

Jeanette, 28 år (BPDBPADHD?)

Remissen

| | |
|---|--|
| Karaktäristika: | Kvinna 28 år, har pojkvän Sjukskriven sedan 2 år |
| Hereditet: | Mamma depressioner |
| Sociala uppväxtförhållanden | Föräldrar skilda. I 16-årsåldern blev hon utsatt för en gruppvåldtäkt. Pappa försvann tidigt. |
| Skolgång: | Gick ut 9:an men godkända betyg. Skolkade. |
| Debut av psykiatriska symtom: | Alltid dåligt självförtroende. Nuförtiden mer eller mindre suicidtankar som kommer vid påfrestningar, stress och när det blir konflikter med andra. Första depression vid 16 åå, behandlad med SSRI. Subjektiva besvär med vikt. När hon är deprimerad: initiativlös, sover dåligt, svårt koncentrera sig, får inget gjort, drar sig undan, överklighetskänslor. Har skurit sig själv flera gånger och försökt ta livet av sig med tabletter. Dragit på sig skulder, haft kortare perioder av hög alkoholkonsumtion och impulsivitet. |
| Psykiatrisk behandlings-/vårdhistoria: | BUP-kontakt enl ovan Vuxenpsykiatrisk kontakt från 18 åå: Flertal akuttillfällen p g a intox. Samtalskontakt 1 gång/vecka 18-19 åå. KBT p g a panikångest 22 åå (paniken minskade något) Psykoterapi individuellt 25-27 åå (inte mycket hjälp ”men skönt att prata”) Prövat Zoloft, Fontex, Efexor, Remeron, Cipralext, Cymbalta, Oxascand, Imovane, Stilnoct, Zyprexa, Fluanxol, Nozinan, Propavan Diagnoser: Depression Panikångest |
| ANT | Alkoholöverkonsumtion Röker |

| | |
|-------------------|---|
| Relationer | Misshandlad av äldre man som hon hade en längre relation med i sena tonåren. Under 2 år en stabil relation med en "lugn" omhändertagande kille, men slut nu sedan några år. |
| Arbete | Ströjobb men inte etablerad på arbetsmarknaden. Mycket utlandsresor där hon också jobbat. |

Fallbeskrivning 1: Bipolärt syndrom

| | |
|--------------------------------------|---|
| Karaktäristika: | Kvinna 28 år, har pojkvän Sjukskriven sedan 2 år |
| Hereditet: | Mamma depressioner, sjukskriven sedan många år Syster bipolär sjukdom Pappa alkohol- och spelmissbruk Bror sitter i fängelse p g a misshandel 1/3 syskon |
| Sociala uppväxtförhållanden | Föräldrar skilda när pat var 5 år gammal. I 16-årsåldern blev hon utsatt för en gruppvåldtäkt under alkoholpåverkan på en fest. Sexuellt utnyttjad ett flertal gånger under tonåren. Mamma flyttade ett flertal gånger under skolåren vilket också innebar skolbyten. |
| Skolgång: | Flera skolbyten. Ev. utlösande livshändelse till ”depressionen” vid 13 åå Börjar skolka i åk 8, skoltrött. Anpassad skolgång under åk 9 – problemen i skolan minskar och hon får godkänt. Ska börja gymnasium men missar starten p g a depression. Prövar att börja men får aldrig slutbetyg. Hade kompisar, uppskattad. Social. |
| Debut av psykiatriska symtom: | Ätstörning vid 13 åå. Nedstämd samtidigt men aldrig behandlad för det. Tappade lust för skolarbete, sov mycket, ingen aptit, pågick 2-3 månader. Däremot BUP-samtal för sin ätstörning. Sedan ny BUP-kontakt p g a broderns våldsamhet. Nya familjesamtal 16 år: 2 veckor utomlands på språkkurs: Mycket festande, uppe hela nätterna, aldrig trött, tycker andra är tråkiga, många sexuella relationer (gruppvåldtäkt på pub i London) under en vecka. Går efter hemkomsten ner i djup depression, missar gymnasiestarten och gör ett första allvarigare suicidförsök med tabletter: får kontakt med BUP som denna gång identifierar depression och sätter in SSRI med väldigt snabb remission. Misshandlad i relation med äldre man vid 17,5 åå. Klarar inte gymnasiestudier, jobbar i kassa. Blir av med jobb p g a |

| | |
|---|---|
| | <p>svårigheter med tider och strul med kassan.</p> <p>Bulimisyntom från 17 åå. Subjektiva besvär med vikt.</p> <p>Perioder av väldigt hög aktivitet/passivitet. Viktuppgång och –nedgång. I perioder av hög aktivitet kan detta hålla i sig i allt från några timmar till någon vecka. De längre perioderna har kommit oftast någon gång per år.</p> <p>När hon är deprimerad: initiativlös, sover dåligt, svårt koncentrera sig, får inget gjort, drar sig undan, överklighetskänslor. Har skurit sig själv flera gånger och försökt ta livet av sig med tabletter.</p> <p>Dragit på sig skulder, haft kortare perioder av hög alkoholkonsumtion och impulsivitet.</p> |
| Psykiatrisk behandlings-/vårdhistoria: | <p>BUP-kontakt enl ovan</p> <p>Vuxenpsykiatrisk kontakt från 18 åå:</p> <p>Flertal akuttillfällen p g a intox.</p> <p>Samtalskontakt 1 gång/vecka 18-19 åå.</p> <p>KBT p g a panikångest 22 åå (paniken minskade något)</p> <p>Psykoterapi individuellt 25-27 åå (inte mycket hjälp ”men skönt att prata”)</p> <p>Prövat Zoloft, Fontex, Efexor, Remeron, Cipralext, Cymbalta, Oxascand, Imovane, Stilnoct, Zyprexa, Fluvoxolam, Nozinan, Propavan</p> |
| ANT | <p>Alkohol</p> <p>Prövat hasch, kokain, amfetamin, ecstasy under tonåren, tidiga 20-åren.</p> <p>Därefter mycket Oxascand och Treo. Alkohol i perioder</p> <p>Röker</p> |
| Relationer | <p>Misshandlad av äldre man som hon hade en längre relation med. Under 20-åren flera tillfälliga kontakter, ff a under sina utlandsresor.</p> <p>Har haft en längre, mer stadig relation som är bruten nu</p> |
| Arbete | <p>Börjar jobba vid 16 åå: kassan.</p> <p>Jobbar intensivt i perioder, gör utlandsresor som hon finansierar genom att arbeta på tillfälliga jobb; restauranger, hotell, barer.</p> |
| Sammanfattning | <p>Sannolik debut vid 13 åå med depression; nedsatt aptit (anorexi) sömnsvårigheter, nedstämdhet.</p> <p>I 16 åå suspekt hypoman episod: ökad aktivitet, utlevande, flera sexuella kontakter, hög alkoholkonsumtion, mer utåtriktad, utsätter sig för fara.</p> |

Åtföljs av ny depression som denna gång identifieras.

Därefter perioder av både misstänkta hypomana episoder ofta förknippade med utlandsresor och perioder av depressioner vilket försvårar skolgång, arbete och relationer.

Antidepressiv medicering har snarast bidragit till att öka instabiliteten och kan kanske också bidra till det ökade självskadandet.

Diagnos

Bipolärt syndrom typ II

Fallbeskrivning 2: Borderlinepersonlighetsstörning

| | |
|--------------------------------------|---|
| Karaktäristika: | <p>Kvinna</p> <p>28 år, har pojkvän men inte sambo.</p> <p>Inga barn</p> <p>Sjukskriven sedan 2 år</p> |
| Hereditet: | <p>Mamma depressioner, sjukskriven sedan många år</p> <p>Syster bipolär sjukdom</p> <p>Pappa alkohol- och spelmissbruk</p> <p>Bror sitter i fängelse p g a misshandel</p> <p>1/3 syskon</p> |
| Bakgrund, uppväxtförhållanden | <p>Samtal med mamma: Mkt temperamentsutbrott som liten, konflikter på dagis, men omtyckt. Envis, svårstyrd. Mycket konflikter hemma. I perioder svår mot syskonen. Fick alltid höra på utvecklingssamtal att hon var väldigt begåvad.</p> <p>Älskade att vara i stallet där hon red. Sov över där, hade sina närmaste vänner i stallet.</p> <p>Väldigt bångstyrig under tonåren, tappade kontrollen, mamma upplevde att hon förlorade sin dotter vid 16 åå, efter en språkresa till England. Mamma blev deprimerad efter det.</p> <p>Dottern började komma hem berusad, började röka och umgicks med flera år äldre killar.</p> |
| Sociala uppväxtförhållanden | <p>Föräldrar skilda när pat var 5 år gammal. Fadern misshandlade modern. Mamma träffade flera nya män, hon drack mycket men har aldrig erkänt detta eller sökt hjälp. En styvpappa var väldigt bra för henne, fanns med under några år.</p> <p>En styvpappa senare gjorde flera sexuella närmanden och i 16-årsåldern blev hon utsatt för en gruppvåldtäkt under alkoholpåverkan på en fest. Blev sexuellt utnyttjad vid ett flertal gånger under tonåren, alltid under alkoholpåverkan.</p> <p>Mamma flyttade ett flertal gånger under skolåren vilket också innebar skolbyten.</p> <p>Pappa försvann tidigt.</p> |
| Skolgång: | <p>Flera skolbyten. Aktiv och nyfiken under tidiga skolåren.</p> <p>Börjar skolka i åk 8, skoltrött men godkända betyg i åk 9.</p> <p>Ska börja gymnasium men missar starten p g a depression. Prövar att börja om men får aldrig slutbetyg. Svårt att leva upp till upplevda krav.</p> <p>Har kompisar, uppskattad, “ställer upp för andra” enligt sig</p> |

| | |
|---|--|
| | själv men svårt att lita på andra |
| Debut av psykiatriska symtom: | <p>Alltid dåligt självförtroende. Mycket tomhetskänslor.</p> <p>Livet är inte roligt. Suicidtankar av och till sedan 9-årsålder. Efter 20-årsåldern mer eller mindre suicidtankar som kommer vid påfrestningar, stress och när det blir konflikter med andra.</p> <p>Ätstörning vid 13 åå. Nedstämd samtidigt men aldrig behandlad för det. Däremot BUP-samtal för sin ätstörning. Familjesamtal p g a detta i en omgång som kom att fokuseras på mammas relationsproblem.</p> <p>Sedan ny BUP-kontakt p g a broderns våldsamhet. Nya familjesamtal</p> <p>16 år: utomlands 2 veckor på språkkurs: Mycket festande, uppe hela nätterna, aldrig trött, tycker andra är tråkiga, prövar kokain, många sexuella relationer (gruppvåldtäkt på pub i London). Detta kaotiska liv pågår ca en vecka. Blir apatisk när hon kommer hem, orkar inte göra något, beskriver en våldsam skamkänsla över vad hon gjort och varit med om. Tar på sig skulden för våldtäkten och har inte vågat prata om vad som hände. Äckel över den egna kroppen. Missar gymnasiestarten och gör ett första allvarligare suicidförsök med tabletter: får kontakt med BUP som denna gång identifierar depression och börjar medicinera och får samtalskontakt. Mår relativt snart bättre.</p> <p>Inleder en relation med äldre kriminell man. Mycket konflikter, blir gravid, gör abort, skär sig första gångerna (17,5 år). Känslösvängningar. Klarar inte gymnasiestudier, jobbar i kassa. Får sparken p g a konflikter med chefen. Drar på sig skulder som hennes pojkvän förmått henne att ta på sig.</p> <p>Bulimisytmom från 17 åå.</p> <p>Missnöjd med sin kropp och subjektiva besvär med vikt.</p> <p>Hon växlar mycket i sitt stämningsläge och när hon berättar om omständigheterna kan man ana ett samband med kriser i nära relationer. När hon är deprimerad: initiativlös, sover dåligt, svårt koncentrera sig, får inget gjort, drar sig undan, överklighetskänslor. Har skurit sig själv flera gånger och försökt ta livet av sig med tabletter.</p> <p>Dragit på sig skulder, haft kortare perioder av hög alkoholkonsumtion och impulsivitet.</p> <p>Utlandsresorna gjordes ofta impulsivt och som avslutning på relationer som började bli allvarliga eller närmare.</p> |
| Psykiatrisk behandlings-/vårdshistoria: | <p>BUP-kontakt enl ovan</p> <p>Vuxenpsykiatrisk kontakt från 18 åå:</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| | <p>Flertal akuttillfällen p g a intox.</p> <p>Samtalskontakt 1 gång/vecka 18-19 åå.</p> <p>KBT p g a panikångest 22 åå (paniken minskade något)</p> <p>Psyko­terapi individuellt 25-27 åå (inte mycket hjälp ”men skönt att prata”). Initialt med en insiktsbetonad målsättning utifrån tidigare trauman. Ganska snart får terapin dock ett mer stödjande fokus p g a ständiga kriser. Patienten uteblir också alltmer vilket gör att terapin till slut avslutas. Uteblev också mycket vilket uppfattades som ambivalens inför behandlingen.</p> <p>Prövat en mängd mediciner, ofta samtidigt.</p> |
| ANT | <p>Alkohol</p> <p>Prövat hasch, kokain, amfetamin, ecstasy under tonåren, tidiga 20-åren.</p> <p>Därefter mycket Oxascand och Treo. Alkohol i perioder</p> <p>Röker</p> |
| Relationer | <p>Kriminell äldre man under tonåren. Misshandlad men slog själv också. Han gav trygghet eftersom ingen vågade ge sig på henne. Under 20-åren flera tillfälliga sexuella kontakter, prövade också homosexuella kontakter, ff a under sina utlandsresor. Uppskattad av kompisar, charmig, rolig att vara med.</p> <p>Under 2 år en stabil relation med en “lugn” omhändertagande kille, men pat tröttnade. Gjorde flera tablettintoxer under den tiden, skar sig. Killen tog hand om hennes medicinering.</p> <p>Genomgående mönster av att undvika närmare relationer. Tenderar att ”sexualisera” i förhållande till män.</p> <p>Bedömer människors egenskaper snabbt</p> |
| Arbete | <p>Börjar jobba vid 16 åå: kassan.</p> <p>Sedan arbete på kafé och senare restaurang. Korta anställningar och en period utomlands. Vantrivs ofta.</p> <p>Jobbar intensivt i perioder, gör utlandsresor som hon finansierar genom att arbeta på tillfälliga jobb; restauranger, hotell, barer, där hon är väldigt aktiv, festar, sover lite.</p> |
| Sammanfattning | <p>Otrygga uppväxtförhållanden och konflikter i familjen med alkoholiserad pappa och deprimerad mamma.</p> <p>Övergreppshistorik under barnåren? Luddiga gränser och ramar i familjen (broderns kriminalitet, moderns insufficiens, deprimerad när dottern får svårigheter). Frånvarande pappa och bryskt sexuellt uppvaknande.</p> |

Identitetssvårigheter (sexuell läggning pendlar, oförmåga att planera sin framtid)

Låg självkänsla och svårigheter i relationer leder till konflikter, separationsångest. Stannar i destruktiva relationer, blir utnyttjad.

Ett desorganiserat anknytningsmönster leder till konfliktfyllda och kaotiska relationer till både andra och sig själv.

Aggressivitet och i nära relationer accentueras med droger.

Impulsivitet i sitt drickande och självskadandet ökar också då.

Fallbeskrivning 3: ADHD

| | |
|--|--|
| Karaktäristika: | Kvinna 28 år, har pojkvän men inte sambo. Inga barn Sjukskriven sedan 2 år |
| Hereditet: | Mamma depressioner, sjukskriven sedan många år Syster bipolär sjukdom Systemens barn ADHD Pappa alkohol Bror sitter i fängelse p g a misshandel 1/3 syskon |
| Bakgrund, uppväxtförhållanden | Samtal med mamma: Gick tidigt. Man fick alltid hålla ögonen på henne. Verkade orädd inför farliga situationer. Nyfiken och kavat men också mkt temperamentsutbrott som liten, konflikter på dagis, men ändå allmänt omtyckt av de flesta. Envis, svårstyrd hemma där det blev mycket konflikter. I perioder svår mot syskonen. Rörig, tappade bort saker, kom inte igång med skolarbete. Svårt att sitta ner och fokusera annat än om hon var väldigt intresserad. Alltid ute i sista sekunden. Svårt att sitta kvar vid matbordet. Fick alltid höra på utvecklingssamtal att hon var väldigt begåvad: “om hon bara hade ansträngt sig lite...” Gillade inte att läsa. Älskade att vara i stallet där hon red. Sov över där, hade sina närmaste vänner i stallet. Väldigt bångstyrig under tonåren, humöret gick upp och ned, olycklig, hamnade ofta i strul, konflikt med lärare, t o m polis, hade vissa problem med alkohol, började röka och umgicks med flera år äldre killar. Problemen i skolan ökade |
| Sociala uppväxtförhållanden | Föräldrar skilda när pat var 5 år gammal. Mamma hade svårt att hålla ordning hemma, svårt att ta tag i saker. Oklart om sexuellt utnyttjande under barnaåren. Våldtäkt i 16 åå. Sexuellt utnyttjad ett flertal gånger under tonåren. Mamma flyttade ett flertal gånger under skolåren vilket också innebar skolbyten. Pappa höll inte kontakt. Spänningssökande, drack för mycket i perioder. |

| | |
|--|---|
| <p>Skolgång:</p> | <p>Flera skolbyten. Stödundervisning p g a svårigheter i matematik. Svårt att koncentrera sig på lektionerna om hon inte var intresserad. Dagdrömde mycket.</p> <p>Börjar skolka i åk 8, skoltrött.</p> <p>Anpassad skolgång under åk 9 – problemen i skolan minskar och hon får godkänt slutbetyg.</p> <p>Ska börja gymnasium men missar starten p g a depression. Prövar att börja om men får aldrig slutbetyg. Komvux x flera men aldrig slutfört något.</p> <p>Har kompisar, uppskattad.</p> |
| <p>Debut av psykiatriska symtom:</p> | <p>Växlande självförtroende.</p> <p>Livet är inte roligt. Suicidtankar av och till sedan 9-årsålder. Efter 20-årsåldern mer eller mindre suicidtankar som kommer vid påfrestningar, stress och när det blir konflikter med andra.</p> <p>Ätstörning vid 13 åå. Nedstämd samtidigt men aldrig behandlad för det. Däremot BUP-samtal för sin ätstörning.</p> <p>Sedan ny BUP-kontakt p g a broderns våldsamt. Nya familjesamtal</p> <p>16 år: utomlands på språkkurs: Mycket festande, tycker andra är tråkiga, prövar kokain, många sexuella relationer (gruppvåldtäkt på pub i London). Går ner i djup depression, missar gymnasiestarten och gör ett första allvarigare suicidförsök med tabletter: får kontakt med BUP som denna gång identifierar depression och sätter in SSRI med väldigt snabb remission.</p> <p>Konfliktfylld relation, gör abort, skär sig i tonåren. Svårstyrda känslor, mycket utbrott. Impulsiv, slåss ibland. Klarar inte gymnasiestudier p g a koncentrationssvårigheter, svårt att organisera studier. Jobbar i kassa en tid. Blir av med jobb p g a svårigheter med tider och strul med kassan. Drar på sig skulder.</p> <p>Bulimisyntom från 17 åå. Glömmer äta under dagarna och kastar i sig på kvällarna.</p> <p>Perioder av väldigt hög aktivitet/passivitet samma dag. Viktuppgång och -nedgång</p> <p>Subjektiva besvär med vikt.</p> <p>När hon är deprimerad: ännu mer initiativlös, sömnsvårigheter, svårt koncentrera sig. Får inget gjort, drar sig undan. Har skurit sig själv flera gånger och försökt ta livet av sig med tabletter.</p> <p>Dragit på sig skulder, haft kortare perioder av hög alkoholkonsumtion och är impulsiv.</p> |
| <p>Psykiatrisk behandlings-/vårdhistoria:</p> | <p>BUP-kontakt enl. ovan</p> <p>Vuxenpsykiatrisk kontakt från 18 åå:</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| | <p>Flertal akuttillfällen p g a intox.</p> <p>Samtalskontakt 1 gång/vecka 18-19 åå.</p> <p>KBT p g a panikångest 22 åå (paniken minskade något)</p> <p>Psykoterapi individuellt 25-27 åå (inte mycket hjälp ”men skönt att prata”)</p> <p>Prövat Zolofit, Fontex, Efexor, Remeron, Cipralext, Cymbalta, Oxascand, Imovane, Stilnoct, Zyprexa, Fluaxol, Nozinan, Propavan</p> |
| ANT | <p>Alkohol</p> <p>Prövat hasch, kokain, amfetamin (blir lugn) , ecstasy under tonåren, tidiga 20-åren.</p> <p>Därefter mycket Oxascand och Treo. Alkohol i perioder</p> <p>Röker</p> |
| Relationer | <p>Misshandlad av äldre man som hon levde med under tonåren. Kunde även slå själv. Under 20-åren flera tillfälliga sexuella kontakter, prövade också homosexuella kontakter, ff a under sina utlandsresor. Uppskattad av kompisar, charmig, rolig att vara med, men har fått höra att hon kallas “DAMP-Anna”.</p> <p>Under 2 år en stabil relation men tröttnade. Inte klarat sin egen medicinering (glömmer, tar för mycket) – pojkvännen hjälpte till.</p> |
| Arbete | <p>Börjar jobba vid 16 åå: kassan.</p> <p>Sedan arbete på kafé och senare restaurang. Korta anställningar vid perioder utomlands.</p> <p>Jobbar intensivt i perioder, gör utlandsresor som hon finansierar genom att arbeta på tillfälliga jobb; restauranger, hotell, barer, där hon är väldigt aktiv, festar, sover lite.</p> |
| Utredning | <p>Ur Brown ADD framkommer: Det framkommer att hon alltid har missat väsentlig information när hon sitter i samtal på möten, hon har svårt att fokusera när hon läser, tappar tråden, får läsa om samma sak flera gånger. Hon skjuter på saker som hon borde göra, glömmer att betala räkningar, har svårt att komma ihåg tider, tappar ofta bort mobiltelefon och nycklar. Det är väldigt rörigt hemma, har svårt att göra saker som är tråkiga, som t ex disk. Har svårt att hålla budget, impulsköper gärna. Har kort stubin, är stresskänslig, varvar upp när det är mycket människor omkring henne, rastlös inombords och har svårt att varva ner. Ältar.</p> |
| Sammanfattning | <p>Tidiga regleringssvårigheter som kan spåras före skolåldern (och framåt) m a p:</p> <p>Aktivitet – patienten kan fastna, få svårt att avsluta eller får svårt att komma igång. Varvar upp sig för att komma igång och kan</p> |

då fastna på för hög aktivitetsnivå.

Uppmärksamhet – roliga saker är lätta, tråkiga är svåra,
dagdrömt mycket

Impulsivitet – oplanerade, riskfyllda aktiviteter. Säker ”kicker”.

Affekter – lättväckt aggressivitet, mycket svängande
stämmningsläge även under samma dag.

Alltid haft svårt att organisera och planera sin tillvaro vilket
leder till kaos. Stresskänslig. Svårt att sköta vardagens göromål
och sin ekonomi

Sannolikt normalbegåvad men ojämn begåvningsprofil som kan
förklara växlande självförtroende i olika situationer,
svårigheterna att klara skolgången.

Kvarstående regleringssvårigheter som sätter ned funktionen