
PSYKOPATOLOGI

en introduktion till psykiatrisk diagnostik

Göran Eberhard 1990



PSYKOPATOLOGI

en introduktion till psykiatrisk diagnostik

Göran Eberhard 1990

innehåll

förord	sid 3
inledning	4
indelning av psykiska störningar	5
etiologi och patogenes	8
1. Genetiska faktorer	8
2. Somatiska faktorer	9
3. Psykologiska faktorer	9
4. Sociokulturella faktorer	11
5. Multidimensionell etiologi	12
psykiska symptom	13
1. Allmänt beteende	14
2. Motoriska symptom	14
3. Emotionella symptom	15
4. Perceptuella symptom	17
5. Kognitiva symptom	19
6. Somatiska symptom	21
den diagnostiska processen	22

förord

Denna lilla bok, som nu föreligger i sin fjärde, reviderade och recidiverande upplaga, är resultatet av kunskapstörstande studenters krav på stringenta definitioner inom psykiatrin. "Utan en distinkt begreppsapparat riskerar psykiatrin att likna en seglats utan sjökort" har någon gammal klok kliniker formulerat behovet av en väldefinierad terminologi. Det är min förhoppning, att boken skall kunna tjäna som en introduktion i undersökning och diagnostik inom det fascinerande område som psykiatrin utgör, även om det är svårfångat och ofullständigt utforskat. Å andra sidan – om vår hjärna vore så enkel att vi förstod hur den fungerar, då hade vi ju haft en så enkel hjärna, att vi inte skulle kunna förstå hur den fungerar.

Liksom tidigare har AB Leo – nu i ny större skepnad som Kabi Pharmacia AB – hjälpt mig att trycka boken i en större upplaga än som eljest varit möjligt, vilket jag är varmt tacksam för.

Malmö i oktober 1990

Göran Eberhard

inledning

Psykiatri avhandlar störningar i människans mentala funktioner, antingen dessa störningar tar sig uttryck i för individen själv besvärande obehag eller symptom eller de präglar hans relationer till omgivningen på ett sådant sätt, att han av sin omgivning uppfattas som mentalt störd eller sjuk. Redan denna enkla definition antyder relativiteten i sjukdomsbegreppet; psykisk sjukdom bör i princip alltid ses i ett socialt sammanhang, och vid behandling av psykiska sjukdomar bör likaledes stor hänsyn tagas till den sjukas sociala miljö.

Relativiteten i sjukdomsbegreppet är i och för sig inte någonting unikt för psykiatri, men måhända är avgränsningen mellan normalt och patologiskt något svårare att upprätthålla inom psykiatri än inom den somatiska medicinen, sannolikt därför att psykiatri i större utsträckning än andra discipliner bygger på subjektiva iakttagelser och bedömningar och därmed även involverar bedömarens själv, d v s hans personlighet och hans referensram. Att den psykiatriska bedömningen i hög grad är subjektiv, såtillvida att den bygger på skattningsförfarande, innebär självfallet inte att den därför behöver vara mindre reliabel, endast att den ställer högre krav på bedömarens psykiaters personliga erfarenhet och omdöme samt att denne själv är medveten om sin referensrams relativa position.

Till sin hjälp har psykiatri emellertid en rad mer eller mindre objektiva instrument i form av t.ex. EEG, sömn-EEG, datortomografi (CT), positronemissionstomografi (PET) och olika neuroendokrina tests, men också av testpsykologiska och andra metoder

med varierande diagnostisk validitet. Psykiatriens närmaste gränsdisciplin – fränsett neurologi och andra närliggande medicinska specialiteter – är sålunda psykologin, framför allt den kliniska psykologin. Av övriga icke medicinska vetenskaper bör nämnas sociologi, pedagogik, statistik och genetik, vilka ämnesområden liksom den allmänna psykologin är av betydelse för psykiatri, inte minst vad gäller utforskandet av orsakerna till psykiska sjukdomar och abnormiteter.

Man bör strikt skilja psykiatri från medicinsk psykologi, som avhandlar de psykologiska aspekterna på sjukdom överhuvudtaget – somatisk såväl som psykiatrisk – och på förhållandet mellan patienten och läkaren. Genom att psykiatri i förhållandevis större utsträckning studerar psykologiska (psykogen), interpersonella och sociala faktorer inverkan på individens hälsa, har psykiatri emellertid i hög grad kommit att uppmärksamma medicinskt-psykologiska problem inom sjukvården och även att initiera och tillsammans med företrädare för somatiska discipliner beakta sådana problem. Som ett speciellt område inom den medicinska psykologin avgränsas ofta den s k psykosomatiska medicinen, vilket dock ur principiell synpunkt är artificiellt, eftersom alla sjukdomar har både en somatisk och en psykologisk aspekt.

I motsats till medicinsk psykologi är psykiatri sålunda en egen medicinsk disciplin, vilkens innehåll kan definieras som läran om de psykiska störningarna, deras orsaker, uttrycksformer, behandling och prevention.

indelning av psykiska störningar

De psykiska störningarna kan indelas dels i egentliga **sjukdomar**, karakteriserade av en utveckling eller ett varierande förlopp, dels i **abnormtillstånd** av mer eller mindre stationär art. Gränsdragningen mellan dessa båda slag av störningar är, liksom inom den övriga medicinen, icke helt entydig, eftersom en sjukdom kan leda till ett stationärt abnormtillstånd, som i sin tur kan utgöra underlag för en sjukdomsutveckling. Bakom en aktuell psykisk sjukdom kan ofta spåras en lång och komplicerad orsakskedja, vars alla detaljer icke sällan är omöjliga att retrospektivt klarlägga. Egentligen vore det mera korrekt att tala om **psykiatriska sjukdomar** än om psykiska, eftersom det avgörande är om sjukdomen – oberoende av dess etiologi och symptombild – bör bli föremål för psykiatrisk behandling eller ej (jämför uttrycket kirurgiska sjukdomar). De psykiska sjukdomarna brukar indelas i psykosor (sinnessjukdomar) och

neuroser eller insufficienser (nervösa besvär). Uttrycket **psykos** används för att beteckna ett tillstånd präglat av en bristande förmåga till realitetsvärdering. En psykotisk person väntar verkligheten, varav bl a följer, att han i princip saknar sjukdomsinsikt. En psykos brukar omfatta större delen av personligheten, d v s ingriper i hela det psykiska livet. I motsats därtill karakteriseras en **insufficiens** av att större delen av personligheten fungerar normalt samt av att realitetskontakten är bevarad. Därav följer att sjukdomsinsikt förefinns. En psykisk insufficiens kan uppfattas som en bristande balans mellan de krav som ställs på individen och individens förmåga att uppfylla dessa krav. Man bör skilja mellan neuroser och insufficiens. Begreppet insufficiens används först då det föreligger en **dekompensation** hos en neurotisk (eller normal) personlighet. Ju mer sårbar individen är, desto mindre påfrestningar krävs i regel för att utlö-

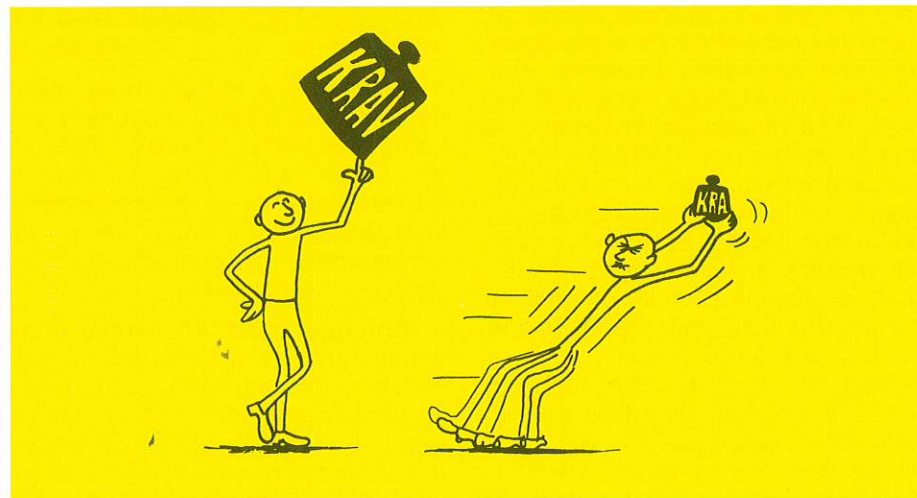


Fig 1. Vissa personligheter klarar av stora yttre krav utan att svikta, medan andra blir insufficianta redan av till synes obetydliga påfrestningar.

sa en insufficiens. En faktor av största betydelse för utformningen av en psykisk insufficiens är därför individens premorbida **personlighet**. Personlighetsdiagnostiken intar sålunda en mycket viktig plats i det kliniska arbetet. (Figur 1.)

Abnormtillstånden brukar indelas i sådana som företrädesvis drabbar de intellektuella funktionerna och i sådana som huvudsakligen omfattar den emotionella sfären. Om det gäller en primär intellektuell utvecklingsstörning, talar man om **oligofreni** (sinnesslöhet), medan man med **demens** betecknar en sekundär reduktion av de intellektuella funktionerna. På motsvarande sätt talar man om **immaturitet** (omognad) av olika slag vid en primär emotionell utvecklingshämning och om **defektutveckling** (avtrubning) vid en sekundär reduktion av övervägande emotionell art.

Stora svårigheter föreligger att enas om en deskriptiv terminologi för de olika emotionella störningarna. Skälet därtill är sannolikt, att man här rör sig med ytterst subtila begrepp och definitioner och stort utrymme ges åt olika psykiatriska skolor att framhäva olika sidor av personligheten och individens beteende som särskilt betydelsefulla. Grovt sett kan man skilja mellan karaktärsneuros å ena sidan och psykopati å den andra. **Karaktärsneurotiska** drag kan definieras som sådana fast organiserade personlighetsdrag, som medför hämningar och inskränkningar i individens förmåga till produktivitet och ett harmoniskt känslomässigt utlevande, medan **psykopati** karakteriseras av motsatsen, d v s av bristande kontroll över driftsimpulser (impulseridningen personalities) och en oförmåga till lojalitet och gruppidentifikation. Karaktärsneurotikern är i motsats till psykopaten abnormt sårbar för även obetydliga yttre påfrestningar i sina

relationer till andra personer. Den premorbida personligheten spelar en stor roll inte endast därigenom att vissa personlighetsdrag kan göra individen speciellt känslig för påfrestningar (konflikter, motgångar, besvikelser etc), utan också därigenom att personlighetspsykologiska särdrag i hög grad kan "färga" sjukdomsbilden vid även svåra psykiska störningar och på så sätt ge upphov till differentialdiagnostiska svårigheter. Här skall endast ges några exempel på sådana särdrag.

– **Dependentia** drag: osjälvständighet, benägenhet att "klänga fast" vid andra, oförmåga att "stå på egna ben", att ta ställning, fatta beslut etc. Sådana drag ses ibland i kombination med de rakt motsatta: en strävan att till varje pris och i alla situationer hävda en oberoende attityd.

– **Histrioniska** (hysteroida) drag: inställsamhet, flyktighet, egocentricitet och subjektivitet, ofta med en provocerande och demonstrativ attityd till omgivningen samt en tendens till ett visserligen charmerande men inte sällan oäkta och dramatiskt beteende med inslag av affektlabilitet och manipulation.

– **Kompulsiva** (tvångs-)drag: pålitlighet och saklighet med överdriven korrekthet och artighet, petighet gränsande till pedanteri, tendens till självutslätning samt ett strikt kontrollerat beteende med benägenhet för intellektualisering på bekostnad av spontana känslouttryckningar.

– **Antiaggressiva** (eridofoba) drag: benägenhet för ängslan och skuld-känslor i förening med en oförmåga att hantera egna och andras aggressioner, att "stå på sig" och hävda sin rätt samtidigt med en tendens att retinera sina aggressiva känslor till explosiva utbrott "på fel tid och plats" och en olust inför alla former av våld.

– **Depressiva** (självnedvärderande) drag: en mer eller mindre kronisk pessimistisk och överdrivet självkritisk inställning med benägenhet att tolka allting som misslyckanden och tecken på oduglighet hos den egna personen, även i sådana fall, då objektiva kriterier på motsatsen föreligger.

– **Sensitiva** (självosäkra) drag: en utpräglad sårbarhet i sociala situationer med tendens till spänning, tremor, vasolabilitet och osäkerhet inför andra, ofta i kombination med en noli-me-tangere-attityd och ibland även med en abnorm kritik känslighet och benägenhet att feltolka banala yttranden, gester och liknande.

– **Paranoida** drag: överdriven misstänksamhet, tendens till fanatism, kverulans och rättshaveri, att "skylla ifrån sig på andra", snarstuckenhet, bitterhet, brist på humor och självkritik och en benägenhet för ogrundad svartsjuka.

– **Schizoida** drag: kylighet, avsaknad av emotionellt engagemang, tendens till en abstrakt, formell och distanserande attityd gentemot andra liksom en tydlig kantighet och brist på personintresse, vittnande om en kontaktstörning.

– **Affektiva** drag: utpräglad värme, tyngd och djup i affekter och emotioner, hjärtlighet, personintresse och sällskaplighet, ibland med tendens till tafatthet och en konkret attityd samt med benägenhet för spontana svängningar i stämningläget.

– **Asteniska** drag: försiktighet, osäkerhet, noggrannhet, "låg energinivå", vanebundenhet och spänningsbenägenhet i förening med uttrötbarhet, obeslutsamhet och nedsatt tolerans för jäkt och "stress" samt ängslan för alla förändringar i tillva-ron.

– **Narcissistiska** drag: överdriven uppfattning om den egna personens betydelse i kombination med en uppmärksamhetskrävande attityd, en karriärisk strävan efter framgång, ofta i förening med en kyligt nedlåtande attityd till andra.

Denna uppräknade utgör endast ett urval bland många särdrag och då kombinationer mellan de uppräknade dragen dessutom är vanliga, inses lätt, att variabiliteten i den kliniska framtoningen kan vara oerhört stor. Se figur 2.

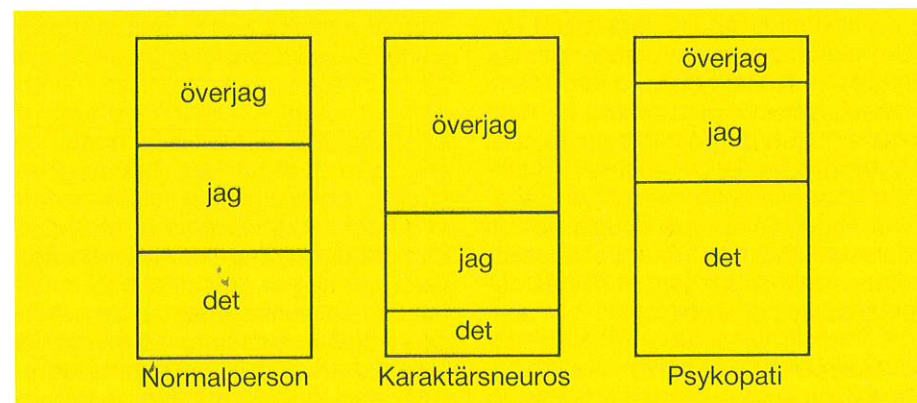


Fig 2. Hos normalpersonligheten råder en balans mellan detet (driftimpulserna), jaget och överjaget (samvetet) enligt psykoanalytisk terminologi. Hos neurotikern dominerar överjaget i motsats till vad som är fallet vid psykopati.

etiologi och patogenes

Ur strikt logisk synpunkt är flera modeller tänkbara som förklaring till en sjukdoms etiologi och patogenes. I det enklaste fallet finns en enkel orsaksfaktor, som alltid och oundvikligen leder till ett visst bestämt resultat, en sjukdomsbild. Det är emellertid också tänkbart, att en enkel orsaksfaktor kan leda till multipla och olika konsekvenser, och att dessa kan vara betingade av långa utvecklingskedjor. En tredje tänkbar möjlighet är att ett och samma slutresultat kan nås på olika vägar, och att dessa vägar kan vara betingade av enkla eller multipla faktorer. Slutligen har vi möjligheten av en *circulus vitiosus*, i vilken ett visst led kan vara både orsak och verkan (exempel: Ett svårkontaktat barn blir utstött ur sin kamratkrets, vilket resulterar i att det blir mera slutet och drar sig undan, vilket i sin tur leder till ytterligare minskad popularitet hos kamraterna etc.).

Det skall betonas att psykiska sjukdomar och störningar ofta är en följd av en interaktion mellan multipla orsaksfaktorer, vilka kan ha ett positivt såväl som negativt inflytande, och i all synnerhet gäller detta för lättare insufficienser och abnormiteter. Ju grövre sjukdomsbild, desto större anledning har man att räkna med ett mindre komplicerat orsaksförlopp. Följande grupper av etiologiska faktorer skall nämnas, nämligen genetiska, somatiska, psykologiska och sociokulturella, av vilka de tre sistnämnda kan sägas utgöra miljöfaktorer i vidaste bemärkelse.

1. Genetiska faktorer

De ärftliga anlagen spelar en utomordentligt stor roll för uppkomsten av psykiska sjukdomar och abnormiteter. Man måste dock självfallet ha

klart för sig, att inga anlag manifesteras oberoende av en yttre miljö, lika lite som miljön utövar ett inflytande oberoende av en individs anlag. Ett drag kallas ärftligt, om större delen av variationen inom en befolkning är relaterad till skillnader i genetisk utrustning, medan man talar om miljöbetingade drag i sådana fall, då genetiska faktorer är föga framträdande. Termen **konstitution** är inte identisk med hereditär disposition utan avses i allmänhet inkludera även effekten av tidiga miljöinflytelser – såväl somatiska som psykologiska och sociokulturella – d v s under graviditeten och första levnadsåret.

Biologiskt arv skall givetvis noga särskiljas från s k socialt arv, som innebär ett övertagande av olika normer, levnadssätt, uppfattningar etc från föräldrar eller motsvarande.

Genetiska faktorer har betydelse i två avseenden, nämligen dels för utformningen av individens personlighet (**naturliga anlag**), dels för uppkomsten av vissa sjukdomar (**patologiska anlag**). I båda fallen torde man kunna räkna med möjligheten av polygen ärftlighet, d v s en kumulativ effekt av multipla gener, men för vissa psykiska sjukdomar har kunnat påvisas en enkel mendelsk ärftlighetsgång av dominant eller recessiv typ; särskilt gäller detta vissa former av oligofreni. Det bör emellertid understrykas, att anlag för en viss sjukdom inte nödvändigtvis innebär att individen insjuknar; därtill krävs ofta närvaron av någon precipiterande miljöfaktor. Genetiska effekter kan slutligen också manifesteras sig genom förekomst av kromosomanomalier av olika slag.

De genetiska faktorernas inflytande studeras dels genom analys av familjedata, dels genom tvillingunder-

sökningar av olika slag, dels genom studier av adoptiv- eller fosterbarns förhållande till sina biologiska föräldrar. Samtliga dessa metoder förutsätter en tämligen sofistikerad statistisk samplingteknik i motsats till genetiska djurstudier, som antingen bygger på selektiv uppfödning av kontrastgrupper eller på framodling av i olika avseenden specifika raser.

2. Somatiska faktorer

Somatiska miljöfaktorer influerar på individens utveckling från konceptionsögonblicket: intrauterint, under förlossningen och därefter under hela livet. I analogi därmed talar man om prenatala, perinatale och postnatala somatiska faktorer. Dessa kan vara av ytterst varierande art, av vilka de viktigaste torde vara följande:

a) **Traumatisk påverkan av hjärnan**, från commotio till hjärnlaceration – i tidig ålder förlossningsskador av olika slag, ofta med intracerebrala blödningar – kan leda till övergående mentala störningar eller i svårare fall till kroniska förändringar i form av en grav intellektuell och/eller emotionell utvecklingsstörning (oligofreni, demens etc.).

b) **Annan fysikalisk påverkan av CNS** – t ex röntgenbestrålning under fosterstadiet, degenerativa processer, cirkulationsstörningar och tumörer senare i livet – kan leda till bestående störningar av högst varierande art, både intellektuell retardation och emotionella rubbningar av mer eller mindre genomgripande slag.

c) **Infektiösa processer**, särskilt sådana som angriper hjärnan och hjärnhinnorna, d v s encephaliter och meningiter, men även allmäninfektioner som tyfus, difteri m fl, kan ge upphov till övergående konfusoriska psykoser. Även mera banala infektioner såsom sinuiter, otiter, tonsilliter samt influensa och andra virusjukdomar orsakar inte sällan neuraste-

niska insufficienstillstånd av varierande grad. Vissa infektioner under fosterstadiet – framför allt rubeola, cytomegalovirus (CMV), lues och toxoplasmos – kan leda till hjärnskador med en bristande intellektuell utveckling som följd.

d) **Toxisk påverkan av hjärnan** kan vara exogen (alkohol, medikamenter, industriella gifter av olika slag etc) eller endogen, d v s betingad av en sjukdomsprocess utanför CNS (thyreotoxicos, uremi, porfyri etc) och kan ge upphov till högst varierande psykiska symptom. En prenatal förgiftning kan i vissa fall ge upphov till hjärnskador.

e) **Briststillstånd** av olika art kan ha betydelse för uppkomsten av psykiska störningar. Det kan röra sig om brist på proteiner, vitaminer, glykos, syrgas, sömn o s v. Brist på vissa vitaminer, särskilt B-komplexet, kan resultera i ett organiskt demensliknande syndrom. Hypoxi kan ge upphov till bestående hjärnskador – inte minst asfyxi i samband med partus – och långvarig sömnbrist kan leda till irritabilitet, hallucinatoriska episoder och paranoidea reaktioner etc.

f) **Annan biologisk "stress"**, d v s situationer i vilka individen utsätts för alltför snabba och stora påfrestningar i förhållande till sin adaptiva förmåga, kan utgöra ett precipiterande moment för olika psykiska störningar, framför allt för uppkomsten av vissa s k psykosomatiska sjukdomar, men också för akuta förvirringstillstånd och liknande (jämför Selyes allmänna adaptationssyndrom).

3. Psykologiska faktorer

De psykiska sjukdomarna torde liksom många somatiska, fra de psykosomatiska sjukdomarna, vara influerade av psykologiska miljöfaktorer av olika slag. Med psykologiska eller psykogena faktorer avses dels intra- och interpersonella konflikter,

besvikelser, sorger, motgångar och svårigheter etc, men också andra s k psykologiska stressfaktorer, som kan vara av betydligt mera subtil och svåridentifierbar art. Exempel på de sistnämnda är situationer innebärande val mellan olika otillfredsställande alternativ, osäkerhetsskapande situationer, långvarig frustration, situationer innebärande deprivation och isolering, situationer som medför överkrav på individen etc.

Frustrationer kan vara av olika slag: direkta yttre hinder för uppnåendet av ett mål, otillräckliga personliga resurser i förhållande till individens ambitioner, konflikter mellan olika behov, av vilka ett ej kan tillfredsställas utan att det andra frustreras etc. Åtskilliga kunskaper på

detta område har vunnits genom inlärningspsykologiska experiment på såväl djur som människor. Studier kring sambandet mellan livshändelser ("life events") och sjukdom har också bidragit därtill.

Akut verkande psykologiska faktorer omfattar framför allt s k psykiska traumata (objektsförlust, motgångar m m), och individens svar på ett sådant trauma brukar betecknas som en **reaktiv insufficiens** eller **reaktiv psykos**, om svaret är mera uttalat än vad som normalt är rimligt. Inte sällan övervärderas den etiologiska betydelsen av sådana traumata, särskilt av individen själv och hans anhöriga. I synnerhet långvariga eller ofta återkommande reaktiva insufficienser utlösta av lindriga traumata

kan sägas indikera en ökad vulnerabilitet hos personligheten, t ex i form av en karaktärsneurotisk störning. Någon skarp gränsdragning mellan normala och patologiska reaktioner är i dessa fall ej möjlig att göra. En normal reaktion brukar man beteckna som en **krisreaktion** (posttraumatiskt stressyndrom), som ofta men långtifrån alltid har ett karakteristiskt förlopp med olika faser. Specifika drag i personligheten, t ex av neurotisk art, kan emellertid medföra en abnorm sårbarhet för speciella upplevelser och därmed ett annorlunda förlopp. I sådana fall talar man ofta om en **överdeterminerad** reaktion. Se f.ö. figur 3.

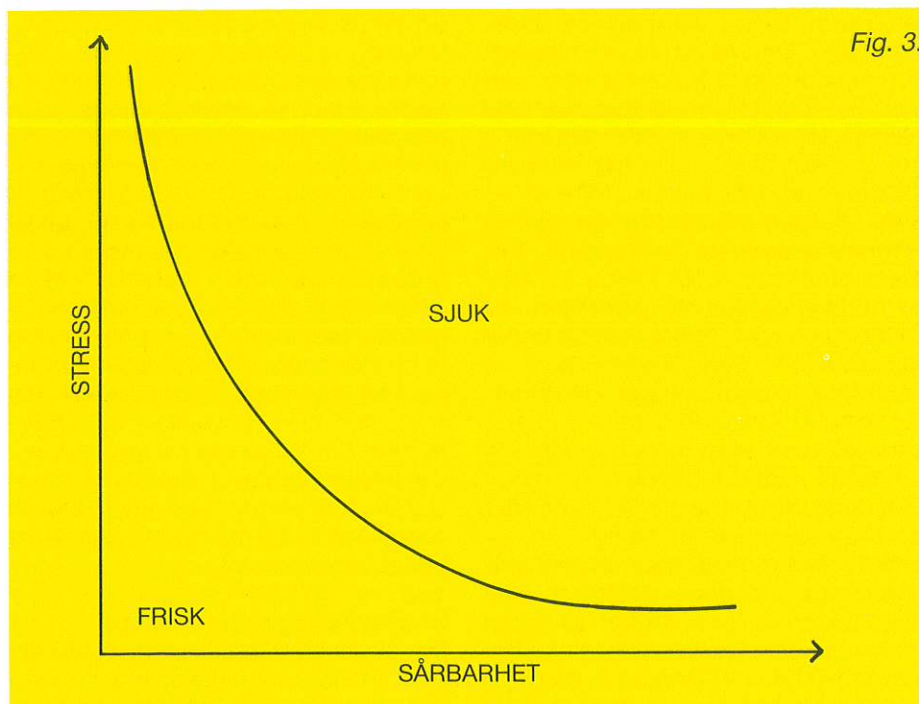
Subakut eller kroniskt verkande psykologiska faktorer omfattar framför allt olika former av frustrationer, konflikter och andra stressmoment, vilka inte minst berör individens relationer till andra människor. I många fall spelar tidiga barndomsupplevelser säkerligen en stor roll för uppkomsten av dylika reaktioner, eftersom barnets förhållande till **nyckelpersonerna** (föräldrar, syskon m fl emotionellt betydelsefulla personer) kan sägas utgöra en modellsituation för hans reaktioner inför andra personer senare i livet. Individens ålder och hans grad av mognad har utomordentligt stor betydelse för hans svar på olika upplevelser av likartad intensitet. Tidig emotionell deprivation eller stress ger i allmänhet svårare konsekvenser för individen. Inte minst har etologerna på grundval av präglingförsök på olika djurarter framhållit vikten av kritiska utvecklingsperioder, då upplevelsen av och präglingen till vissa objekt kan ge högst markanta effekter på individens senare beteende. Oftast krävs en ingående anamnestic penetration för att avslöja dessa tidigt verkande faktorer, då individen i allmän-

het inte kommer ihåg eller inte är medveten om deras betydelse. Vidare bör nämnas andra etiologiska faktorer inverkan i detta sammanhang, möjligheten av "miljöval" o s v. Självfallet är det ofta omöjligt att renodla tidiga miljöpåverkningar från andra konstitutionella faktorer.

4. Sociokulturella faktorer

Människan är inte endast en biologisk varelse utan också en individ i ett socialt sammanhang och låter sig följaktligen influeras av sociala och kulturella faktorer. Ett exempel på detta är utvecklingen av dominans contra submissivitet visavi andra individer i gruppen, samhället etc. Ett sådant beteende är icke specifikt för homo utan påträffas hos alla grupplevande djurarter. Mellan de olika individerna utbildas en rangordning, vilken har åtskilliga funktioner, men som framför allt gäller fördelningen av sådana ting, som individerna har begränsad tillgång till, såsom sexualpartners, revir, föda m m. Även om många sociala relationer sålunda präglas av **konkurrens** i olika avseenden, så förefinns i de flesta samhällsstrukturer också någon form av Kooperation och konformitet med för gruppen eller samhället ifråga specifika värderingar eller **sociala normer**. De flesta samhällen har utvecklat mer eller mindre differentierade former av belöning och bestraffning, vilka accepteras av en majoritet, och åtskilliga exempel kan illustrera det **sociala tryck**, som majoriteten i en grupp kan utöva i konformistisk riktning över en minoritet eller en enskild gruppmedlem. De s k rollförväntningarna bör framför allt nämnas i detta sammanhang.

Åtskilliga sociologiska och epidemiologiska undersökningar har påvisat samband mellan frekvensen av olika psykiska sjukdomar och socialgruppstillhörighet, socioekonomiskt



Stress omfattar allt man utsätts för under sitt liv, dvs alla former av belastning (somatisk och psykologisk), både akut och kronisk sådan.

Sårbarhet omfattar allt man har med sig genom arv och tidig påverkan (somatisk och psykologisk), dvs personligheten och dispositionen.

status, kulturella faktorer etcetera. Med största säkerhet är dessa dock huvudsakligen uttryck för migrationsfenomen, d v s en konsekvens av sjukdomen snarare än en orsak därtill, inte minst vad beträffar psykoserna. Däremot synes kulturella och etniska differenser snarare prägla en sjukdoms innehåll än dess form.

5. Multidimensionell etiologi

Som tidigare påpekats är de flesta psykiska sjukdomar och abnormiteter resultat av en interaktion mellan flera etiologiska faktorer, och den tabellariska framställningen ovan bör

därför kompletteras med en schematisk figur, i vilken också utvecklingen är inkluderad, se figur 4. Det kan inte nog understrykas, att det alltid är fråga om ett "både-och", aldrig ett "antingen-eller". Även psykologiska och sociokulturella faktorer medieras via ett biologiskt substrat, nämligen hjärnan. Avsikten med den psykiatriska **anamnesen** är, dels att så detaljerat som möjligt söka kartlägga etiologiska faktorer av relevans för den aktuella sjukdomsbilden, dels att beskriva denna bild med avseende på debut, sjukdomsutveckling, symptomatologi, förlopp etc.

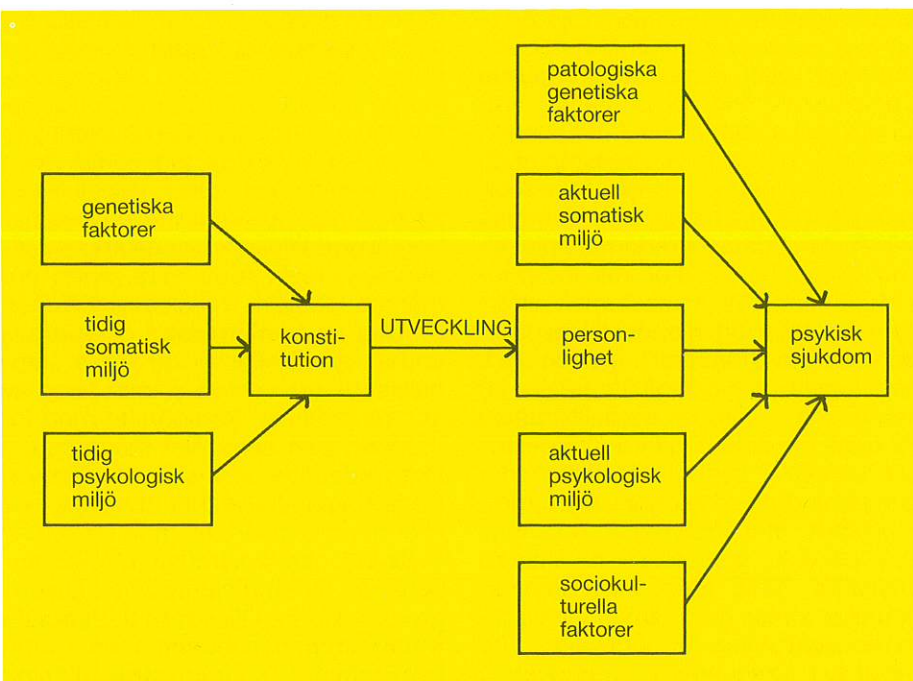


Fig 4. Multifaktoriell etiologi till psykisk sjukdom, en schematisk översikt.

psykiska symptom

Psykiatrisk diagnostik skiljer sig ur principiell synpunkt ej från diagnostik inom andra medicinska discipliner. Diagnosen är inget självändamål i sig utan användes fr a som bas för behandling och för prognostisk bedömning. Olika diagnostiska system har använts och används i olika sammanhang, vilket medför betydande problem, inte minst då det gäller att "översätta" forskningsrapporter från en nation eller institution till en annan. Den i Sverige officiella diagnostiken baseras på WHO:s International Classification of Diseases (ICD-9), ett system som är kortfattat och enkelt men som ej rymmer någon fylligare information om väsentliga bakgrundsdata. Det kompletteras numera ofta med ett amerikanskt system, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III-R), som är betydligt mera detaljerat och som tar hänsyn till såväl syndrom, personlighet och eventuella somatiska sjukdomar som till utlösande psykosociala moment och individens aktuella funktionsnivå. Till DSM-III-R har utarbetats ett särskilt strukturerat intervjutöd, Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) och det föreligger också en officiellt accepterad översättningsmanual mellan ICD-9 och DSM-III-R. Endast undantagsvis gäller, att ett syndrom är entydigt korrelerat till en etiologi. Det är därför rimligt att diagnosen åtminstone innehåller två led, av vilka det första utgörs av en sk formal eller deskriptiv diagnos, d v s en beskrivning av det aktuella **syndromet** (t ex psychosis manica, neurosis anxiosa etc). Det andra ledet omfattar en **etiologisk** diagnos, som ofta är av sammansatt slag, men där tyngdpunkten läggs på den dominerande orsaksfaktorn. I de fall, då man inte närmare

kan uttala sig om orsaken till en sjukdom, brukar man rubricera denna som kryptogen eller essentiell, d v s av okänd orsak. Exempel på diagnoser är följande:

- Psychosis depressiva reactiva per trauma mentale
- Neurosis anxiosa et phobica
- Psychosis confusionem post commotio cerebri
- Schizophrenia paranoides.

Jämför med följande:

- Stenosis valv. mitral. post febris rheumatica
- Hypertonia essentialis

Man bör skilja mellan symptom, syndrom och sjukdom. Underlaget för en strikt sjukdomsklassifikation är inom medicinen inte sällan ofullständigt. Däremot är det som regel väl motiverat att beskriva syndrom, d v s symptomkonstellationer, som erfarenhetsmässigt hör ihop och som utgör en grund för behandlingsstrategi och prognostisk bedömning. Som regel gäller, att ju grövre tillståndet är, desto enhetligare är den kliniska bilden. Den följande beskrivningen avser enskilda symptom. Vissa av dessa kan vara ytterst specifika eller t o m patognomona för ett välväransat syndrom eller för en viss sjukdom, medan andra är allmänt förekommande och kan ingå i flera olika syndrom eller sjukdomar.

I analogi med upplevande och beteende talar man om subjektiva och objektiva symptom. De **subjektiva** symptomen grundar sig på individens upplevande och är i princip anamnesticiskt åtkomliga endast genom den verbala beskrivning individens lämnar. Åtskilliga subjektivt upplevda symptom kan dock avspegla sig i individens beteende och är såle-

des möjliga att bedöma även genom icke-verbal kommunikation. De i strikt mening **objektiva** symptomen motsvarar individens utifrån iakttagbara beteende, och ett **psykiskt status** kan sägas utgöra en mer eller mindre standardiserad registrering av en rad olika beteendekvaliteter samt ett försök till tolkning av individens bakomliggande upplevelser. Även om reliabiliteten i bedömningen av enskilda drag kan vara tämligen hög, blir tolkningen ofta behäftad med felaktigheter. Ett sätt att motverka dessa är att låta olika undersökare oberoende av varandra bedöma en patient vid samma tillfälle eller att låta samma undersökare bedöma patienten vid olika tillfällen. Därigenom kan fluktuationer över tiden, t ex dygnsvariationer, registreras. I klinisk praxis arbetar man oftast på detta sätt, inte minst i form av en kontinuerlig observation av patienter på en vårdavdelning.

De olika delfunktioner, som brukar ingå i ett psykiskt status är följande:

- 1) allmänt beteende
- 2) motoriska symptom
- 3) emotionella symptom
- 4) perceptuella symptom
- 5) kognitiva symptom
- 6) somatiska symptom.

Dessa kommer att redovisas nedan med en rad olika psykopatologiska exempel.

1. Allmänt beteende

Den psykiatriska undersökningen börjar redan vid den första kontakten med patienten. Man noterar, om patienten kommer i tid till konsultationen eller ej, om han hittar rätt eller ej etc. Man beskriver påfallande drag i utseendet, om klädseln är vårdad eller ovårdad, diskret eller utmanande etc. Eventuella vasomotoriska reaktioner noteras: rodnad, svettning o s v. En fördel är, om denna del av status kan ges i form av en fri, "litte-

rär" beskrivning, gärna på normalprosa och med fritt val av variabler, medan den följande beskrivningen görs mera "bunden".

2. Motoriska symptom

Åtskilliga motoriska kvaliteter – psykomotorik inklusive mimik – är av stort kliniskt intresse; detta gäller framför allt följande:

a) Aktivitetsnivå

En generell förlångsamning av den motoriska aktiviteten brukar benämnas **hämning** och ses framför allt vid depressioner; en extrem hämning kallas **stupor** eller **akinesi**. I ett stuportillstånd är patienten helt orörlig, som ett "kולי", vid en moderat hämning allmänt förlångsamrad i hela sitt rörelsemönster, ofta mest framträdande i den mimiska muskulaturen, som då är utslätad och nyansfattig. Kroppshållningen är inte sällan hopsjunken och rörelserna utan "drive". En ökad motorisk aktivitet, **hyperaktivitet**, som bl a ses vid manier, kan ibland taga sig uttryck i en **exaltation** som betecknar ett extremtillstånd, en starkt ökad, icke målinriktad aktivitet – patienten är ständigt i rörelse, ofta i febril verksamhet, farig, fladdrig etc.

b) Tonusnivå

En sänkt muskeltonus brukar betecknas som hypotoni eller **slapphet**, som ibland förekommer i kombination med en **abuli** eller "viljesvaghet". Motsatsen till slapphet är ökad muskeltonus eller **spänning**, som anses vara patologisk, då den omfattar flera muskelgrupper än vad som krävs i den aktuella situationen. Spänning är oftast ett tecken på en ökad psykisk spänning med oro, ångslan, ångest och vegetativa symptom. En motorisk spänning åtföljs ofta av **tremor** (högfrekvent och av låg amplitud), **rastlöshet**,

ibland stegrad till **agitation**, samt av **värk** i olika muskelgrupper, framför allt som huvudvärk orsakad av en spänning i nackens och hjässans muskulatur (oftast bandformig utbredning).

c) Speciella motoriska symptom

Under samlingsbeteckningen **kata-toni** inräknas en rad motoriska störningar, som framför allt förekommer vid schizofreni, men ibland även vid andra tillstånd; t ex **katalepsi** som betecknar ett stelrande i bestämda kroppställningar under avsevärd tid, **flexibilitas cerea**, som innebär att individen låter sig modelleras som en vaxfigur, **stereotypier** och **paramimier**, som betecknar ett monotont upprepande av vissa allmänmotoriska resp mimiska inadekvata rörelsemönster. Repetitiva tvångshandlingar eller **kompulsioner** innebär ett mer eller mindre rituellt upprepande av bestämda handlingar, inte sällan i form av ceremonier, i motsats till **elementära tvångsfenomen** – skrik, harklingar etc. – vilka helt saknar rituellt prägel. Från dessa symptom bör särskiljas begreppet **deshabituering**, som används för att beskriva omvandlingen av ett väl inlärt, högradigt automatiserat handlande till ett rapsodiskt, ibland desorganiserat mönster av på varandra följande delhandlingar. **Manérlighet** används för att beteckna vissa överdrivna, bisarra manér och rörelsemönster hos individen. **Ekopraxi** och **ekolali** innebär ett upprepande av utifrån initierade handlingar respektive ord eller fraser, medan man talar om **verbigeration**, då individen själv initierar ett meningslöst upprepande av enstaka ord eller fraser. **Mutism** är beteckningen på en emotionellt betingad stumhet, medan **afoni** medför viskande tal.

Generella **krampfall** ses vid epileptiska och hysteriska tillstånd, som ibland kan vara mycket svåra att

kliniskt särskilja. "Lokala" kramper ses bl a vid hyperventilationstetani. **Pareser** utan organiskt påvisbart underlag är i princip hysteriska, kan omfatta stora muskelgrupper, i regel funktionella enheter, men utmärkes av bevarade reflexer. Funktionella gångrubbnings rubriceras i sin extrema form som **astasi-abasi** och karakteriseras i lindrigare fall av smalspårig, vacklande gång, under vilken patienten "stöttar väggarna". Kan någon gång förväxlas med **ate-totiska** och med **choreiforma** rörelser. **Tics** definieras som ofrivilliga ryckningar i den mimiska muskulaturen och bör skiljas från **dyskinesier**, som är mera komplexa rörelsemönster omfattande flera muskelgrupper. **Automatism** innebär ett som regel stereotyp, inadekvat och mållöst handlande av varierande komplexitet och är i sin typiska form kombinerad med ett partiellt medvetande.

3. Emotionella symptom

De olika emotionella kvaliteterna har stor klinisk relevans, såväl vid differentialdiagnostik mellan olika psykiska sjukdomsformer som vid personlighetsdiagnostiken i vidaste bemärkelse. Följande emotionella uttrycksformer torde vara av störst intresse:

a) Stämningssläge

Med förstämning menas en mera varaktig avvikelse från den normala sk grundstämningen. Vid förstämning nedåt talar man om **depression** eller i mera uttalade fall om **melankoli**, vid förstämning uppåt använder man beteckningen **hypomani** respektive **mani** beroende på graden av förstämning. Uttrycket **eufori** betecknar en förstämning uppåt men har företrädesvis kommit att användas vid tillstånd av toxisk framkallad förhöjning av stämningssläget. En förstämning nedåt med inslag av irritabilitet och retlighet brukar ofta be-

tecknas som **dysfori**. **Avledbarheten** är ett slags mått på förstämningens omfång; man talar ofta om en kompakt förstämning, då patienten över huvud taget ej kan avledas. En depressiv förstämning, som i regel upplevs som sjuklig av patienten, beskrivs ibland som apati, olust eller som en bristande vitalkänsla; en manisk förstämning upplevs däremot sällan som ett sjukligt symptom förrän i efterhand, d v s sedan stämningssläget normaliserats.

b) **Ångest, ångslan, oro**

Med ångest menas en icke rationellt grundad rädsla, medan däremot en "adekvat" betingad fruktan brukar betecknas som **realångest**. Ångslan och oro används som epitet för lindrigare former av ångest. Ett ångestupplevande i någon form, mer eller mindre uttalat, förekommer vid de flesta psykiska sjukdomar. Mycket ofta är ångesten åtföljd av **vegetativa symptom**, d v s av kroppsupplevelser från sympatikusinnerverade organsystem, från **cirkulationsapparaten** i form av takykardi, palpitationer, tryckkänsla över bröstet, blekhet etc., från **respirationsapparaten** i form av lufthunger och kvävningsskänsla, från **digestionsapparaten** i form av muntorrhet, illamående, krampkänsla i magen etc, från **urogenitalapparaten** i form av täta trängningar till miktion etc. Ångestupplevandet och de vegetativa symptomen är i princip parallellfenomen, två sidor av samma mynt; ibland dominerar den ena sidan, ibland den andra. Vegetativa symptom bör särskiljas från s k **psykosomatiska** eller psykofysiologiska symptom, som förutsätter mer eller mindre bestående patologiskt-anatomiska eller patofysiologiska förändringar i respektive organsystem.

Ångest kan förekomma i attacker, kallas då **paroxysmal** eller **panik-**

ångest, den kan följa en viss **dygnsrytm** eller vara kontinuerlig, **generaliserad**. Om ångesten är knuten till vissa föremål eller fysiska situationer, brukar den betecknas som **fobisk** och i sådana fall kan individen i regel uppnå ångestfrihet genom vissa inskränkningar i sin aktivitetsfär, d v s genom att undvika de ångestprovocerande stimuli. Om de vegetativa symptomen dominerar, kan ångesten ibland rationaliseras såsom varande sekundär till en somatisk sjukdom i respektive organsystem; bli därigenom etableras s k **hypokondrier**, d v s ogrundade farhågor beträffande i och för sig "banala" symptom. En svår kontinuerlig ångest, som ej kan relateras till yttre situationer eller på annat sätt rationaliseras, brukar betecknas som **panångest** och är ibland förenad med en katastrofkänsla. Med **existentiell** ångest avses den basala otrygghet och ångest, som alla – mer eller mindre uttalat – känner inför frågan om tillvarons mening, inför reella hotade katastrofer och inför döden. Denna form av ångest är en del av våra livsvillkor och ligger huvudsakligen utanför psykiatrins område.

Även spänningssymptom kan vara sekundära till ett ångest- eller skräckupplevande (se ovan). Extrema exempel därpå ses vid akuta skräckreaktioner i form av **affektiv stupor** (immobilisering som följd av maximal spänning) eller **exaltation** (se ovan).

c) **Affektspel**

Med affektspel menas de emotionella skiftningarna kring den rådande grundstämningen, d v s de omedelbara, ofta situationsbetingade känsloreaktionerna. Affektamplitudens storlek kan variera; man talar om ytliga eller tunna respektive djupa eller fylliga affekter. Om kraftiga reaktioner utlöses av små stimuli talar man

om **affektlabilitet** och i motsatta fall om **torpiditet**. Med viskösa eller **ixoida** affekter avses en tendens till vidhäftning och uppladdning, medan **affektinkontinens** är en oförmåga att behärska känslorna, som bli a kan taga sig uttryck i en **blödighet**. Affekter kan också vara kyliga eller varma o s v. En lättväckt aggressivitet brukar betecknas som **eretism**. Den **affektiva kontakten** kan beskrivas i analog termer; varm, kylig, avvisande, häftande etc. En viktig aspekt är huruvida affekterna är **adekvata** till situationen eller ej. Med **ambivalens** avses en samtidig förekomst hos individen av motsatta emotioner riktade mot ett och samma objekt.

Överhuvudtaget är observationen av affektspels subtila nyanser en ytterst viktig del av den psykiatriska undersökningen, vilken ger åtskilliga differentialdiagnostiska upplysningar, som ej kan erhållas på något annat sätt; framför allt gäller detta patientens affektiva reaktioner under anamnesupptagandet.

4. **Perceptuella symptom**

Störningar i perceptionen (vareseblivningen) förekommer av många olika slag, och de kan gälla uppfattningen av såväl den yttre omgivningen som individen själv. Det perceptuella förloppet är avhängigt många faktorer, och störningar kan förekomma bli på följande plan:

a) **Medvetande**

En förutsättning för korrekt perception är ett intakt medvetande. Grova kriterier därpå är **orientering** till tid, rum, person och situation. Observera dock, att orienteringen kan vara vacklande även vid normalt medvetande, t ex vid minnes- och inpräglingssrubbingar. Vid normalt medvetande skall man rimligen kunna bilda sig en korrekt uppfattning av allt väsentligt inom och utom sig själv, som

man har förutsättningar och intresse för att fatta. Man talar om olika slag av medvetandestörningar; vanligen brukar man skilja mellan sänkt, grumlat och spaltat medvetande. Ett **sänkt medvetande** är direkt korrelerat till sänkt vakenhet. Vid t ex trötthet och lätt intoxikation (alkohol, sedativa m m) föreligger ibland en fluktuerande vakenhet svarande mot **dåsig**het. En lätt sänkning betecknas som **somnolens**, under vilket tillstånd individen utan svårighet kan väckas till fullt medvetande. En mera uttalad sänkning kallas **sopor**, som kräver starka stimuli för att individen skall bli kontaktbar. Vid en djup sänkning talar man om **coma**, som betecknar en medvetlöshet.

Ett **grumlat medvetande** präglas av olika grad av oklarhet eller förvirring. Ett praktiskt viktigt kriterium på grumlingen är graden av **desorientering** till tid, rum, person och situation. **Oneiroida** tillstånd (drömtillstånd) är en beteckning, som ibland används för att karakterisera en lättare form av grumling, då orienteringen fortfarande är intakt, men då individen upplever en känsla av överklighet, antingen av den egna personen, **depersonalisation**, eller av omgivningen, **de-realisation**. Vid en klart manifesterad förvirring talar man om **konfusion**, medan man använder beteckningen **delirium** vid samtidig förekomst av retningssymptom, som t ex sinnessvillor (se nedan), varvid patienten i regel endast sporadiskt är kontaktbar. Den mest extrema formen av medvetandegrumling brukar betecknas som **amentia**, då individen icke alls är kontaktbar.

Ett **spaltat medvetande** innebär att delar av medvetandet är avskärmat, vilket tager sig kliniskt uttryck i en ofta emotionellt betingad amnesi för vissa bestämda delar av upplevandet. Exempel därpå är olika slag av **dissociativa** tillstånd såsom auto-

matismer, hysteriska psykosor, hypnotisk trance, blackouts etc. Endast en ringa del av de psykiska processerna står under medvetandets kontroll. Därtill kommer det som är **förmedvetet** och **undermedvetet**. Gränserna är flytande och bestäms av den grad av svårighet, varmed innehållet kan bringas till medvetande. Till det undermedvetna "förvisas" sådana minnen, impulser och önsknings, som är oacceptabla och som hotar den psykiska homeostasen genom att framkalla skam, skuld känslor m m. Förvisningsprocessen, som är "automatisk" och i sig själv omedveten, kallas **bortträngning**. Bortträngt material utgöres fr a av infantila minnen, i synnerhet de mest pinsamma, som ibland kan ersättas av **täckminnen** av mera ljus och oskyldig natur. Mycket av det undermedvetna är i tryggt och säkert förvar, annat gör sig påmint i **drömmar**, i **fel handlingar** och i olika neurotiska symptom. Ur praktisk synpunkt kan de undermedvetna processerna vara viktiga att spåra och om möjligt medvetandegöra.

b) Uppmärksamhet

Med uppmärksamhet menas förmågan att koncentrera medvetna tankar på ett objekt eller en idé. Störningar i denna funktion kan taga sig uttryck i förströddhet, oförmåga att fixera uppmärksamheten, eller i koncentrativsvårigheter, oförmåga att bibehålla den under en längre period. **Vigiliteten** är ett uttryck för förmågan att snabbt ställa in sig på nya intryck, medan **tenaciteten** har att göra med förmågan att kvarhålla uppmärksamheten på ett och samma objekt. Denna förmåga är starkt nedsatt vid t ex MBD (**minimal brain dysfunction**) hos barn. Uppmärksamheten kan vara **fokuserad** eller **perifer**; i synnerhet vid en tidig schizofreni föreligger hos individen en oförmåga att "sortera"

bort perifera från mera centrala och väsentliga sinnesintryck, medan däremot tillstånd präglade av rädsla eller ångslan ofta karakteriseras av ett starkt försnävat uppmärksamhetsområde. I fall av **autism** (se nedan) är uppmärksamheten utåt ofta starkt reducerad.

c) Perceptionsförändringar

Förändringar i perceptionen kan taga sig uttryck dels i försvagning eller bortfall av sinnesintryck, dels i förstärkning av intrycken, dels i miss-tolkningar eller kvalitativa förändringar av sensoriska upplevelser. Generellt gäller, att störningarna kan drabba samtliga sinnesmodaliteter.

Bortfall av perception kallas **anestesi** och kan gälla kroppsupplevelser (smärta, beröring, temperatur och proprioception) eller visuella (då i form av blindhet), auditiva (i form av dövhet) och andra förnimmelser. I de fall, då ett organiskt underlag ej föreligger, rör det sig inte sällan om hysteriska symptom.

Förstärkt perception kan vara av högst varierande art och är inte sällan kombinerad med ett **förändrat upplevande** av omgivningen eller den egna kroppen, såsom vid de specifika perceptionsstörningarna vid tidig schizofreni, vilka ses som uttryck för en **deshabituering** av banala sinnesintryck (auditiva, visuella, taktila, proprioceptiva m fl). En förändring av kroppskänslan, **cenestopati**, som ofta förekommer under puberteten, kan leda till hypokondriska farhågor eller vantolkningar (se nedan).

Till egentliga **sinnesvillor** räknas dels **illusioner**, som betecknar fel-tolkningar av sinnesintryck (ett tapetmönster tycks få liv, tinnitus uppfattas som telefonsignaler, klåda som krypande insekter), dels **hallucinationer**, som karakteriseras av sinnesupplevelser utan något yttre stimulus. Vanligast är hörselhallucinationer,

mestadels som röster, men även som ostrukturerade ljudförnimmelser. De kan uppfattas som kommande utifrån men också inifrån individen själv, som t ex kan höra sina egna tankar. Synhallucinationer kan vara ostrukturerade (brandsken, blixtar) men uppträder oftast som bilder, ibland starkt färgade och lysande. Lukt- och smakhallucinationer förekommer ofta kombinerat och tolkas gärna som gas eller gift. Känselhallucinationer tolkas ofta som uttryck för strålning eller annan yttre påverkan. Äkta hallucinationer uppfattas som reella fenomen och kan ej skiljas från normala sinnesintryck, medan **pseudohallucinationer** oftast är mera odifferentierade upplevelser, som kan skiljas från normala perceptioner. Exempel på de sistnämnda är uncinat fits, hypnagoga hallucinationer o s v. **Elementära hallucinationer** betecknar centralnervösa retningsfenomen av varierande slag, t ex aura.

5. Kognitiva symptom

Störningar i de kognitiva funktionerna kan avse dels intellektuella rubbningar inklusive omdömesförmågan, dels formella tankestörningar och dels patologiska förändringar i tankeinnehåll med till följd därav störd sjukdomsin-sikt och förändringar i jaguppfattningen.

a) Intellektuella funktioner

Intelligensen kan sägas bestå av en rad utomordentligt komplicerade funktioner, bland vilka man kunnat särskilja olika **faktorer** mer eller mindre interkorrelerade och även korrelerade till den sk allmänna begåvningen. De ur klinisk synpunkt viktigaste faktorerna torde vara den **verbala** (verbal comprehension), den **induktiva** (general reasoning) och **minnesfaktorn**. En reduktion av den induktiva förmågan med bibehållen

verbal begåvning är signifikativt för ett hjärnskadebeteende (concrete thinking) liksom vissa former av minnesrubbningar, framförallt de som afficerar inpräglingsförmåga och närminne. Ett **konkret** tänkande utmärks av bokstavliga tolkningar, medan ett **autistiskt** (magiskt, paralogiskt, prelogiskt) tänkande karakteriseras av att vara säreget för individen själv, vilket implicerar förändringar i associationsförloppet samt störningar i de språkliga symbolfunktionerna, t ex i form av **neologismer** (ordnybildningar) och **neofraseologi**.

b) Tankeförlopp

Tankeförloppet kan vara förlångsamt; man talar då om **hämning**, eller påskyndat med snabbare associationer, gränsande till **idéflykt**, då tankarna snabbt glider från det ena ämnet till det andra. I allmänhet föreligger en parallellitet mellan den motoriska aktivitetsnivån och hastigheten i associationsförloppet; förändringarna är sålunda kvantitativa med en bibehållen koherens. **Perseveration** innebär, att individen fastnar i en och samma tankegång, vilket kan taga sig uttryck i ett monotont upprepan-de av samma meningar. Ibland är tankeförloppet samtidigt **utflytande**, d v s individen är oförmögen att hålla någon "röd tråd", motsäger sig själv etc, vilket framför allt ses vid en nivå-sänkning av organisk typ. **Diskontinuitet** i tankeförloppet kan vara av olika art; **spärning** innebär kortvariga abrupta avbrott i tankarna, som "klippas av" och ibland ersättes med en ny "främmande" tanke. Detta upplevs ofta av patienten som resultat av påverkan från omgivningen och är ett karakteristiskt symptom vid schizofreni. Medvetandet är intakt i motsats till vad som är fallet vid **absenser**, som innebär en kortvarig medvetandestörning, vid temporallobsepilepsi ofta i kombination med

motorisk automatism. Dessa fenomen bör skiljas från tillfälliga emotionellt betingade **blockeringar**. Andra aspekter på tankeförloppet är t ex **flexibiliteten**, omställbarheten, som kan vara stor eller liten; man talar i sådana fall om **suggestibilitet** respektive **rigiditet**.

c) Tankeinhåll

Den psykiatriska undersökningens allra viktigaste del torde vara explorationen av tankeinhållet, inte minst som stora delar av de tidigare nämnda funktionerna kan kartläggas genom en verbal förmedling av individens tankar, och då många upplevande kvaliteter endast kan bedömas via en verbal rapport. Här skall endast nämnas några kvaliteter av speciellt diagnostiskt intresse.

Med **preockupation** avser man i detta sammanhang individens ständiga återvändande till vissa centrala temata i sin rapport, antingen dessa temata gäller vissa bestämda symptom (ångest, fobier, hypokondrier etc) eller de avser vissa aspekter på hans yttre situation. Självfallet är det även av stort intresse att notera sådana ting, som patienten **inte** spontant nämner eller som han mer eller mindre medvetet undviker att ta upp. I sådana fall kan det inte sällan vara motiverat att söka penetrera hans fantasier och drömmupplevelser.

Med **obsessioner** eller tvångstankar menas ofta återkommande, jagfrämmande, icke önskade idéer eller impulser, i regel av aggressiv eller obscen art, som individen inte kan eliminera med hjälp av ett logiskt resonemang och som är förknippade med ångest. Ofta är obsessionerna kombinerade med **kompulsioner** eller tvångshandlingar (se ovan), och de bör skiljas dels från stereotypa upprepanden av tankar eller handlingar, dels från fobier (se ovan), som betecknar tillstånd präglade av en ir-

rationell fruktan för vissa yttre föremål eller situationer.

Med en **fix idé** avses ett överdrivet sysslände med en mer eller mindre isolerad företeelse, ofta av juridisk, politisk eller filosofisk art, som i och för sig inte är absurd eller ologisk, men där det föreligger en diskrepans mellan idéens "betydelse" och individens "besatthet" av den. Avgränsningen är oskarp såväl gentemot "normala" idéer som gentemot vanföreställningar.

Med **vanföreställning** (paranoia respektive paranoid föreställning) menas en fast fixerad, felaktig realitetsuppfattning, som icke låter sig korrigeras trots objektiva bevis och logiska argument och som inte omfattas av en större grupp personer. Vanföreställningar kan vara **primära**, autoktona (ursprungliga) eller **sekundära**, explikativa (förklarande). Om vanföreställningen präglas av det rådande stämningläget talar man om **syntyma** föreställningar; om de är knutna till en bestämd idé, betecknas de som **katatyma**. Innehållet i vanföreställningarna kan variera. Man brukar skilja mellan följande olika typer:

Hänsyftnings- eller **referensidéer** innebär, att tillfälliga, banala händelser och yttranden uppfattas ha ett bestämt syfte, ofta riktat mot individen själv eller hans personliga förhållanden. Påverknings- eller **influensidéer** innebär, att individen känner sig styrd eller påverkad utifrån, ofta på telepatisk väg genom tankeöverföring och liknande, alternativt att han själv påverkar eller kontrollerar andra personer på likartat sätt. **Persekutiva** vanföreställningar karakteriseras av, att individen upplever sig som aktivt motarbetad, hindrad eller förföljd av andra personer, organisationer, "ligor" etc. Ett annat exempel är **svartsjokeparanoia**, som innebär en ogrundad övertygelse om partners otrohet. Föreställningarna är

ofta systematiserade och har en tendens att expandera. **Megalomana** vanföreställningar eller storhetsidéer karakteriseras av en orealistisk uppfattning om den egna personens betydelse; kan i vissa fall antaga gigantiska proportioner. **Depressiva** vanföreställningar innebär, att individen upplever sig som usel, mindervärdig, ruinerad etc; i uttalade fall föreligger ofta försyndelseidéer och grova självanklagelser. **Somatiska** vanföreställningar har att göra med den egna kroppens funktioner. Idéerna är oftast bisarra eller groteska men kan ibland vara högst sofistikerade försök till rationalisering av t ex ett förändrat kroppsupplevande. **Dysmorfo-paranoia** innebär en ogrundad övertygelse om att det egna utseendet är avvikande och frånstötande, dvs en extrem form av dysmorfofobi (som ej är någon fobi), påminnande om referensidéer (se ovan).

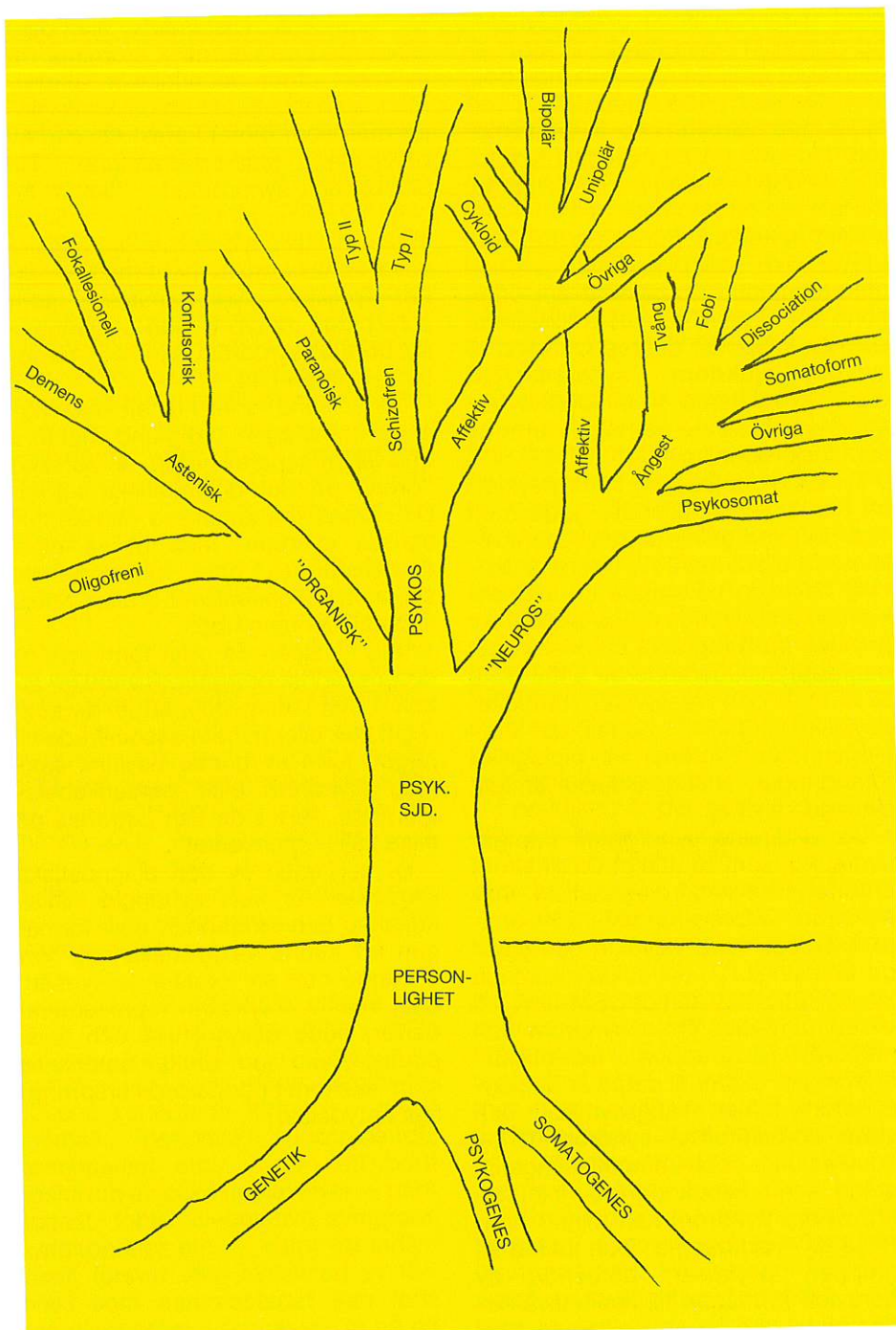
De relaterade vanföreställningarna kan sägas utgöra kriterier på en bristande **sjukdomsinsikt** hos individen men är självfallet inte de enda indikatorerna därvidlag. Även en psykotisk person kan ha en partiell insikt och framför allt en uttalad sjukdomskänsla, medan en neurotisk individ ibland visar en påfallande brist på insikt i arten av sin aktuella störning. Det är i regel av stort intresse att försöka skaffa sig en bild av patientens uppfattning av sig själv, om störningens eller sjukdomens art samt om dess orsaker och prognos. Därigenom får man i regel också en relativt detaljerad information beträffande patientens **motivation** för behandling och hans möjligheter till **kooperation** på längre sikt.

Ibland har patienten en benägenhet att framhåva vissa symptom, att **aggravera**, något som i regel sker omedvetet i motsats till **simulation**, som är ett medvetet bedrägligt förfarande i avsikt att i olika avseenden

vinna fördelar (sjukskrivning eller liknande). Skillnaden kan dock ibland vara hårfin. Med **dissimulation** menar man ett avsiktligt undanhållande av symptom som ses t ex vid psykotiska tillstånd (då patienten önskar utskrivning från sjukhus eller liknande).

6. Somatiska symptom

Somatiska symptom av olika slag är frekvent förekommande vid många psykiska störningar. En detaljerad genomgång av sådana symptom skulle emellertid kräva en särskild lärobok. Här skall endast som exempel nämnas vegetativa symptom i form av minskad tår- och salivsekretion och minskad tarmperistaltik (obstipation) vid depressiva tillstånd, avmagering vid depression, schizofreni och anorexia nervosa samt den rikhaltiga flora av somatiska symptom som kan ses vid konversionshysteriska tillstånd och andra somatoforma syndrom. I vissa fall rör det sig om parallellt förekommande somatiska sjukdomssymptom, som är irrelevanta för den psykiska störningen, men ofta är det fråga om ett förstärkt upplevande av de somatiska symptomen. Exempel därpå är värk och smärttillstånd vid sk maskerade depressioner och cenesopatier vid schizofreni.



Psykofarmaka från Kabi Pharmacia AB

▲ ◆ SOBRIL® oxazepam
tabletter 5 mg, 10 mg, 15 mg
och 25 mg

En bensodiazepin som påverkar de vid neuroser och psykosomatiska sjukdomstillstånd vanliga symptomen ångest, oro och sömnsvårigheter.

▲ ◆ NITRAZEPAM nitrazepam
tabletter 5 mg

En bensodiazepin som används vid sömnlöshet och insomningssvårigheter.

▲ LERGIGAN® prometazin
tabletter 25 mg, 5 mg (mite)
och 50 mg (forte)

Ett antihistamin som används vid allvarliga orostillstånd, sömnrubbingar, rörelsesjuka och allergiska manifestationer.

▲ PROPAVAN propiomazin
tabletter 25 mg

Centralt dämpande substans med svaga perifera verkningar. Lämpligt förstagångsmedel vid olika typer av sömnrubbingar.

TYMELYT® lofepramin
tabletter 35 mg och 70 mg

Tricykliskt antidepressivum. Få antikolinerga eller andra biverkningar. Enkel dosering.

◆ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

▲ Vid behandling med dessa läkemedel kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs t ex vid bilkörning.

Fig 5. Exempel på diagnostiskt "beslutsträd".

Det traditionella sättet att inhämta kunskaper i ett kliniskt ämne är att systematiskt gå igenom de olika sjukdomstillstånd, som hör till respektive fack. I den kliniska vardagen konfronteras man emellertid oftast med enskilda "signs and symptoms" eller med symptomkonstellationer, som ibland kan vara svåra att sortera och analysera. Föreliggande lilla bok är avsedd att vara en introduktion i direktkontakten med patienter inom psykiatrin och därmed utgöra ett komplement till gängse läroböcker i ämnet. Samtidigt kan den förhoppningsvis fylla en funktion som "lathund" i psykiatrisk terminologi. Psykiatri är visserligen ett svårt ämne, men begriper man så mycket att man inte begriper så mycket, då begriper man rätt mycket.



Pharmacia

Pharmacia Sverige AB
112 87 Stockholm
Tel: 08-695 80 00
Fax: 08-730 08 05

ISBN 91-87602-08-3