon även börjat fundera på metoder, vilka broar som har stängsel etc. Detta var helt oväntat för läkaren.

Det fanns tecken på att hon haft depressioner tidigare under livet, då hon dock inte sökt. Det fanns ingen hereditet eller tecken på maniska eller hypomana skov. Hon uppfyllde inte kriterier för någon annan psykiatrisk diagnos i MINI, inte heller förelåg alkoholöverkonsumtion.

Diagnosen blev recidiverande depression, som bedömdes som måttlig efter skattning med MADRS, med viss men ej akut suicidrisk. Behandling påbörjades i detta fall med SSRI i upptrappande dos, snart återbesök och remiss för KBT/IPT/PDT. Gunilla ville själv inte vara sjukskriven, hon upplevde att det var mycket jobbigare med alla tankar, krav från familjen och ökande ångest när hon var ledig. Arbetet fungerade. Rådgivning kring fysisk aktivitet, promenader och egen tid.

Vid uppföljning mådde Gunilla bättre, hon fortsätter med SSRI under längre tid och har fått stöd från psykolog i att inte fastna i ältande och negativa tankar samt att se över sin livssituation och få verktyg för gränssättning och beteendeaktivering.

**2. Gunnar, 78 år.** *Du känner Gunnar sedan tidigare, han har lindrig hjärtsvikt, hypertoni och kostbehandlad diabetes. Han blev änklings för ett år sedan och du har misstänkt att han dricker lite mer alkohol numera, han säger själv att det bara är en whisky som "sängfösare" – "och det ska ju vara bra har jag hört?" Gunnar har sökt mer än vanligt de senaste veckorna, sjuksköterskorna känner igen honom i telefon eftersom han har bokat flera akutbesök. Han har huvudvärk, buksmärtor och har gått ner i vikt. Du har inlett en malignitetsutredning och kontrollerat sviktparametrar för att se om hjärtsvikten har försämrats. En dag får du besked om att Gunnar slängt sig utanför balkongen och avlidit.*

**Hur tänker ni om detta?** Viktnedgång, sömnsvårigheter och somatiska symtom kan tyda på depression. Det är vanligt att vi med våra äldre patienter glömmer att tänka på detta som en möjlighet eller differentialdiagnos. Här finns även flera riskfaktorer för suicid ifall man hade varit mer uppmärksam på det: Äldre man, ensamhet, alkohol och depression. Vi vet inte mer om Gunnar. Hade han morgonångest, psykotiska symptom? Kom självmordshandlingen som en impuls eller var det något som han gått och planerat? Det vi kan lära oss är att vara uppmärksamma på att depression kan yttra sig på olika sätt och vara medvetna om suicidrisk i högre grad bland våra äldre patienter.

**3. Jeanette, 32 år.** *Hon kommer till dig på nybesök, hon har bytt vårdcentral för att hon inte upplever att hon får hjälp på den förra. Hon har haft återkommande depressioner sedan*

*ganska unga år, har provat olika SSRI och upplever att det kanske hjälper lite men inte helt. Hon blir sjukskriven i långa perioder, det är jobbigt för henne och för hennes anhöriga. Hon har haft en knepig barndom då hennes far var alkoholiserad, en syster har också börjat med droger, så relationerna med vissa familjemedlemmar är ansträngda eller har upphört. Hon har en sambo, som ger gott stöd och de planerar att skaffa barn tillsammans. Hon upplever även gott stöd av sin chef. Hon har gått hos psykolog, där samtalen mest fokuserat kring barndomen och patientens låga självkänsla till följd av detta. Hon upplever att hon har nått en förståelse och har ganska goda verktyg för att hantera detta. Men nu är hon rädd att hon är på väg ner i en depression igen, hon vet inte vad hon ska göra mer än att förstås säkert måste börja med medicinering igen. Jeanette är religiös, hon har en stark barnlängtan och känner oro att detta ska påverka även hennes chanser att bli mor.*

### **Hur tänker ni kring detta? Ett solklart fall av recidiverande depression eller kan det vara något mer? Något annat?**

Du påbörjar behandling med SSRI på misstanke recidiverande depression, förklarar att det går bra även vid eventuell graviditet och bokar ett återbesök där du planerar för noggrannare diagnostik med M.I.N.I. Jeanette är mycket positiv till detta, "äntligen blir jag ordentligt utredd!" Det visar sig att Jeanette uppfyller kriterier för recidiverande depressioner, totalt fem svårare episoder under livet med debut redan i slutet av tonåren, då bedömt som miljöbetingat p g a hemsituationen. Hon har gjort ett suicidförsök med intoxication i 20-årsåldern men har inga suicidtankar nu. Det visar sig på ärftlighetsfrågan att den alkoholiserade fadern har fått bipolär diagnos på senare år. Systemen med drogproblem är lite oklart, hon har inte slutfört utredning om ADHD. Det visar sig att Jeanette haft episoder när hon varit lite piggare än normalt, inte haft samma sömnbehov, men också varit mer irriterad mot andra och t o m hamnat i bråk med en lärare. Det verkar inte ha något samband med menscykeln, vilket hon tänker hade varit mer "normalt". Ofta blir hon "låg" efter en sådan här period av ökad aktivitet och igångsatta projekt som hon då inte orkar slutföra. Jeanette beskriver också att hon målar och när hon mår så här kan hon som religiös känna en nära kontakt med gud, och att gud målar genom henne. Det kan hända att hon är uppe hela nätterna och målar under några dygn. Detta upplever hon inte som ett problem, om hon kunde så skulle hon alltid må så.

Jeanette känner igen sig i att detta skulle kunna vara ett bipolärt syndrom, hon blir lite ledsen för det först, hon tycker inte alls att hon är lik sin alkoholiserade pappa. Själv har hon alltid hållit sig undan alkohol och alla andra droger. Men hon blir positiv till att detta skulle kunna vara en förklaring till att hon inte fått så stor effekt på SSRI och att det kanske finns annan behandling som skulle kunna ha effekt. Jeanette blir remitterad till specialistpsykiatri, i detta fall direkt till en affektiv utredningsenhet som kompletterar utredningen och tar över behandlingen om de hittar belägg för diagnosen. Remissen hade kanske inte blivit accepterad om man beskrivit enbart patientens svårbehandlade depression och svåra psykosociala bakgrund. Men med en mer noggrann första diagnostisk bedömning och klar frågeställning blir det tydligare att patienten har behov av vidare utredning inom specialistpsykiatri.

**4. Martin, 35 år, söker ofta akut för olika besvär. Han har utretts för buksmärtor och har fått IBS-diagnos. Han har återkommande migrän och spänningshuvudvärk och har fått bettskena mot bruxism. Nu när han har en 3-årig dotter söker han ofta för infektioner, både hos sig själv men även hos dottern, som utretts för astma bl a. Du känner honom väl och ni har diskuterat oron som ett problem, men det är svårt att undvika nya utredningar eftersom det kommer nya symtom hela tiden, och – "hur ska man veta att det inte är något allvarligt den här gången?"**

*Idag söker Martin för yrsel som blivit mycket värre. Han har blivit utredd för några år sedan med MR hjärna och varit hos ÖNH-specialist och blivit bedömd som spänningsyrsel. Men Martin menar att "det är mycket mer nu, det är jättejobbigt, och kan man vara säker på att det inte är något allvarligt? Jag kan inte ha det så här, finns det verkligen inte något mer man kan göra doktorn?"*

### **Känner ni igen patienten? Hur kan ni hjälpa honom?**

Det är lätt att man som läkare känner en enorm trötthet inför patienter som Martin, som söker mycket vård och ofta upplevs sätta prioriteringar av medicinskt svårare tillstånd ur spel. Med nya symtom får man förstås även nu göra en differentialdiagnostisk bedömning. Just när det gäller yrsel är ju framför allt anamnesen kompletterat med status ofta väldigt vägledande. "Nyckelfrågor" som "I vilken situation får du besvär?" och "Vad är det värsta som kan hända? Vad är du mest rädd för?" kan hjälpa oss ganska långt. Om Martin på den första frågan svarar att det är värre när det är stökigt och mycket folk omkring så kan vi begränsa vår somatiska utredning eftersom det är väldigt ovanligt att yrsel på grund av somatiska orsaker kommer specifikt i sådana situationer. Om han på andra frågan svarar att det känns som jag ska dö, svimma eller tappa kontrollen så är det vanliga katastroftankar vid paniksyndrom. Om han i stället svarar att han är rädd för att andra ska se att han vinglar, ser konstig eller berusad ut så leder det differentialdiagnostiken mer mot social fobi.

Vid akutbesöket konstaterades att Martins ökade yrsel nog ändå var spänningsyrsel, anamnestiskt av gungande ostadighetskaraktär som ökar vid stress eller mycket folk omkring. Statusmässigt spänd och palpöm i nack- och käkmuskulaturen och invändningsfritt kort neurologiskt status. Läkaren tar fasta på Martins alla farhågor och frågar om oron är något som besvarar Martin? Ja, det är det verkligen, så de kommer överens om att träffas igen för att göra en noggrannare utredning av oron.

Vid strukturerad intervju enligt M.I.N.I framkommer att Martin lider av GAD och hälsoångest. Han har varit en orolig själ så länge han kan minnas, hade separationsångest som barn. Hans familj tycker att det är jättejobbigt för Martin oroar sig långt i förväg och vill helst inte resa eller utsätta sig eller familjen för "onödiga risker". Martin brukar se till att vara ständigt sysselsatt för att distrahera sig från tankarna på allt hemskt som kan hända. Det gör att Martin är väldigt stressad, han har svårt att sitta still och det är väldigt svårt att sova, för då kan han ju inte distrahera sig från tankarna. Att slappna av är det svåraste för Martin. Han tycker själv att det är lite "fånigt" och skäms för att han är så orolig.

Bara att få en diagnos och en förklaring till sina besvär upplever Martin som en stor lättnad, han får boktips och internettips för att läsa på och även för att ge information till familjen. Martin är negativ till medicinering och vill i första hand försöka med KBT, som vid GAD inriktas främst på tankeexponering, dvs att möta sina ångesttankar i stället för att undvika dem eller ifrågasätta dem. Martin använder också självhjälpsbok om tillämpad avslappning.

Efter ett år kommer Martin tillbaka, han har bokat tid för att oron blivit sämre igen. Han är mer stressad, sover sämre och är irriterad mot familjen. Han har läst på och vill prova medicinering. I första hand kommer ni överens om att prova SSRI i upptrappande dos, vilket går bra ett tag men Martin upplever god effekt på oron men de sexuella biverkningarna är inte acceptabla. Ni gör ett behandlingsförsök med pregabalin i initialt mycket låg dos, Martin upplever god effekt på 75 mg x2 och fortsätter med det då det fungerar bra. Efter två år kommer han åter och vill prova att sätta ut då han inte upplever så stark oro, yrsel eller andra besvär längre. Det görs en plan där han tar fram sitt gamla KBT-material och själv "booster" det han lärt sig. Martin klarar att sätta ut medicineringen och hantera sin oro på annat sätt.

**5. Elisabeth, 40 år.** *Hon söker dig för nytt recept på citalopram 30 mg, som hon haft i många år. Hon upplever inte riktigt att det hjälper, men det blir ännu värre när hon försöker sluta. Hon behöver recept på zopiklon också för hon har väldigt svåra sömnsvårigheter, hon är ständigt trött, kommer ofta för sent till jobbet och är stressad över vad hon tror att arbetskamraterna tänker och tycker om henne. Hon har gått sömn-KBT och stress-KBT och vet redan allt hon borde tänka på men det fungerar ändå inte. Hon har varit sjukskriven i perioder. Hon har gått upp i vikt och misstänker medicinen, hon försöker träna regelbundet. Om du kan hjälpa henne så är hon villig att försöka men annars vill hon bara ha sina recept så att livet fungerar - något så när i alla fall.*

**Vad tänker ni om Elisabeth? Finns det något mer att göra för henne? Kan det finnas något som man inte tänkt på?**

Du frågar Elisabeth om vilken diagnos hon fått när behandlingen med citalopram påbörjades. Det vet hon inte riktigt, "det var väl stress, lite depression och ångest", svarar hon. Du kanske tänker att det väl inte är bra att hålla på med citalopram och zopiklon så här länge, man borde göra ett utsättningsförsök? Kan hon ha alkoholproblem?

Du bestämmer dig för att försöka göra en bättre diagnostisk bedömning innan du tar ytterligare beslut, Elisabeth är positiv till det så ni bokar en ny tid för M.I.N.I. Du förnyar recepten med ett uttag så länge.

Elisabeth visar sig uppfylla kriterier för tidigare men ej pågående depression, social fobi och tvångssyndrom. Vid frågorna på tvångssyndrom "hajar hon till", det känns som en lättnad att berätta när du frågar så strukturerat. Hon har ju upplevt det så pinsamt och dumt. Det visar sig att hon inte kan sova och att hon kommer för sent till jobbet för att hon måste kolla låsen, spisen, alla elektriska apparater om och om igen varje morgon och varje kväll. Hon har försökt hitta regler så att hon inte får gå tillbaka, men ibland kan hon hålla på i flera timmar innan hon till slut kan komma iväg till jobbet eller somna med hjälp av zopiklon. Hon upplevde sig förstas inte hjälpt varken av stress-KBT eller sömn-KBT för det inriktade sig ju inte alls på hennes problem. Den sociala fobin visade sig vara mer sekundär, att hon oroade sig för vad andra skulle tycka, detta var ju så pinsamt. Hon visste ju att hon hade kollat men kunde inte låta bli att kolla igen och igen. Att inte kunna sova och att komma för sent varje dag så alla såg, gjorde att hon periodvis blev deprimerad och sjukskriven.

Elisabeth är lättad över att ha fått en diagnos och en förklaring till sina besvär, som hon dessutom uppenbarligen inte är ensam om i världen, eftersom de fanns beskrivna i ett tryckt formulär. Det känns mindre skamligt så. Elisabeth är positiv till KBT inriktad på sin OCD, det visar sig att hon klarar att jobba med en självhjälpsbok för att träna sig att t ex sätta på spisen och låta den vara en stund. Hon har återbesök till dig efter några veckor och har nu också vågat berätta för sina närmaste två arbetskamrater hur hon har det, så hon känner ett större stöd och känner sig inte lika uttittad på jobbet. Det är fortfarande svårt att somna ibland, och det känns skönt att ha en zopiklon utifall det skulle behövas, men oftast gör det inte det. Elisabeth brukar tankeexponera när hon lägger sig i stället och tänka på allt hon kan ha glömt, att det kan börja brinna och försöka öka ångesten. Då brukar hon paradoxalt nog somna. Hennes mål är att även trappa ner citalopramen för det känns inte som hon behöver den på samma sätt längre.

Ibland kan det krävas individuell KBT och hembesök av KBT-psykolog för att stötta patienten i att exponeringsträna lokalt på plats. I detta fall gick det bra med guidad självhjälp, men det finns en risk att problemen recidiverar och då kan det behövas en mer intensiv individuell KBT.

**6. Erik, 28 år.** *Söker på akuttid för sjukskrivning för nu går det inte längre. Han berättar att han insjuknade ganska akut för ca ett år sedan, typiskt utmattningsyndrom. Han har fått vård inom företagshälsovården, och gått stress-KBT, lärt sig avslappning, andning och Qigong. Erik blev sjukskriven 100 % till en början och fick sedan anpassade arbetsuppgifter på först 25 % i flera månader, sedan 50 %. Han söker nu efter att ha försökt arbeta 75 % i två veckor och har blivit akut försämrad. Han klarar ingenting. Han jobbar med IT, men det är som att det blir värre så fort han närmar sig datorn. Nästan som elöverkänslighet, men tack och lov reagerar han inte på lampor eller annan elektricitet som man visst ska göra då? Erik får yrsel, konstig känsla i huvudet, det flimrar för ögonen när han försöker jobba vid datorn. Men han kan reagera på liknande sätt vid många intryck som höga ljud, mycket folk, stress i omgivningen. Han kan inte koncentrera sig, han är rädd att han aldrig ska få tillbaka sin funktionsförmåga eller tankekapacitet igen, han som älskade sitt jobb! Han har lärt sig på stress-KBTn att försöka känna efter mer i kroppen och ta det lugnt när han känner symptomen. Det gick bra till en början men nu är det som en ständig stress i kroppen hela tiden. Han måste bli helt sjukskriven igen. Han är väldigt negativ till medicinering, vill hellre ta naturpreparat.*

**Vad tänker ni om detta? Är diagnosen klar? Det verkar ju som Erik har fått behandling med KBT och arbetsinriktad rehabilitering. Vad kan ni göra?**

Vid akutbesöket hinner du inte så mycket mer än att lyssna och det landar i en 100 % sjukskrivning och ett snart återbesök.

Det visar sig att Erik är noggrant utredd somatiskt, han insjuknade väldigt akut nästan som en stroke och har sökt mycket vård, både ögonläkare och neurolog och är därför nästan överdrivet utredd innan FHV tog över rehabiliteringen. Du ber Erik berätta mer om sig själv och insjuknandet för ett år sedan. Det visar sig att han var helt frisk tidigare, allt var väldigt bra. Erik trivdes med sitt jobb även om han nu i efterhand har förstått att han nog arbetade för mycket. Plötsligt en dag i bilen på väg mellan kundbesök fick han yrsel, konstig känsla i huvudet och kände sig tvungen att stanna bilen. Det gick över efter en stund, men sedan fick han nya liknande attacker och förstod att han måste vara utbränd, för det hade han ju läst om så mycket i media. Erik blev väldigt rädd för det stod ju också att stress kan ge hjärnskador och att det tar lång tid tills man blir bra – om någonsin?

**Hu tänker ni nu? Stämmer beskrivningen in på något annat?**

Beskrivningen stämmer in på ett typiskt insjuknande i paniksyndrom, oväntade attacker, rädsla för nya attacker. Erik har dessutom fått lära sig ökad vaksamhet på kroppen, vilket kan ha försämrat symtomen ytterligare. Du har inte så mycket tid så du frågar bara panikmodulen i M.I.N.I, när du börjat misstänka diagnosen. När du frågar om han hade hjärtklappning, andnöd, svettiga händer, tankar om att tappa kontrollen mm så nickar han förvånat och frågar hur du visste det? Det har ingen frågat honom förut. Erik känner igen sig i kriterierna och känner sig lättad över att ha fått en förklaring som stämmer så väl på hans insjuknande och symptom. Erik får en första psykoedukation av dig, d v s en information om vad panikattacker är, att de inte är farliga och att ångesten går ner efter en stund om man bara avvaktar. Han får boktips men nappar på internet-KBT. Han vill försöka börja jobba 50 % igen och snappar snabbt upp att han kan träna bort ångesten genom att utsätta sig för den. Ni tränar hyperventilation tillsammans vid nästa besök, för han tycker det känns obehagligt att göra det på egen hand.

Vid uppföljning efter sex månader är Erik åter i 100 % arbete, ingen anpassning längre. Han har känt av ångest och kroppsliga symptom vid ett tillfälle, men då tänkte han "kom an då ångest!" och hyperventilerade lite, sedan försvann det. Han tycker fortfarande om att göra

qigong, men mer som livsstil, inte som ett undvikande säkerhetsbeteende för att lugna ner sig.

**Fallet Erik belyser hur viktigt det är med rätt diagnos, och att vi faktiskt kan skada våra patienter även med "ofarliga" metoder som avslappning, sjukskrivning och i det här fallet felaktiga förklaringsmodeller.** Erik hade sannolikt inte behövt bli så sjuk om han hade fått rätt diagnos och psykoedukation från början. Han har blivit en solskenshistoria nu, men det hade lika gärna kunnat sluta som en sjukersättning och boende på landet för att komma undan stress, el och datorer. Erik hade i sin behandling lärt sig att undvika panikattacker, han är därför ett typiskt fall för den sista kurvan i figuren i behandlingsdelen med hög ständigt pågående ångest utan några "panikspikar" längre. Det är vanligt att patienter rapporterar om de besvär som skrämmer dem mest, i Eriks fall var det de "cerebrala" symptomen. Hade han haft hjärtkärlsjukdom i släkten hade han kanske blivit mer skrämmd av symptomen av tryck i bröstet och hjärtklappning, som nu kom fram först vid strukturerad intervju. Han ter sig efter ett år nästan som en GAD med en ständigt hög okontrollerbar ångestnivå och vaksamhet på kroppsliga signaler. Det kan försvåra diagnostiken, så där är det viktigt att utröna hur det hela började. Det är ingen GAD för ångesten i Eriks fall är inte generaliserad, den är fokuserad på rädslan för attacker och konsekvenser för det. Erik utvecklade inte någon typisk agorafobi, utan mer en stress-, dator- och ljudfobi kopplat till symptomen.

## Uppgift om jävsförhållanden

Författaren har via eget bolag haft konsultuppdrag för Socialstyrelsen, SBU och Försäkringskassan, samt arbetar som kursledare och föreläsare för Provinsialläkarstiftelsen, Kursdoktorn m fl oberoende kursgivare. Inga jävsförhållanden med läkemedelsföretag eller andra intressen.

Patienterna i patientfallen heter alla något annat, men är tagna ur verklighetens klinik på vårdcentral.

## Boktips, "allmänna" 2015

**Farm, Larsson, Wisung:** Fri från oro, ångest och fobier

**Leander, af Winklerfelt:** Hej Ångest! Körskola till livet

**Wadström:** Sluta älta och grubbla, KBT vid depression

**Susanne Jernelöw:** Sov gott! (Sömn-KBT)

**Åsa Nilsson:** Vem är det som bestämmer i ditt liv? (Mindfulness)

**Anna Kåver:** Att leva ett liv – inte vinna ett krig (Mindfulness)

## Boktips diagnosspecifika, guidad självhjälp från psykologerna Gustavsbergs VC, 2015:



**Freeman, DeWolf:** De 10 dummaste misstagen klyftiga personer gör och hur man undviker dem.

**Andersson, Bergström, Holländare, Lenndin, Vernmark:** Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi. Ett effektivt självhjälsprogram

**Fullmark, Holmström, Sparthan, Carlbring, Andersson:** Social fobi – effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi.

**Asplund, Rosengren:** Fri från tvång – steg för steg med kognitiv beteendeterapi.

**Carlbring, Hanell:** Ingen panik – Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi.

**Öst, Salomonsson:** Tillämpad avslappning – En självhjälsmanual vid generaliserad ångest.

**Hedman, Linde m fl:** Tänk om jag är sjuk! Fri från hälsoångest med kognitiv beteendeterapi.

## **Internetsidor för mer utbildning, lästips:**

**Kunskapsguiden.se:** Nationellt samarbete mellan Socialstyrelsen, SBU, Läkemedelsverket m fl myndigheter och hålls uppdaterad. Här finns en flik för psykisk ohälsa. Under 2016 kommer en webbutbildning om MINI med filmer och seminarieuppgifter att arbeta med enskilt eller i grupp.

**Psykiatristod.se:** Innehåller vårdprogram för psykiatriska sjukdomar från psykiatrin i Stockholms län (SLL).

Nationellt kunskapsstöd är på gång som bygger på Viss.nu från SLL och Fakta.se från Jönköpings län som även går att använda nationellt.

## **Referenser**

1. SBU. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport nr 212. ISBN 978-91-85413-52-2.
2. Pettersson A. Use of a structured interview to support diagnosis of depression and anxiety disorders in primary care. 2017.openarchive.ki.se
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depressions- och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Artikelnummer: 2017-12-4. ISBN: 978-91-7555-436-5
4. Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. Pettersson, Agneta ; Boström, Kristina Bengtsson ; Gustavsson, Petter ; Ekselius, Lisa. Nordic journal of psychiatry 2015, Vol.69(7), pp.497-508

5. American Psychiatric Association.(2015). MINI-D 5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Pilgrim Press: Danderyd.
6. SBU. Internetförmiddlad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU Alert-rapport nr 2013-02. ISSN 1652-7151.
7. SBU. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. Rapportnr: 211 • ISBN 978-91-85413-51-5 • ISSN 1400-1403
8. SBU. Depression och äldre: En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 233.
9. Jennita Reefhuis. Specific SSRIs and birth defects: bayesian analysis to interpret new data in the context of previous reports. *The British Medical Journal*, publicerad online 8 juli 2015. DOI: 10.1136/bmj.h3190.
10. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Vägledning för sjukskrivning. Reviderad 2018. Artikelnummer: 20180628
11. SBU. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 242. ISBN 978-91-85413-86-7.
12. Bo Runeson et al "Suicide after previous non-fatal self-harm: National cohort study 2000 – 2008", *Journal of Clinical Psychiatry*. Publicerad online 4 augusti 2015 [dx.doi.org/10.4088/JCP.14m09453](https://doi.org/10.4088/JCP.14m09453)
13. Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Artikel nr: 2003-123-18. ISBN 91-7201-786-4
14. 13. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningsyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 223. ISBN 978-91-85413-64-