**BUP-seminarie 1.**

**Fall 1: (Flicka 13 år)**

13-årig flicka som har mångårig kontakt med Habiliteringen pga en lindrig mental retardation som konstaterades vid 5 års ålder. Hon remitteras därifrån av en kurator och terapeut till en BUP-mottagning pga kraftig viktnedgång som en följd av svårigheter att äta. Hon har sedan låg ålder haft en ängslighet och ”rädslor” för olika företeelser. Hon har bl a svårt att vara ifrån sina föräldrar och vistas ensam hemma, även kortare stunder, och svårt att sova själv. Hon har genom åren haft diverse rädslor för bl a stickor, blod, tappa tänder, hundar och sjukdomar. Detta har fortsatt upp i åldern. Hon har också varit rädd för åska, att åka hiss, tunnelbana och buss. Hon är orolig inför saker som skall komma, t ex om hon skall klara att åka skridskor på friluftsdagen.

Det senaste året har hon utvecklat en rädsla för att sätta i halsen då hon äter. Detta uppstod efter att hon i samband med en klassfest fått en liten chipsbit i halsen, som genast lossnade. Efter denna incident har hennes rädsla tilltagit och hon har successivt blivit allt mer selektiv i sitt matintag. Då hon kommer till BUP-mottagningen har hon gått ned 20 kg i vikt (på ett år) och hon får endast i sig flytande och passerad kost. Hon har vid något tillfälle nästan svimmat och känt sig yr några gånger. Föräldrarna är förtvivlade, då det får stora konsekvenser i vardagen för henne såväl som för resten av familjen. Sekundärt har det även lett till en social tillbakadragenhet hos henne, då hon numera inte vill följa med på kalas och bjudningar, av rädsla att behöva äta mat där. Hon och föräldrarna har fått ett antal stödsamtal på Habiliteringen, men situationen tycks ej förbättras.

**1) Vad är Habiliteringen?**

Habilitering syftar till insatser som ges till en person som har en medfödd funktionsnedsättning eller som tidigt i livet har fått en funktionsnedsättning för att stödja dennes funktion och i den mån det är möjligt eftersträva/optimera för ett så självständigt liv som möjligt.

**2) Vad innebär ”lindrig” mental retardation? Vad är beteckningen enligt DSM 5?**

Med “lindrig” mental retardation innebär att en individ har en intellektuell funktionsnedsättning med resultat under normalvärde (IQ <70) vid standardiserat och normerat begåvningstest. Dessutom så har individen brister i den adaptiva förmågan med avseende på praktiska, vardagliga och sociala färdigheter som omgivningen förväntar av individer vid en viss ålder.

*Kriterier enligt DSM-IV, Följande tre kriterier måste vara uppfyllda:*

* Brister i intellektuella funktioner såsom slutledningsförmåga, problemlösning, planering, abstrakt tänkande, omdöme, studieförmåga och förmåga att lära av erfarenheter vilket styrks via såväl klinisk bedömning som via individualiserad, standardiserad intelligenstestning.
* Brister i adaptiv funktionsförmåga vilket leder till att personen inte når upp till den utvecklingsmässigt och sociokulturellt förväntade nivån av personligt oberoende och socialt ansvarstagande. Utan fortlöpande stödinsatser begränsar bristerna i adaptiv kapacitet personens fungerande i ett eller flera vardagliga avseenden såsom kommunikation, social delaktighet och självständighet inom ett flertal livsområden som hem, skola, arbete och samhälle.
* Bristerna i intellekt och adaptivitet visar sig under utvecklingsperioden.

**3) Vilken/vilka tänkbara diagnoser lider flickan av?**

*Psykiatriskt*

* Generaliserat ångestsyndrom (GAD): Oro inför händelser.
* Fobier: Flera rädslor för bla att äta, blod, hundar, åka tunnelbana osv.
* Ätstörning: selektiv i sitt matintag och gått ned 20kg.
* Separationsångest: Svårigheter att vara ifrån föräldrarna, sova själv.
* Depression: viktnedgång, oro, rädsla, social tillbakadragenhet.
* Självskadebeteende: Indirekt genom viktnedgången → misssköter sin kroppsliga hälsa.

*Somatiskt:*

* Zenker divertikel: Sväljningssvårigheter.
* Främmande kropp: Ev bit kvar som skapar obehagskänsla och sväljningssvårigheter.
* Fragile X: Dock vanligare hos pojkar, men bör utredas för vid utvecklingsstörning.

**4) Vilka undersökningar och kontroller är viktiga att utföra? Varför?**

* Psykiskiatrisk bedömning: Mini-intervju? Suicidriskbedömning? Efterhöra familjeanamnes
* Somatiskt status: blodstatus, elstatus för ev påverkan pga viktnedgång/restriktivt matintag. BMI?

**5) Förslag på behandlingsinsats?**

* Beroende på nutritionsstatus/BMI, ställningstagande inläggning och “sängvila”.
* Helst ska man undvika farmaka, testa KBT först, om utebliven effekt ställningstagande till lågdos SSRI mot fobier/ångest/depression.
* Viktigt med en kombination av psykosociala insatser.

**Fall 2 (flicka 15 år)**

15-årig flicka som bor tillsammans med mor, styvfar och 10-årig halvsyster. Biologisk far fanns aldrig med i hennes liv och suiciderade då hon var 3 år. Flickan har varit ”snäll och mammig” under större delen av uppväxten med tendenser till lättväckt oro och smärtbesvär (ont i magen, huvud). I familjen har man haft en negativ/skeptisk inställning till hennes besvär och ansett att det bara är att ”skärpa till sig” för att bli kvitt sina problem och att ”inte känna efter så mycket”. Hon har haft lätt för att lära i skolan och beskrivs som verbalt och konstnärligt begåvad. Under högstadiet fick hon dock problem med skolkamrater och hamnade ofta i konflikter. Inför start åk 9 bytte hon skola, efter att det uppdagats att hon känt sig utfryst och mobbad.

Sommaren innan skolbytet tedde hon sig förändrad. Hon var håglös, drog sig undan från sina vänner och vände helt på dygnet. Vissa dagar tog hon sig knappt upp från sängen utan låg och sov eller sysselsatte sig med datorn. Vissa nätter kunde hon utan föräldrarnas vetskap smyga ut. Strax innan skolstart åk 9 upptäckte föräldrarna att hon börjat skära sig med rakblad på armarna. Kontakt togs med en BUP-mottagning. Regelbundna psykologsamtal inleddes under hösten. Viss förbättring noterades men hon hade kvarstående besvär med ångest, humörsvängningar och självskadebeteende. Vid samtalen framkom att hon fick återkommande panikattacker och vid ett tillfälle i samband med panik försökt kasta sig framför en bil men blivit stoppad av en kompis. Några månader in på hösten gjorde hon en tablettintoxikation med familjens allergimedicin. Hon berättade själv om överdosen för en lärare och klarade sig utan skador. Hon hade nu stora svårigheter att klara skolan och skolkade allt mer. Hon uppgav som huvudskäl koncentrationssvårigheter och ångest. Familjeklimatet var ansträngt och konflikterna var frekventa och hetsiga. Föräldrarna uttryckte oro över att hon inte berättade när hon mådde dåligt. Du träffar flickan som läkare på BUP-mottagningen.

Psykstatus: Normalvårdad klädsel, åldersadekvat utseende. Lilafärgat hår. Enstaka rispmärken noteras på vänster underarm. Underliggande oro anas; hoppar med benet under samtal. Helt orienterad. Adekvat blickkontakt. God formell kontakt. Initialt avvaktande i den emotionella kontakten. Lätt irritation noteras, ff a gentemot förälder. Efterhand och i enskilt samtal allt bättre emotionell kontakt. Deltar aktivt i samtal. Växlar snabbt i humör och blir tydligt ledsen, då hon beskriver sin situation och sitt mående. Känner sig hopplös och misslyckad och att hon är en belastning för sin familj. Upplever samtidigt att familjen inte tar hennes dåliga mående på allvar. Känner allt oftare att det är ohållbart hemma. Har återkommande suicidtankar men negerar trovärdigt pågående suicidtankar eller suicidplaner. Normalt tankeförlopp, tankar präglade av depressivt innehåll. Är hjälpsökande.

**FRÅGOR**:

**1) Vad kan man tänka om familjeklimatet? Hur bemöter föräldrarna flickans besvär?**

* Dåligt familjeklimat, med tanke på att de har “negativ/skeptisk inställning till hennes besvär”. De anser mer att hon ska “skärpa till sig”. Föräldrarna förstår inte att hennes känslor kan bero på psykiatrisk sjukdom, och bemöter därför inte alls hennes mående.

**2) Hur skall man tänka differentialdiagnostiskt?**

* **Depression**: Tydligt tecken hos unga är irritabilitet som denna tjej har. Övriga tecken är koncentrationssvårigheter, suicidförsök, ökat sömnbehov.
* **ADHD/Autism:** Fått svårare med kompisrelationer, impulsiv. Känsla av att inte bli tagen på allvar.
* **Hypotyreos**: Kan likna depressionssymtom, ökad trötthet.

**3) Flickans beteende förändras under sommaren. Hur bör man tänka kring detta, vad är viktigt att närmare ta reda på?**

* Råkat ut för något som påverkat henne? Våld, våldtäkt, gjort slut med partner?
* Under sommaren mer tid hemma, hur är relationen med styvfadern? Mer konflikter i hemmet som påverkar henne negativt?
* Skaffat nya kompisar under sommaren som haft dåligt inflytande på henne iochmed att hon smiter ut under natten.

**4) Kan läkemedel vara aktuella? Diskutera läkemedelshanteringen.**

* Generellt sett är psykofarmaka aldrig första åtgärd, pga det har mindre evidens för barn och unga jmf med vuxna. Men om det ska användas får man börja med låg dos och sen öka. Väldigt viktigt att utvärdera effekten. Värdera nytta mot risk.
* Med tanke på tidigare tablett intox kan det vara viktigt att inte låta henne ta hand om tabletterna själv om det förskrivs. En annan aspekt är att hon är impulsiv periodvis, så kan vara bra att klargöra om det finns bipolaritet i släkten och/eller hon haft uppvarvningsperioder tidigare. För i sådana fall kan SSRI utlösa en mani.

**5) EIPS (emotionellt instabil personlighetssyndrom) är en störning som oftast förknippas med självskadebeteende. Nämn några andra psykiatriska tillstånd (diagnoser) som kan kopplas till självskadebeteende?**

* Depression
* Ätstörningar
* Autism
* Bipolaritet
* Beroende

**6) Flickan uppvisar förutom sitt självskadebeteende även suicidalt beteende. Ange några riskfaktorer kopplade till suicidrisk som kan vara aktuella i detta fall.**

* Tidigare suicidförsök
* Suicid inom familjen (pappan)
* Växling i humör, impulsiv?

**7) Föreslå handläggning och behandling.**

* Suicidriskbedömning - i behov av inläggning?
* Psykiatrisk utredning - MINI? Samtal både med och utan föräldrar
* Behöver hemsituationen ses över? SoL-anmälan?