

Sygdomslære - Psykiatri 4. semester

14 lektioner



Personlighedsforstyrrelser

Personlighedsforstyrrelser

Personligheden:

- Emotionelle
 - Interlektuelle
 - Adfærdsmæssige
- Træk som karakteriserer personligheden.
 - Stabile over tid.
 - Produkt af arvelige, psykologiske og sociale forhold.

Personlighedsafvigelser:

- Markante
 - Vedvarende
 - Dybt gennemgribende i adfærdsmønstret
- Autoplastiske: Ubehaget og besværet vendes indad.
 - Alloplastiske: Besværet vender udad mod omgivelserne.
 - Bør ikke beskrives før 16-17 års alderen.

© Christian L. Carranza

Personlighedsforstyrrelser ifølge ICD-10

Paranoid:	Overfølsom, mistroisk og stridbar.
Skizoid:	Emotionel kølig, distant, introspektiv og ulystbetonet.
Dyssocial:	Mangler respekt og ansvar for andre. Udadprojicerende med lav frustrations- og aggressionstærksel.
Emotionelt ustabil, impulsiv type:	Affektlabilitet, impulsiv handlemåde, svag impuls kontrol.
Emotionelt ustabil, borderline type:	Svag identitetsfølelse, ustabile relationer, selvdestruktivitet.
Histrionisk:	Dramatiseringstendens, suggestibel, labil emotionalitet, manipulerende.
Tvangspræget:	Ubeslutsom, perfektionistisk, pedantisk, rigid.
Ængstelig:	Angstpræget, mindreværdsfølelse, begrænset livsudfoldelse.
Dependent:	Underordner sig andre, hjælpeløs, isolationsfrygt.

© Christian L. Carranza

Personlighedsforstyrrelser ifølge DSM-IV

3 grupper:

Gruppe A: Paranoid, skizoid, skizotypal.

Fællestrækkene for denne gruppe er, at det drejer sig om tilbagetrukne og eccentricke mennesker.

Gruppe B: Antisociale, emotionelt ustabile, histrioner og narcissistiske.

Det drejer sig om emotionelt prægede og ofte alloplastiske personer.

Gruppe C: Anxiose, dependente og tvangsprægede.

Let vakt ængstelighed præger disse personer, der i hovedsagen er autoplastiske.

© Christian L. Carranza

Den emotionelt ustabile personlighed

Den emotionelt ustabile personlighed

- Tidligere: borderline-personlighed.
- Hverken en neurose eller en psykose.
- Glidende overgang mellem psykose og ikke-psykose.

3 betydninger af borderline:

- 1) Tilstand mellem psykose og ikke-psykose.
- 2) ICD-10: emotionelt ustabile personlighed.
- 3) Modsætningen til en neurotisk personlighedsstruktur.

Epidemiologi: Prævalens ca. 2% af befolkningen.

2 Beskrivelser:

- Kernberg.
- Inddeles i (efter ICD-10):
 - 1) Impulsiv type
 - 2) Borderline type

© Christian L. Carranza

Kernberg - borderline-organisation

Specifikke tegn:

- Identitetsdiffusion: Kronisk subjektiv tomhedsfølelse.
- Primitiv forsvarsorganisation:
 - Splitting: Indre forestillinger spaltes til enten gode eller onde. Dermed kan onde impulser forhindres i at ødelægge de gode.
 - Projektiv identifikation: Negative impulser skydes over på andre.
 - Fornægtelse.
 - Primitiv idealisering.
 - Omnipotens og total devaluering.
- God realitetstestning: Kan skelne mellem hvad der tilhører én selv og hvad der tilhører objekterne.

Uspecifikke tegn (indikatorer for jeg-svaghed):

- Svigtende angsttolerance: Svigtende forsvarsmekanismer.
- Svigtende impuls kontrol: Visse impulser slipper igennem.
- Svigtende evne til sublimering: Evnen til at forvandle driftsimpulser i konstruktiv retning.

© Christian L. Carranza

Kernberg - borderline-organisation

Symptomer og karaktertræk:

- Pseudoneurotiske symptomer: Forbier, tvangstanker, tvangshandlinger, pan-angst.
- Paranoide og hypokondre træk: Oftest organer uden følelse.
- Tendens til afvigende seksuelle fanasier og behov: Perverse sammenblandende fantasier.
- Tendens til orale reaktionsmønstre: Alkohol, stoffer, mad, seksualitet overforbruges eller afstås fra.
- Aggressivitet.
- Tendens til impuls gennembrud: Antisociale impulser.
- Kleptomani.
- Episodisk alkoholisme/stofmisbrug.
- Mishandling af kvinder eller børn.
- Kortvarig psykose i forbindelse med belastning.

© Christian L. Carranza

Emotionelt ustabil personlighedsstruktur ICD-10

Impulsiv type:

Mindst 3 af flg og altid (2):

- 1) Tendens til at handle impulsivt og uoverlagt.
- 2) Stridbarhed, især ved impulsfrustration.
- 3) Affektlabilitet, eksplosivitet.
- 4) Manglende udholdenhed.
- 5) Ustabilt og lunefuldt humør.

Borderline type:

Mindst 3 af nævnte t.v. mindst to af flg.:

- 1) Forstyrret og usikker identitetsfølelse.
- 2) Tendens til intense og ustabile forhold til andre.
- 3) Udtalt tendens til at undgå at blive ladt alene.
- 4) Tendens til selvdestruktivitet.
- 5) Kronisk tomhedsfølelse.

© Christian L. Carranza

Den emotionelt ustabile personlighed

Undersøgelse og diagnose:

- Undertiden psykotiske perioder, men ellers "stabil" (mikropsykotiske oplevelser).
- Typiske træk: Tomhed, impulsivitet, selvmutilering og specielle emotionelle problemer.
- Adskiller sig fra skizotypiske og paranoide personlighedsstruktur ved intakt realitetstestning.
- Ingen autistiske træk eller interlektuelle forstyrrelser.
- Ofte isolerede pga. manglen på følelsesliv.
- Opfattes ofte bizarre.
- Danner relationer til ting, dyr, natur, religion e.lign.
- F.eks. Selvmordsforsøg udløser psykiatrisk behandlingsbehov.

© Christian L. Carranza

Den emotionelt ustabile personlighed

Behandling:

- Akut omsorg: Kortvarig kontakt efter misbrug/selvmondsforsøg.
- Psykoterapi (jeg-støttende): *Ønsket* længerevarende terapi med samme terapeut.
 - Idealisering: Terapeuten som ideal.
 - Identifikation: Forståelse for terapeutens opfattelse af vitale spørgsmål.
 - Tolkning af aggressivitet: Bedrer tillidsforholdet, vigtigt at aggressivitet tåles.
 - Identifikation af angstudløsende situationer: Separation eller krænkelse af selvfølelsen.
 - Akut disposition: Vigtigt med støtte i præpsykotisk periode.
 - Modne forsvaret og intervenere i splitting og projektive identifikation.
 - Bør ikke tolke og gøre psykiske konflikter bevidste (klassisk afdækkende neuroseterapi).
 - Kognitiv terapi: Gennemtænkning af antagelser og forestillinger forud for problemet.
- Indlæggelse: Miljøterapi, sorgarbejde.
- Familieterapi: Den unge patient.
- Antipsykotisk medicin: Risperidon (Risperdal), Olanzepin (Zyprexa)
- Antidepressiva: SSRI (Cipramil/lex, Zoloft).
- Angstdæmpende medicin: Benzodiazepiner.

© Christian L. Carranza

Den emotionelt ustabile personlighed

Eksempel - Cullberg

Elisabeth er en 25-årig kvindelig akademiker, der er i færd med at skrive doktorafhandling inden for et teoretisk emneområde. Ægtemanden henvender sig på en psykiatrisk skadestue fordi hun i flere perioder er blevet hjemme en uges tid, hvor hun har drukket vin og spiritus. Det fremgår, at moderen begik selvmord, da patienten var 15 år gammel. Faderen lever, fraskilt. Moderen har efter sigende haft depressioner. Efter endt skolegang har patienten i lange perioder lidt af en tiltagende diffus angst, hvor det eneste, der har hjulpet, har været alkohol. Trods dette er det gået godt med studier og forskning indtil det sidste års tid, og patienten er generelt blevet betragtet som en begavelse, om end en smule særpræget. Forholdet til ægtefællen er præget af følelsesmæssige svingninger mellem på den ene side optimisme og på den anden side kulsort pessimisme, hvor hendes tendens til impulsivt drikkeri er blevet tydeligt.

© Christian L. Carranza

Den narcissistiske personlighed

Den narcissistiske personlighed

- Alle mennesker har et vist mål af selvkærlighed.
- Paradoksial spaltning i to modsatte selvbilleder:
 - Grandiositet (gode):
 - Selvforagt, skamfølelse, hadfølelse (onde):
 - Søger hele tiden bekræftelse og forstærkning af grandiositet.
 - Idealisering og devaluering.
 - Begavede, talentfulde, karismatiske.
 - Fleksibel samvittighedsfuldhed.
 - Vigtigheden af høj løn, høj status, magt over andre mm.
 - Frygt for indre tomhed skal opdages.
 - Ved tab af kontrol: raseri, voldsudbrud, krænkelse.
 - Når personligheden krænkes kan depression, psykose eller psykosomatisk tilstand udvikles.
 - Alderdommen kan være nedbrydende.
 - Mister venskaber, ægtefæller og bekendtskaber.

© Christian L. Carranza

Den narcissistiske personlighed

Ende-stadier:

- Narcissistisk-depressiv karakterproblematik.
- Narcissistisk-paranoidt karaktertræk.

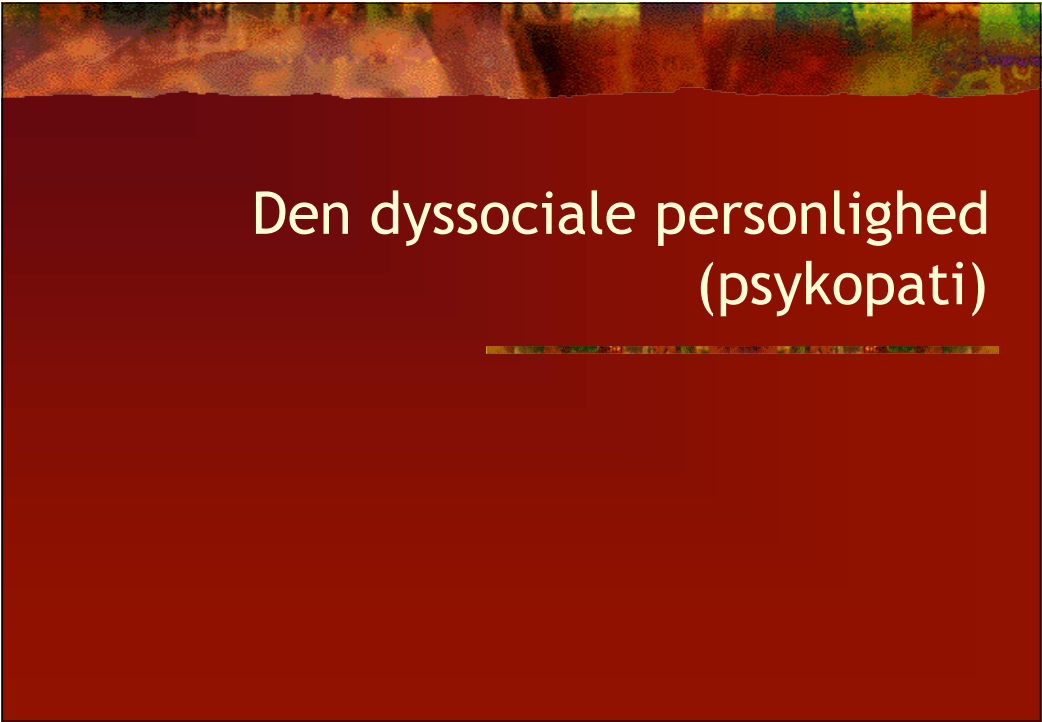
Diagnose:

- Et grandios selv med selvovervurdering.
- Optagethed af fantasier om succes, magt og beundring.
- En følelse af at være unik.
- Kræver beundring og særbehandling af andre.
- Mangler empati og særbehandling af andre.
- Udviser arrogance og er ofte misundelig på andre, der er i centrum.

Behandling:

- Psykoterapi (umulig/vanskelig):
 - Indblik i den uhensigtsmæssige opsplitning.
 - Vil forsøge at nedgøre terapeuten.

© Christian L. Carranza



Den dyssociale personlighed (psykopati)

Den dyssociale personlighed

- Ansvarsløshed og antisocial adfærd.
- Tidligere =psykopati.
- Anden betegnelse: antisocial personlighedsafvigelse.
- Manglende evne til at knytte faste følelsesmæssige forhold.
- Overfladisk charmerende adfærd.
- Pludselige impulser og behovstilfredsstillelse.
- Eventuelt misbrug af alkohol og narkotika.
- Ligner borderline-organistaion: identitetsdiffusion, svagt jeg og primitiv forsvarsorganisation, ingen realitetsforstyrrelser eller psykoser.
- Lignende ses ved hjerneskade.

Epidemiologi: Hyppigst mænd (3%), kvinder (1%). Ophobning i famlier.

Den dyssociale personlighed

ICD-10

Diagnose: 3 eller flere følgende karakteristika.

1. Grov ligegyldighed over for andres følelser.
2. Manglende ansvarsfølelse og respekt for sociale normer og forpligtelser.
3. Manglende evne til at fastholde forbindelser med andre.
4. Lav frustrationstolerance og aggressionstærskel.
5. Manglende evne til at føle skyld eller lade sig påvirke af erfaringer inklusive straf.
6. Bortforklarings- og udadprojektionstendens.

Karaktertræk:

1. Jeg-svagbed med lav frustrationstolerance og vanskeligheder ved at rumme og bearbejde skuffelser, vrede og forudrettelser.
2. Tendens til at omsætte psykisk spænding i handlinger og adfærd dvs. manglende hæmninger.
3. Ringe evne til at indgå i sociale og interpersonelle relationer.

© Christian L. Carranza

Den dyssociale personlighed

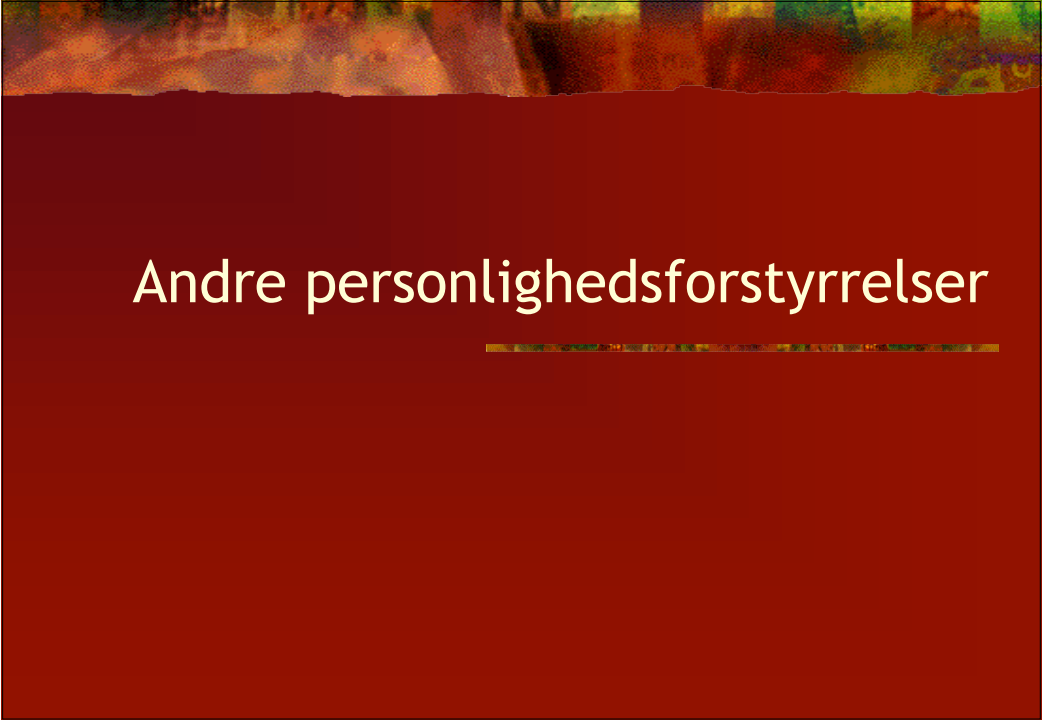
Årsager og fund:

- Dårlige hjem: Kriminalitet, alkoholisme, selvmordsforsøg.
- Opdragelse: Inkonsekvent, ujævn, skiftende forældrefigurer
- Tillært holdning: Jungleloven.
- Selvopfyldende profeti: Tidlig udstødelse af samfund.
- Biologisk fund: EEG-afvigelser, vanskelighed ved koncentration

Behandling:

- Psykoterapi: Udgangspunkt i faste rammer.
- Gruppeterapi: Flere dyssociale.
- Træningsbehandling og genopdragelse.

© Christian L. Carranza



Andre personlighedsforstyrrelser

Paranoid personlighedsstruktur

- Muligt forstadium til paranoid psykose eller paranoid skizofreni.
- Konstant søgen efter skjulte betydninger, stærk mistænksomhed.
- Ingen vrangforestillinger.
- Sensitiv og mistroisk overfor hvad andre siger og gør.
- Føler sig bedrevide og talentfuld.

Diagnose: Mindst 4 af følgende

1. Overfølsomhed for nederlag og afvisninger.
2. Tendens til at bære nag.
3. Mistroiskhed og mistydningstendens.
4. Stridbarhed og rethaveriskhed.
5. Ubegrundet jalousi.
6. Selvhøvelingstendens med øget selvfølelse.
7. Optagethed af "konspirations"-forklaringer.

Paranoid personlighedsstruktur

Epidemiologi: 0,5-2,5%. Hyppigere hos mænd. Familiær disposition.

Behandling:

- Psykoterapi: Vanskelig at gennemføre.
 - Åbenhed, respekt.
 - Erkendelse og accept af egne svagheder.
 - Undersøge følelsesmæssige reaktioner.
- Antipsykotika: Sjældent. Kun ved psykose.

© Christian L. Carranza

Skizoid personlighedsstruktur

- Præget af introspektion og social tilbagetrækning.
- Mangler emotionel varme og kontakt.
- Reserverede uden interesse for andre mennesker.
- Ikke forløber til skizofreni.

Diagnose: Mindst 4 af følgende

1. Almen ulystbetoning.
2. Emotionel kølighed og fjernhed, affektaffladning.
3. Nedsat evne til at udtrykke følelser.
4. Indifferens over for ros og kritik.
5. Ringe seksuel interesse.
6. Præferencer for soloaktiviteter.
7. Optagethed af introspektion og fantasier.
8. Manglende interesse for venskab og fortrolighed.
9. Manglende situationsfornemmelse.

© Christian L. Carranza

Skizoid personlighedsstruktur

Epidemiologi: Søger sjældent behandling. Muligvis op til 5-7% prævalens.

Behandling:

- Psykoterapi:
 - Ikke følelseskulde.
 - Kontakt til egne følelser.

© Christian L. Carranza

Skizotypisk personlighedsstruktur

- Hører til spektret af skizofrenisygdomme.
- Kan være forstadium til skizofreni (20-30%).
- Daglig tale = grænsepsykose.
- Mellem personlighedsafvigelse og skizofreni.
- Patienten må *aldrig* have opfyldt kriterier for skizofreni.
- Afficerer som ved skizofreni:
 - Adfærd
 - Tankegang
 - Følelsesliv
- Mikropsykotiske episoder: Timer til få dages varighed med hallucinationer på hørelse eller vrangagtige ideer.
- Misbrug: Alkohol, stoffer.
- Selvdestruktive handlinger: Selvmutilation, selvmordsforsøg.

© Christian L. Carranza

Skizotypisk personlighedsstruktur

Diagnose: Gennem mindst 2 år kontinuerligt eller jævnligt ≥ 4 af følgende

1. Inadækvate eller indsnævrede følelser.
2. Excentrisk, sær eller aparte udseende eller adfærd.
3. Kontaktfattigdom og isolationstendens.
4. Sære ideer eller magisk tænkning, som påvirker adfærden og som ikke svarer til subkulturelt mønster.
5. Mistroiskhed eller paranoide ideer.
6. Obsessive ruminationer uden indre modstand, ofte med dysmorfofobisk, seksuelt eller aggressivt indhold.
7. Usædvanlige sanseoplevelser, somatosensoriske eller andre illusioner, depersonalisation, derealisation.
8. Vag, omstændelig, metaforisk, kunstig eller stereotyp tankegang og tale.
9. Mikropsykotiske episoder med intense illusioner, hallucinatoriske oplevelser eller vrangagtige ideer, sædvanligvis optrædende uden ydre provokation.

© Christian L. Carranza

Skizotypisk personlighedsstruktur

Epidemiologi: 1-3% af befolkningen.

Årsag: Genetiske faktorer, hjerneskade, psykosocialt stress.

Behandling:

- Psykoterapi.
 - Analytisk støttende terapi.
 - Kognitiv terapi.
- Antipsykotisk medicin: Olanzapin, Perfenazin m.fl.
- Indlæggelse: Miljøterapi.

© Christian L. Carranza



Psykosebegrebet

Psykoseformer

Egenskaber:

- Defekt realitetstestning: refererer vores evne til at vurdere (teste) virkelighedspræget af vores oplevelser.
- Virkelighedskontakten er brudt.
- Tolkningen af omverdenen uforståelig for andre.
- Personer med hallucinationer, vrangforestillinger, defekt hukommelse og svært forstyrret bevidsthed er psykotiske.

Omfatning af psykosen:

1. Delvis f.eks. Akut paranoid psykose.
2. Hele personligheden f.eks. Skizofrenipsykose.
3. Stemningslejet er abnormt forsænket eller løftet f.eks. Manisk tilstand (bipolær affektiv sindslidelse).
4. Bevidsthedsplumring, forvirring f.eks. Akut polymorf psykose.

Akut paranoid psykose Eksempel - Cullberg

70 årig, lidt glemsom, enlig dame som inviterer på kaffe og taler medrivende om mennesker, der forlængst er døde, men som derefter med hviskende stemme begynder at fortælle, at medlemmer af en bande om natten borer hul i hendes vægge for at lukke sovegas ind gennem disse huller. Når hun derefter er faldet i søvn, åbner bandemedlemmerne dørene for at have samleje med hende. Ofte efterlader de pletter af sperm. Dette fortælles med stærk overbevisning og angst. Hun kan på helt adækvat måde tale om og redegøre for, hvordan hun iøvrigt har det.

© Christian L. Carranza

Akut skizofrenilignende psykose Eksempel - Cullberg

17 årig pige bliver af sin mor bragt til akut indlæggelse. Hendes tøj er gennemblødt, hun er barfodet. Moderen fandt hende i skoven. Hun var formodentlig gået ud i den nærliggende sø, men var kommet op igen. Hun har en stereotyp smil på læberne og mumler af og til noget uhørligt. Når man forsøger at tale med hende, svarer hun næppe, men virker, som om hun fører en indre samtale. Det fremgår, at hun i løbet af det sidste halve år har isoleret sig mere og mere, efter at hun på grund af læsevanskeligheder har måttet afbryde sin skolegang. Hun har spist meget lidt og har gradvis forsømt såvel sit ydre som sin personlige hygiejne. Moderen fortæller, at pigen den sidste uges tid tilsyneladende har hørt stemmer, som har sagt "væmmelige ting" til hende: at hun skulle slå sin far ihjel og lignende. Patienten afbryder pludselig samtalen og spørger, hvorfor der lugter så stærkt af gas på hospitalet. "Jeg ved, det er en koncentrationslejr, du har ført mig til, mor" siger hun med angst i stemmen.

© Christian L. Carranza

Akut manisk psykose Eksempel - Cullberg

En mand, der i løbet af de sidste 13 år gentagne gange har været indlagt af samme årsag som nu, bringes til hospitalet af tre politifolk. Han er blevet hentet i en forretning efter at have købt omkring tyve skjorter. Da man i butikken undrede sig over mandens utrættelige talestrøm og de rim, han producerede i rasende fart, rådede man ham til at tage det med ro og gå hjem. Han var derefter utrolig rasende og havde knust en glasdisk og sagt, at han var verdens mest intelligente menneske og havde superstærke sanser. Da patienten ankom til den akutte modtagelse, sang han med gjaldende røst arier i venteværelset.

© Christian L. Carranza

Akut polymorf psykose Eksempel - Cullberg

En 26-årig kvinde blev efter eget ønske udskrevet fra barselsafdelingen den fjerde dag efter sin første fødsel, som var forløbet godt. Dagen før udskrivningen havde hun klaget over, at hun følte, der var så uroligt på hospitalet, og at personalet var kommet med antydninger om, at hun var "en sjuske", og at hun ikke kunne passe sit barn. Efter endnu en dags forløb turde ægtefællen ikke længere lade hende være alene med barnet, fordi han syntes, hun opførte sig mærkeligt. Selv om hun ikke var religiøs, havde hun lagt sig på knæ, og det så ud, som om hun bad til Gud med løftede arme. Hun begyndte også at tale flere gange højt og græd indimellem utrøsteligt. Hun havde fået den ide, at barnet i virkeligheden var sygt, og at det skulle dø - selv om ingen ville sige det til hende. Plaget af angst begyndte hun at gå rundt og ringe på hos naboerne og bad dem om at se hende i øjnene og sige, om hun var en sjuske. Hun sov kun nogle få timer hver nat efter fødslen. Om morgenen, efter at hendes psykose var blevet mere åbenbar, sagde hun, at hun ville tage ind til fødeafdelingen for at føde sit egentlige barn, og begav sig af sted. Da hun ankom, udtrykte hun sig ifølge afdelingspersonalet forvirret og vidste ikke om hun havde født eller ej. Hun vidste heller ikke, hvilken dag det var, eller hvilken adresse hun havde.

© Christian L. Carranza

Psykoseforståelse

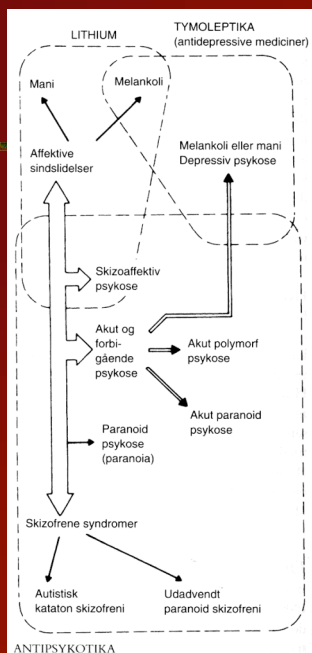
Vigtigt at prøve at forstå psykosen (eksemplerne):

1. Isoleret, let dement, tilbageholdende mht. egne behov, fortrængt seksualitet, projektion af fantasier.
2. Skyldfølelse, optagethed af død, uløste frigørelsesproblemer, kan ikke skelne mellem selv og objekter, tolker omgivelserne ud fra egne forestillinger.
3. Nært knyttet til moder, fader rival og ej rummende sorgreaktionen hos sønnen, mangelfulde kontakter til kammerater.
4. Fødslen svarer ikke til drøm, forberedelse halvhjertet, barnet fremmet, skuffet, skyldbetyngt, giver afkald på barnet, fysisk træthed, barnet bevis på nederlag.

Funktionel psykose: Man kan ikke klart konstatere en organisk årsag.

© Christian L. Carranza

Funktionelle psykoser



© Christian L. Carranza



Akutte og forbigående psykoser

Akutte og forbigående psykoser

Godartede psykoser / reaktiv psykoser:

- En sårbar personlighed, som i en psykisk belastende situation reagerer med en psykose.
- Forbundet med akut traume (reaktiv) / ikke forbundet med akut traume.

Typer:

1. Akut paranoid psykose: Forfølelsesideer, hørelsesillusioner/hallucinationer, vrangforestillinger, pligtmennesker. Over 3 mdr. er det en paranoid psykose.
2. Akut polymorf psykose: Ofte yngre, hallucinationer, vrangforestillinger, perceptuelle forstyrrelser, angst, fortvivelse, skizofreniform/ikke-skizofreniform, kan forekomme førsterangssymptomer.
3. Akut skizofrenilignende psykose: Opfylder kriterierne for skizofreni, men har været under en måned, stabilt symptombillede (modsat polymorf), ungdomspsykoser.
4. Akut depressiv psykose: Stærke skyldfølelser af urealistisk karakter, selvmordstanker.

Akutte og forbigående psykoser

ICD-10

- I. Akut udvikling inden for 2 uger af et eller flere af følgende
 1. Vrangforestillinger
 2. Hallucinationer
 3. Uforståelig eller usammenhængende tale
- II. Eventuelt forbigående forvirring, mistydning eller svækkelse af opmærksomhed eller koncentration ikke så udtalt som ved Delirium (F05).
- III. Affektiv sindslidelse ikke til stede.
- IV. Psykoaktivt stof-betinget tilstand ikke til stede.
- V. Organisk ætiologi udelukkes.

© Christian L. Carranza

Akutte og forbigående psykoser

Psykologiske faktorer:

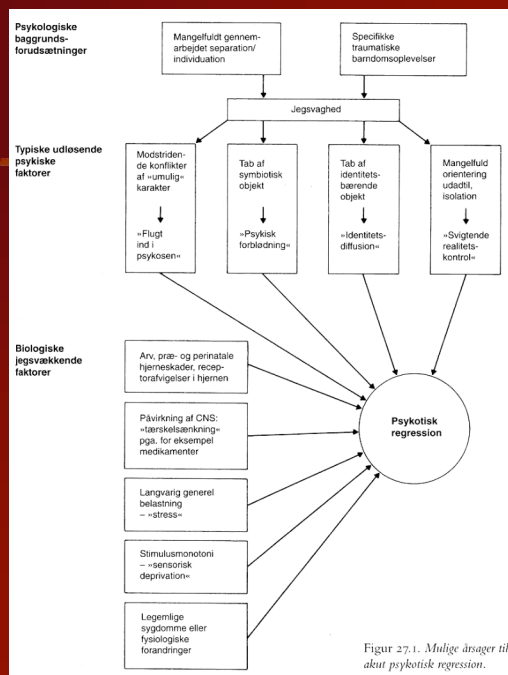
- "Umulig" indre konflikt fører til flugt ind i psykosen.
- Tab af nær pårørende eller objekt, som man er symbiotisk afhængig af (psykisk forblødning).
- Tab eller forandring af identitetsbærende objekt (identitetsdiffusion).
- Isolation, ensomhed fører til svigtende realitetskontrol.

Biologiske faktorer

- Arv, hjerneskader, receptorafvigelser.
- Farmaka, der påvirker CNS (tærskelsænkning).
- Langvarig almen belastning (stress).
- Stimulusmonotoni af fysisk karakter (sensory deprivation-psykose).
- Legemlige sygdomme eller fysiologiske forandringer.

© Christian L. Carranza

Psykotisk regression



© Christian L. Carranza

Akutte og forbigående psykoser

Behandling:

- **Pleje og observation:** Kontaktperson, vagtperson, indlæggelse,
- **Antipsykotika:** Undertiden nødvendigt
- **Benzodiazepin:** Ved angstprægede symptomer.
- **Elektrostimulation (ECT):** Patienten arbejder sig ikke selv ud af psykosen.
- **Tvangsforanstaltninger:** Indlæggelse, bæltefiksering, medicinering.
- **Somatisk diagnostik og behandling:**
- **Psykoterapi:** Formulere uløselige konflikter, bearbejde sorg, skyldfølelse, vrede. Familiesamtaler.

Revalidering:

- At integrere den psykotiske oplevelse i sin dagligdag.
- At forholde sig til de konflikter, der gik forud for psykosen.
- At møde nærtstående og arbejdskammerater med selvgtelsen i behold.
- At lære noget om tidlige tegn på et eventuelt tilbagefald.

© Christian L. Carranza

Akutte og forbigående psykoser

Efterbehandling:

- Posttraumatisk stress-syndrom (PTSD) opstår hos mange efter en psykose.
- Støttepsykoterapeutisk: Afdække konflikter.
- Familiegrupper: Mulighed for at takle problemer, mindsker skyldfølelse, fordeler ansvaret.
- Forberede tilbagevenden til arbejdspladsen.
- Muligheden for at søge kontakt ved nervøsitet for fornyet psykose.
- Systematisk indsigtbetonet psykoterapi: Lille antal ønsker dette. Langvarigt.

Tilbagevendende psykotiske tilstande:

- Muligt at finde ud af hvilke livssituationer, der kan være udløsende årsag.
- Konstitutionel faktor (evt. biokemisk art).
- Behandling: Kontinuerlig kontakt, moderat medicinering, litium (psykoser af skizoaffektiv natur).

© Christian L. Carranza

Akutte og forbigående psykoser

God prognose:

Pludseligt indtrædende tilstand.
Tydeligt udløsende traume.
Tidligere velfungerende personlighed.
Klare udtryk for psykisk smerte.
Elementer af forvirring.
Ingen tankepåvirkningsoplevelser.
Adækvat følelsesmæssig kontakt efter den akutte fase.

Dårligere prognose:

Snigende indledningsforløb.
Uklart traume.
Tidligere dårligt udviklet personlighed.
Indifferent stemningsleje.
Ingen konfusion.
Tankepåvirkningsoplevelser, bizarre vrangforestillinger.
Fornægter psykosen.
Ikke adækvat følelsesmæssig kontakt efter den akutte fase.

© Christian L. Carranza



Psykoser efter fødsel og kirurgisk operation

Fødselspsykose / puerperalpsykose

- Dage/ugerne efter fødslen (puerperiet).
- Klinisk som akutte psykoser.
- 20% af førstegangsfødende kvinder reagerer med psykiske symptomer ved fødslen eller initielle ammeperiode.
- Ved 1‰ af fødsler bliver kvinden psykotisk.
- Typer: Oftest forvirringstilstande (polymorf) ellers paranoide eller depressive/maniske.

Fordeling:

- 50% akutte og forbigående psykoser.
- 40% tilbagevendende affektive eller cykliske psykoser.
- 10% skizofren sygdom.

Konflikttyper:

- Drøm om deres barn, som ikke svarer til virkeligheden.
- Ensomme kvinder uden partner eller solide venskabsforhold.
- Hvis der ikke opleves moderfølelse.
- Selv har fået ringe tidlig moderomsorg.

© Christian L. Carranza

Fødselspsykose / puerperalpsykose

Behandling:

- Indlæggelse / ambulant forløb.
- Moderat dosis neuroleptika.
- Bibeholde den tidligere kontakt med barnet.
- Mindske skyldfølelser og oplevelser af at være en dårlig mor.
- ECT.

Vurdering:

- Psykosens art.
- Psykosens dybde.
- Støtten i hjemmet.
- Risikoen for at vedkommende vil handle destruktivt over for sig selv eller barnet.

© Christian L. Carranza

Postoperative psykoser

- Hyppigt forekommende.
- Sammenhæng med længde på operationen.

Årsager:

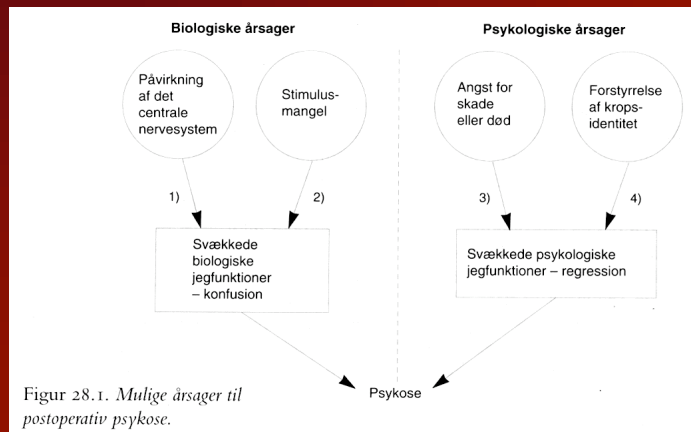
1. Biologiske: Narkose, elektrolytforstyrrelser mv.
2. Sensorisk deprivation: Isolation, monotoni mv.
3. Psykologiske faktorer: Angst.
4. Tabet af organer: Ændring af identitet.

Behandling:

1. Genetablering af fysiologisk balance.
2. Stimulering af patienten: Pårørende, personale, information.
3. Benzodiazepin til lindring af angst.
4. Mulighed for at tale om operationen og efterfølgende forløb.

© Christian L. Carranza

Postoperative psykoser

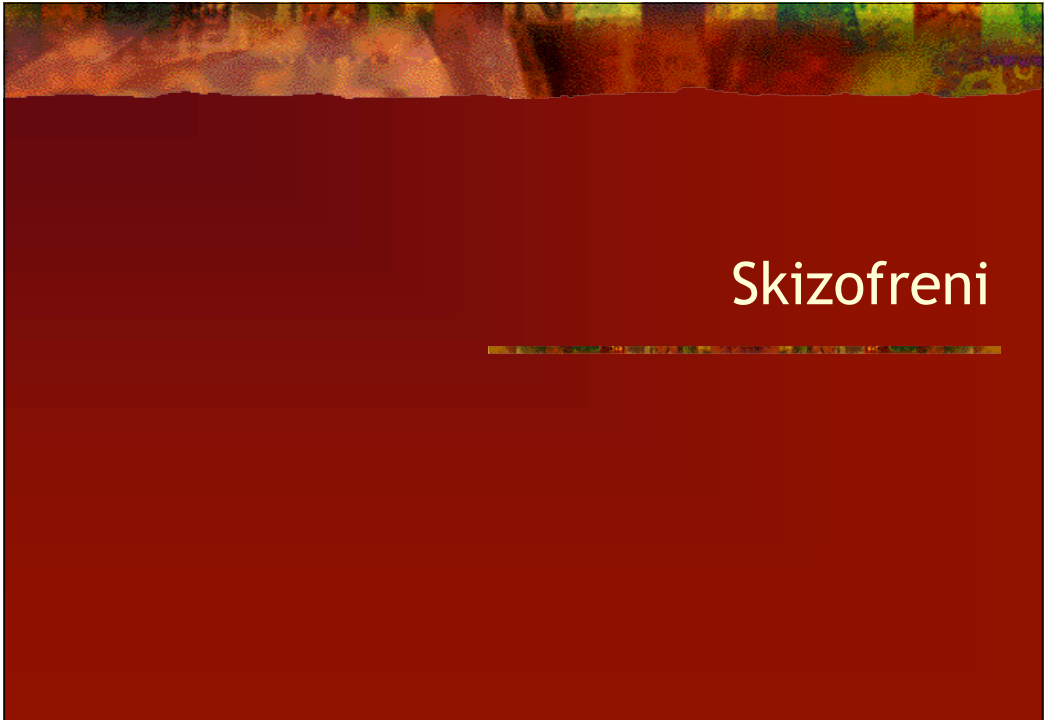


© Christian L. Carranza

Postoperative psykoser Eksempel - Cullberg

En ung akademiker med et påfaldende godt udseende fik ulcerøs colitis (akut blødende tarmkatar). Han havde lige siden den tidlige barndom haft denne sygdom, men hver gang havde sygdommen fortaget sig efter sædvanlig behandling. Hjemmemiljøet var temmelig neurotiserende. I det aktuelle tilfælde truede tarmen med at sprænges, og tilstanden kunne ikke behandles. Man besluttede derfor omgående at fjerne hele tyktarmen for at redde hans liv. Han blev forberedt på at skulle have en tarmåbning i siden. Da kirurgen ikke følte, at han kunne etablere nogen følelsesmæssig kontakt med patienten, tilkaldtes en rådgivende psykiater. Også over for denne var patienten afvisende, men gav også udtryk for stærk angst. Han sagde gang på gang, at han ikke havde nogen problemer, at han forstod, operationen måtte gennemføres, og at han ikke ville diskutere dette med nogen. Operationen forløb godt. Tre dage efter blev patienten imidlertid psykotisk. Han fik en klar forvirringspsykose; undertiden sagde han, at han var kvinde, undertiden at han var homoseksuel. Psykosen stod på i en uge, og patienten blev hele tiden plejet på den kirurgiske afdeling. Efter at have fået det bedre gik han til nogle samtaler på den psykiatriske afdeling. Han undgik dog omhyggeligt at komme ind på nogen som helst dybere psykologiske problemer og afbrød efter nogen tid kontakten.

© Christian L. Carranza



Skizofreni

Skizofreni

Epidemiologi: Oftest unge. Prævalens ca. 20000. Hyppigere i byer. Hyppigst lav social klasse.

Grundsymptomer: Ekspressive/kommunikative (kan iagttages)

- Autisme: Indadvendthed, tilbagetrækning, mangel på interesse for ydre stimuli.
- Associationsforstyrrelser: Tanker følger associationskæder.
- Ambivalens: Tvivlrådighed, som kan virke lammende.
- Affektive forstyrrelser: Forventelige følelsesmæssige udtryk optræder ikke eller afviger stærkt.

Accesoriske, produktive symptomer:

- Tankeforstyrrelser: Tankepåføring, tanketyveri.
- Hallucinationer: Hørelses-, lugt- og smagshallucinationer.
- Forfølgelses- og påvirkningsideer og bizarre vrangforestillinger.
- Motoriske symptomer og adfærdsforstyrrelser.
- Tvangsfænomener.

© Christian L. Carranza

Skizofreni

Basissymptomer: Indre oplevelser (skal udspørges). Psykosenære symptomer.

- Svær social tilbagetrækning.
- Svær selv-forsømmelse.
- Autisme.
- Svære formelle tankeforstyrrelser.
- Voldsom objektløs angst.
- Svære oplevelser af depersonalisation og derealisation (uvirkelighedsfølelse).
- Katastrofefølelse.
- Forvirring og desorientering.
- Voldsom motorisk uro.
- Ejendommelig adfærd.
- Pludselige irrationelle handlinger.
- Stupor og mutisme.
- Hallucinationer.
- Vrangforestillinger.
- Påfaldende ændringer i emotionalitet og stemning.

© Christian L. Carranza

Skizofreni

Første rangs symptomer (FRS): Positive symptomer (nytilkommet)

- Tankepåvirkningsoplevelser: Tanke-fradrag, tanke-påføring, tanke-udspredning, tanke-hørighed.
- Tredje-persons hørelsehallucinationer: Kommenterende stemmer, diskuterende stemmer.
- Styringsoplevelser: Påførte handlinger, påførte viljeimpulser, påførte følelser.
- Legemlige påvirkningsoplevelser.
- Vrangagtige sansningsoplevelser: "Delusional perceptions".

Negative symptomer:

- Træghed, sløvhed, affektaffladning, initiativløshed, passivitet.
- Sprogfattigdom, kontakt-forringelse.
- Manglende fremdrift eller interesser, tom eller formålsløs adfærd, indsynken i sig selv, social tilbagetrækning eller ensomhed.

Kataton adfærd: Legemlige motoriske symptomer. Stilstand (stupor) under fuld bevidsthed eller motorisk uro, oftest i form af gentagne stereotype bevægelser.

© Christian L. Carranza

Skizofreni

ICD-10

- I. 1. ≥ 1 første rangs symptom (FRS)
eller
2. Vedvarende bizarre vrangforestillinger
eller
- II. ≥ 2 af følgende:
 - 1. Vedvarende hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt indhold.
 - 2. Sproglige tankeforstyrrelser.
 - 3. Kataton adfærd.
 - 4. Negative symptomer.
- III. Varighed ≥ 1 måned.
- IV. Udelukkes:
 - 1. Primær affektiv sindslidelse.
 - 2. Organisk ætiologi.

Ved bizar forstås fuldstændig umuligt samt kulturelt uacceptabelt.

© Christian L. Carranza

Skizofreni

Typer

- 1. Paranoid skizofreni: 30-45 års alderen. Persekutoriske vrangforestillinger.
 - A. Almene kriterier for skizofreni opfyldte.
 - B. Vrangforestillinger eller hallucinationer fremtrædende.
 - C. Affekt-afladning eller -inkongruens, katatone symptomer og disorganiseret tale ikke fremtrædende.
- 2. Kataton skizofreni: 25-35 års alderen. Muskulære symptomer, spise- og drikkevægring.
 - A. Almene kriterier for skizofreni opfyldte.
 - B. > 2 uger ≥ 1 af følgende: Katalleptisk stupor eller mutisme, formålsløs psykomotorisk uro, abnorm legemsholdning eller -stilling, negativisme, rigiditet, flexibilitas cerea, automatisk lydighed.
- 3. Hebefreni: Tidlig debut 15-25 år. Vekslen mellem angst og psykoser. Tankeblokering, følelsen af at blive styret. Hallucinationer, destruktiv, dårligt organiseret
- 4. Simpel skizofreni: Langsomt fremadskridende, 18-25 års alderen. Passivitet, apati, desorganiseret
 - A. Gennem mindst 1 år snigende udvikling af: Personligheds- eller adfærdssændringer, negative symptomer, social funktionsnedsættelse.
 - B. Psykotiske symptomer har aldrig været til stede.
 - C. Organisk ætiologi udelukkes.

© Christian L. Carranza

Skizofreni

Eksempel

En 38-årig gift akademiker, hvis sygdom startede akut for nogle år siden. Retrospektivt kan patienten erindre, at han som teenager havde en markant tilbøjelighed til "at falde i staver". For eksempel kunne han kigge ud af et vindue i et par timer, uden egentlig at tænke på noget specifikt. I sit voksne liv har han haft ca. Tre perioder af flere måneders varighed med udtalt anhedoni, som han bekæmpede ved at hellige sig sit arbejde ekstra meget. Han kan også erindre, at han havde flere episoder, hvor han pludselig, og uden at ville dette kunne sige nogle korte sætninger, som ingen sammenhæng havde med situationen (f.eks. I en taxa til taxachaufførens forundring). Igennem sit arbejde har han haft forskellige internationale kontakter, også med fremmede regerings embedsmænd. Hans skizofrene episode syntes at være udløst af en terrorbombning af et luftfartsselskabskontor. Han blev umådelig optaget af denne episode og tilbragte de efterfølgende dage i en anspændt tilstand med at lytte til radioen for at opnå flere detaljer om ulykken. En dag, mens han kiggede på sin cigaretpakke som lå på bordet, blev han klar over, at cigaretterne lå i æsken på en anden måde, end da han lagde dem fra sig, og han blev øjeblikkelig overbevist om, at han skulle forges. I de efterfølgende dage var han utryk og mente, at fremmede agenter ville ham til livs. Under den første psykiatriske indlæggelse mente han, at alting på afdelingen var iscenesat, samt at medpatienter og personale var spioner. Han mente også, at han kone, som besøgte ham under indlæggelsen, ikke var hans rigtige kone, men en eksakt kopi af hende indsat af fremmede spiontjenester. Han begyndte at høre sine tanker højt som stemmer og hørte endvidere andre stemmer, som kommanderede med ham. Han troede i begyndelsen, at stemmerne kom fra hans brillestel, at der var installeret et senderapparat i hans briller, og at hans øjne var erstattet af filmkameraer, således at alt, hvad han så, blev registreret og gemt.

© Christian L. Carranza

Skizofreni

Årsager

Biologiske årsager:

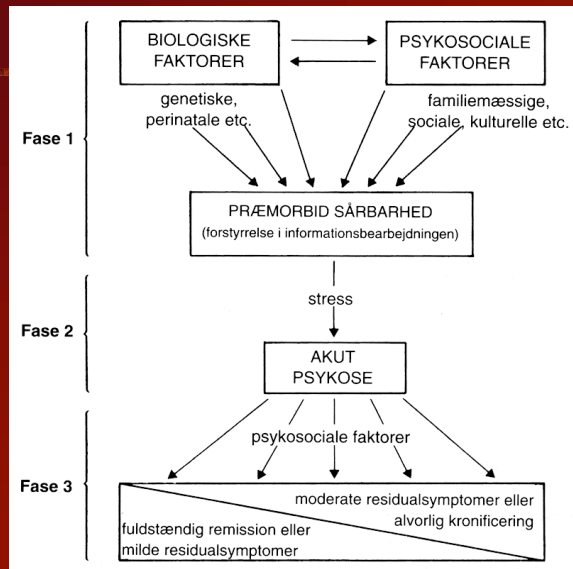
- Dopamin-teorien: Hæmning af receptoren. Serotonin også relevant.
- Genetiske faktorer: Arv, tvillingeundersøgelser.
- Cerebrale anatomiske forandringer: Forstørrede 3. ventrikel, cerebral atrofi.
- Præ- og perinatale faktorer: Hyppigere hos børn født i vintermånederne samt ved fødselskomplikationer. Virusbetinget ?

Psykologiske årsager:

- Udviklingspsykologisk: Barndomstraumer.
- Familiemønstre: Indre spændinger. Øget tendens til skizotype og skizoide personlighedsforstyrrelser i familien.
 - Skismatiske familie: Konstante konflikter.
 - Kaotiske familie: Svært at tolke forældrene.
 - Rigide familie: Stærk kontrol og tilbageholdenhed.
 - High expressed emotion: Emotionelle engagement er højt.

© Christian L. Carranza

Skizofreni - sårbarhedsmodellen



© Christian L. Carranza

Skizofreni

Forløb:

1. Akut psykose: Går over og vender ikke tilbage.
2. Tilbagevendende psykose: Efter 0,5-1 år indtræder i 50% af tilfælde fornyet tilfælde.
3. Primærkroniske type: Allerede første tilfælde efter varige forandringer.

Prognose:

- 25% er uden symptomer 5 år efter episode.
- 33% (yderligere) fungerer godt socialt.
- Øvrige er kroniske patienter.
- 50% forsøger selvmord. 10% begår selvmord.

© Christian L. Carranza

Skizofreni

Behandling:

- Psykofarmaka.
- Psykot terapi: Jeg-støttende kontakt. Psykodynamisk, kognitiv- og adfærdsterapi. Familiet erapi.
- Miljøterapi: Sociale foranstaltninger, job mv.

Tilstand:

Ukompliceret

Behandling:

Tbl. Zuclopenthixol 10-20 mg. x2 pr. Døgn

Tbl. Risperidon 6 mg. Pr. Døgn

Tbl. Olanzapin 10-15 mg. Pr. Døgn.

Ved stærk uro desuden Levomepromazin 50-100 mg. x2-3 pr. Døgn.

Tbl. Clonazepam 2 mg. x2-3 pr. Døgn.

Injektion påkrævet

Inj. Zuclopenthixol acutard 50-100 mg. I.m.

© Christian L. Carranza

Skizofreni

Medicinvirkninger:

- Ekstrapyramidale parkinsonsymptomer: Rysten, sitren, stivhed. Behandles med antikolinerg medicin.
- Akut dystoni: Smertefulde kramper i øjenmuskulatur mm.
- Akatisi: Pinefuld motorisk og sjælelig uro.
- Dysfori: Ulyst, håbløshed og passivitet.
- Tardive dyskinesier: Ufrivillig grimasser og tungebevægelser. Forsvinder ikke ved reduktion.

Tvang: anvendes når patienten er psykotisk og kan skade sig selv eller andre eller når den er nødvendig for at undgå en væsentlig forringelse af patientens helbredsudsigter.

Tvangsbehandling: Under indlæggelse med antipsykotisk medicin i laves mulig dosis.

Fiksering: Særligt urolige patienter, der er i begreb med at skade sig selv eller andre, som groft forulemper medpatienter eller over hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

© Christian L. Carranza

Psykoterapi

Psykodynamisk psykoterapi:

- Beskæftiger sig med årsagsaspektet. Arbejder med overføring og modoverføring.

Kognitiv psykoterapi:

- Bedre symptombeherskelse, realistisk selvfølelse, oplevelse af kompetence. Undersøge tankemæssige mønstre.

Kommunikationstræning:

- Gruppe mødes med terapeut. Deltagernes adfærd tolkes.

Kropsterapi:

- Træning i kropsgrenser og signaler fra kroppen. Kropspleje.

Gestaltende terapier:

- Maleterapi, musikterapi, lerskulpturering giver oplevelse at have udført noget. Eksternalisering af tanker og følelser.

Undervisning af pårørende:

- Seminarer, grupper af pårørende og familiebehandling.

© Christian L. Carranza

Skizofreni

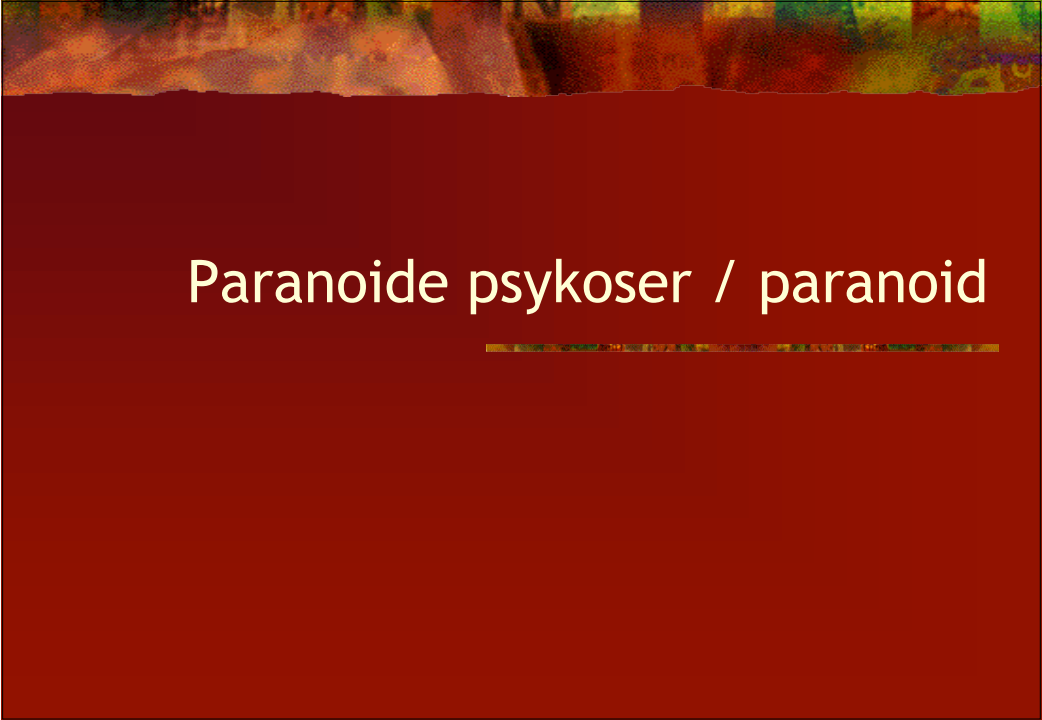
Revalidering:

- Tur i offentlige rum med kontaktperson.
- Etablering af familiekontakt/-terapi.
- Aftrapning af medicinering.
- Regelmæssig kontakt til kontaktpersonen.
- Kommunen: Bolighjælp, hjemmehjælp, dagcentertilknytning.
- Meningsfuld beskæftigelse.

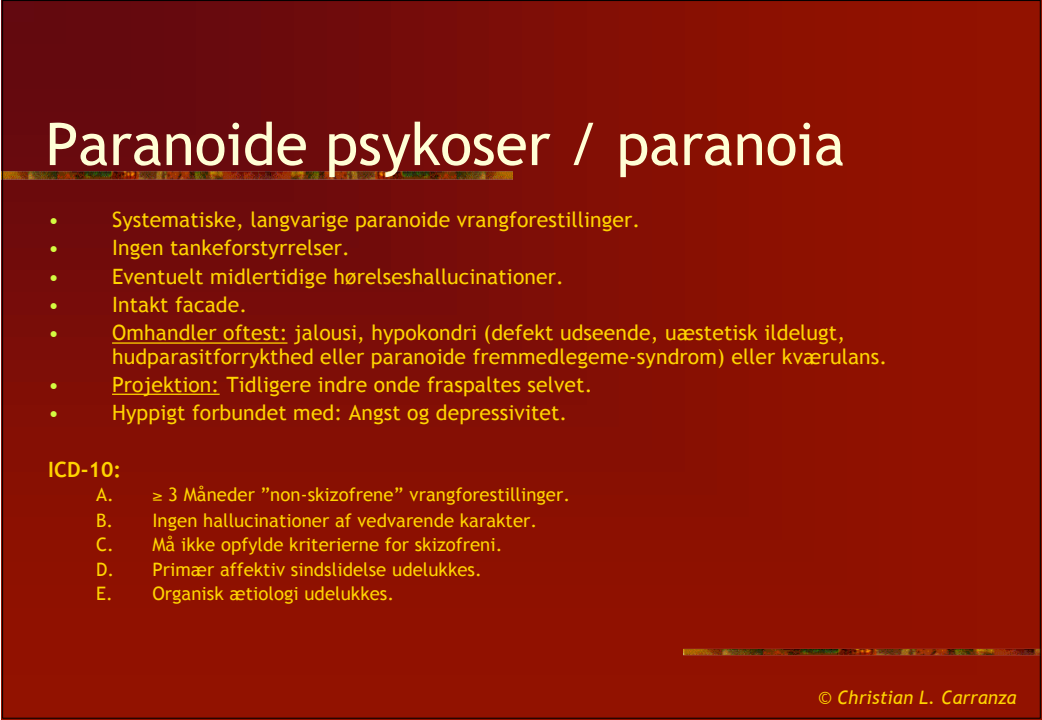
Pårørende:

- Katastrofe.
- Ekstremt angstfremkaldende situationer.
- Bliver nødt til at kontakte politiet.
- Smerte over ikke at have slået til kontra lettelse over at slippe for ansvaret.
- Svært forhold til lægelige behandler.
- Føler sig kritiseret og ikke forstået.
- Splitting.

© Christian L. Carranza



Paranoide psykoser / paranoid



Paranoide psykoser / paranoia

- Systematiske, langvarige paranoide vrangforestillinger.
- Ingen tankeforstyrrelser.
- Eventuelt midlertidige hørelsesshallucinationer.
- Intakt facade.
- Omhandler oftest: jalousi, hypokondri (defekt udseende, uæstetisk ildelugt, hudparasitforrykthed eller paranoide fremmedlegeme-syndrom) eller kværulans.
- Projektion: Tidligere indre onde fraspaltes selvet.
- Hyppigt forbundet med: Angst og depressivitet.

ICD-10:

- A. ≥ 3 Måneder "non-skizofrene" vrangforestillinger.
- B. Ingen hallucinationer af vedvarende karakter.
- C. Må ikke opfylde kriterierne for skizofreni.
- D. Primær affektiv sindslidelse udelukkes.
- E. Organisk ætiologi udelukkes.

Paranoide billeder

Paranoid skizofreni:

- Bizarre forestillinger, inkohærent (usammenhængende) tankegang, tydelige hallucinationer.

Paranoid psykose (Paranoia):

- Et langvarigt og stabilt paranoidt system med en ellers øvrigt klar og ordnet tankegang.

Akut og forbigående paranoid psykose:

- Udløses som regel af ydre belastning, akut forløb, går over uden at efterlade symptomer.

Paranoid personlighedsforstyrrelse:

- Urimelige, men ikke bizarre forestillinger om andres uvilje eller forsøg på obstruktion, paranoid jalousi, men ingen psykotiske vrangforestillinger. Kan være forløber for dybere paranoide forstyrrelser.

© Christian L. Carranza

Sammenligning af paranoide billeder

	Paranoid personlighed	Paranoia	Paranoid skizofreni
Hallucinationer	Ingen	Ingen	Ofte
Vrangforestillinger	Inge, måske overlødig ideer, "konspiratorisk verdensbillede"	Velsystematiserede vrangforestillinger	Vrangforestillinger kun delvis sammenhængende ofte bizart indhold
Personlighedsstil	Rigid, tør	Rigid, fjendtlig	Ejendommelig, bizar
Kontakt til omverdenen	Ofte interpersonelle konflikter; i vid udstrækning bevaret	Kamp mod "systemet", aktive forsøg på at "få ret"	Ofte retræte eller indifferens
Autisme, formelle tankeforstyrrelser	Ingen	Ingen, fraset paranoid, bagvendt logik	Til stede

© Christian L. Carranza

Paranoid psykose

Eksempel - Cullberg

En 48-årig tjenestemand i et serviceforetagende søger hjælp, fordi han ikke er klar over, om han er ved at blive sindsyg, eller om andre systematisk forfølger ham. Han har lagt mærke til, at arbejdskammeraterne gør små tegn til hinanden, når han taler ved et møde. Han mener også at have konstateret, at man har rodet hans papirkurv igennem, når han har været ude. Endelig mener han, at have bevis for, at cheferne har et sådant kendskab til hans private forhold, at det kun kan tyde på aflytning. Patienten er meget korrekt og behersket. Lægen får ved besøget en uklar følelse af, at der lige så godt kan være tale om realiteter som om sygelige forestillinger. Motivet skulle være advancementsstridigheder. Imidlertid virker patientens fremstilling urealistisk i den forstand, at det ser ud, som om hele virksomheden og især ledelsen ikke skulle tænke på andet end at bringe ham til fald. Patienten beklager sig over sine vanskeligheder og får en moderat fentiazindosis "imod den uro, som alle disse oplevelser fremkalder". Efter kort tids forløb taber man kontakten med ham uden at have fundet beviser for den ene eller den anden forklaring. En måneds tid efter henvender vedkommendes datter sig til lægen og fortæller, at hendes far i flere år har haft alvorlige forfølgelsesforestillinger, og at moderen er flyttet fra ham, fordi hun ikke kunne holde hans evindelige kværulere ud. Han modsætter sig nu enhver kontakt med psykiateren og er helt overbevist om, at han har ret i sine forestillinger.

© Christian L. Carranza

Paranoide psykoser / paranoia

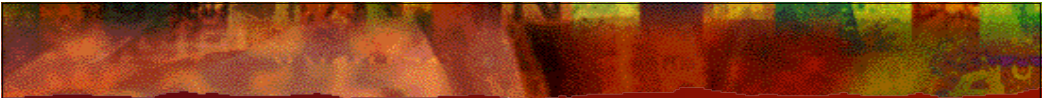
Behandling:

- Psykoterapi: Vanskelig/umulig at etablere kontakt.
- Psykofarmaka: Ingen helbredende virkning, men kan være nødvendig som depotformulering. Kan benyttes til lindring af angst.
- Accept af paranoia som et livsindhold.
- Psykosocialt: Bryde isolation.

Prognose:

- Dårlig, da de trækker sig ud af kontakten.
- "Stråletanter".
- Stor risiko for selvmordsforsøg.

© Christian L. Carranza



Skizoaffektive psykoser

Skizoaffektive psykoser

Definition:

- Episodiske psykoseformer, hvor affektive symptomer (maniske/hypomane eller depressive) forekommer i samme episode og i samme grad som skizofrene symptomer.

ICD-10:

- I. Kriterier for mani eller depressiv enkeltepisode af middelsvær eller svær grad opfyldte.
- II. Mindst 1 symptom i ≥ 2 uger af følgende:
 1. FRS.
 2. "Bizarre" vrangforestillinger.
 3. Irrelevant, inkoherent eller neologisk tale.
 4. Kataton adfærd.
- III. Affektive og skizofreniforme symptomer skal have været til stede samtidigt og i udtalt grad.
- IV. Organisk ætiologi udelukkes.

Skizoaffektive psykoser

Behandling:

- Psykofarmaka: Lithium, carbamazepin, valproat.
 - Akutte psykotiske episoder.
 - Forebyggende behandling.
- Psykoterapi: Dynamisk eller kognitiv.
- Miljøterapi.
- Psykosociale.

Prognose:

- Tilbagevendende psykoser.
- God prognose pga. Psykosefrie perioder.
- Kan tiltage i karakter ved svære former til egentlig skizofreni.

© Christian L. Carranza

Affektive lidelser

Sorg og depression

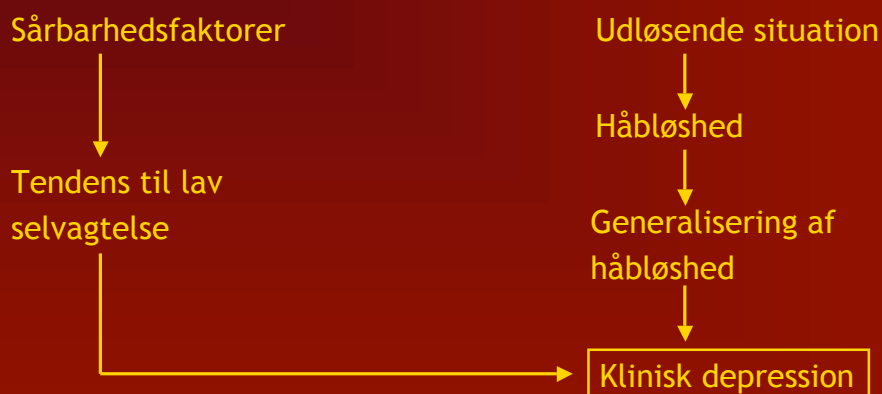
- Alle mennesker oplever depressive perioder.
- Først når personen selv eller omgivelserne generes er det et psykiatrisk problem.
- Flydende overgang mellem sorg og depression.
- Sorg: Umiddelbar forståelig reaktion.
- Depression: Årsagerne vanskeligere at få hold på.
- Vigtigt at kunne føle sorg i forbindelse med et tab, for at kunne bearbejde tabet.
- Patologisk sorg: Når sorgreaktionen bliver betydeligt stærkere, end man med rimelighed kunne forvente. Ambivalente følelser.

Depression:

- Udløsende faktorer: Ændringer i aktivitet eller livsrolle.
- Sårbarhedsfaktor: Mangel på et nært og fortroligt forhold til ægtefælle eller ven, mistet en mor før elleve år, flere end tre hjemmeboende børn, arbejdsløshed.
- Depressionsgrad: Afhængig af tidligere tab, tidligere depressive perioder.
- Håbløshed: Udløses ved tab af vigtig kilde til tilfredsstillelse.

© Christian L. Carranza

Brown & Harris' depressionsmodel



© Christian L. Carranza

Depression

Psykoanalytisk:

- Jeg'ets evne til narcissistisk tilfredsstillelse (gennem selvkærlighed) er defekt.
- For dyb kløft mellem jeg'et og jegidealet.

Årsager:

- Ydre hændelser af traumatisk art.
- Eventuel personlighedsforstyrrelse.
- Genetiske faktorer.

Komplikationer:

- Melankolsk forstærkning.
- Psykose: Virkelighedsforvrængning, hallucinationer.

© Christian L. Carranza

Dystymi

- **Definition:** Lettere form for depressivitet, med en langvarig nedtrykthed.
- Tidligere benævnt kronisk depressiv neurose.
- Enhver neurotisk tilstand medfører nederlagsfølelse og krænkelse, hvorfor der ofte også opstår depressivitet.
- De depressive symptomer kan afledes midlertidigt.
- Sekundærgevindest i forhold til andre: De bindes og skyldbelægges.
- Baggrunden kan være et tidligt afgørende tab.
- Risiko for: selvmordsforsøg, selvdestruktive handlinger, misbrug mv.
- Belastende sociale situationer forstærker individets negative selvbillede.
- Kan være afledende med en kamp mod ydre pres modsat egen person.

Behandling:

- Psykoterapi: Konflikten og det negative selvbillede kan blive afdækket.
- Psykofarmaka: Antidepressiva (SSRI).
- Psykosocialt.

© Christian L. Carranza

Dystymi

ICD-10

- I. Varighed ≥ 2 år med konstant eller hyppigt tilbagevendende depressiv forstemning.
- II. Kriterierne for moderat eller svær depressiv episode ikke opfyldte inden for 2-årsperioden.
- III. Ingen hypomane episoder.
- IV. Depressiv forstemning med ≥ 3 af følgende symptomer:
 - 1) Nedsat aktivitet eller energi.
 - 2) Søvnbesvær.
 - 3) Nedsat selvtillid eller utilstrækkelighedsfølelse.
 - 4) Koncentrationsbesvær.
 - 5) Lethed til tårer.
 - 6) Interessesvækkelse eller glædesløshed, nedsat libido.
 - 7) Håbløshedsfølelse.
 - 8) Uoverkommelighedsfølelse.
 - 9) Pessimistisk indstilling eller rugen over fortiden.
 - 10) Indadvendthed.
 - 11) Fåmælted.

© Christian L. Carranza

Depression og melankoli

Depression og melankoli

Epidemiologi: Hyppigere kvinder. Prævalens mænd 1-2%, kvinder 2-4%. Debut oftest ca. 40-års alderen.

3 hovedgrupper:

1. Depressiv enkeltepisode.
2. Tilbagevendende (periodisk) depression.
3. Vedvarende (kronisk) affektiv tilstand.

Inddeles i:

- Lettere.
- Moderate.
- Svære uden psykotiske symptomer.
- Svære med psykotiske symptomer.

Tidligere benævnt endogen (indefra) i modsætning til reaktiv depression.

© Christian L. Carranza

Diagnostiske kriterier i forbindelse med depressioner

Oprindelse	Endogen/exogen (reaktiv) Primær/sekundær
Personlighedstype:	Neurotisk/narcissistisk/borderline
Intensitet:	Dystymi Moderat depression Stuporøs depression
Klinisk type	Melankolisering/ikke melankolisering Psykotisk depression Maskeret depression Unipolær/bipolær depression

© Christian L. Carranza

Depression og melankoli

Påvirkede funktioner:

1. Sindsstemning.
2. Tankeindhold.
3. Viljesliv og handlekraft.
4. Vegetative og hormonelle funktioner.

Melankoli: Somato-psykisk præget reaktionsmåde.

- Legemlige symptomer som søvnforstyrrelse, appetitløshed og hæmmet motorik.

Grader af melankoli:

1. Moderat melankoli (moderat depression).
2. Dyb melankoli (svær depression).
3. Total - "stuporøs" melankoli.

© Christian L. Carranza

Melankoli

Moderat:

- Moderat sænkning af stemningslejet.
- Tankeindholdet præget af forestillingen om fiasko.
- Udpræget ulyst ved handling.
- Søvn mønstret forandret.
- Murrende navnløs angst.
- Hypokondre forestillinger.

Svær:

- Dybere sænkning af stemningsleje.
- Døgnvariation: Værst om morgenen.
- Tankeindholdet præget af selvforagt.
- Verden ond og meningsløs og fremtiden uden håb.
- Normale aktiviteter kraftigt mindsket. Psykomotorisk hæmning.
- Angstniveauet højt.
- Selvmordstanker.
- Appetitløshed og vægttab.
- Sexlysten forsvundet.
- Kropsholdning opgivende og mimikken næsten forsvundet.

© Christian L. Carranza

Moderat melankoli

Eksempel - Cullberg

En 40-årig mand føler, at alt er blevet håbløst. Han har en mentalt retarderet datter, som er flyttet hjemmefra, og som han tænker meget på. Derudover er der ikke sket noget særligt. Forholdet til hustruen opfattes som meget godt, og hendes hengivenhed over for manden er indiskutabel. Det kommer frem, at han for flere år siden har haft lignende perioder, som varede i nogle måneder. Han oplever nu en voldsom lede og selvforagt hver formiddag og kan dårligt nok slæbe sig af sted til arbejdet, hvilket han dog allivel gør på grund af pligtfølelse. Om aftenen kan han føle sig ganske veloplagt. Han fortæller, at hans faster har den samme tendens til periodevis at blive nedtrykt og passiv. Tilstanden opfattes som et melankolsk syndrom af moderat intensitet, og man går i gang med at behandle patienten med antidepressiv medicin i stigende dosering. Efter fire til fem dages forløb begynder han at føle sig bedre tilpas om morgenen og sover hele natten. Efter to uger er patienten remitteret, men må fortsætte med en reduceret medicinering yderligere en måneds tid. Der er ikke på dette tidspunkt tale om nogen problematiske følelser vedrørende datteren.

© Christian L. Carranza

Depressiv enkeltepisode af moderat grad

ICD-10

- I. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldte. Det vil sige:
 1. Varighed af depressiv episode mindst 2 uger.
 2. Ingen tidligere episoder med hypomani, mani eller blandingstilstand.
 3. Organisk ætiologi udelukkes.
- II. Mindst to af følgende depressive kernesymptomer:
 1. Nedtrykthed.
 2. Nedsat lyst eller interesse.
 3. Nedsat energi eller øget træthedsbarhed.
- III. Mindst fire af følgende depressive ledsagesymptomer:
 1. Nedsat selvtillid eller selvfølelse.
 2. Selvbefejdelser eller skyldfølelse.
 3. Tanker om død eller selvmord.
 4. Tænke- eller koncentrationsbesvær.
 5. Agitation eller hæmning.
 6. Søvnforstyrrelser.
 7. Appetit- eller vægtændringer.

© Christian L. Carranza

Dyb melankoli

Eksempel - Cullberg

En succesrig forretningsmand i 45-års alderen blev skilt. Moderen var død et års tid forinden, og patienten reagerede dengang med angst af en snigende karakter. I den aktuelle situation opsøgte han en psykiater, med hvem han diskuterede sammenhængen mellem angsten og tabet af moderen. Efter nogen tid fik han det bedre og etablerede et nyt forhold, som rummede mange positive elementer. Forholdet blev imidlertid opløst efter et års tids forløb på kvindens initiativ, og manden blev igen alene. Samtidig med dette var han ude for en del forretningsmæssig modgang og oplevede nu sin ensomhed som mere og mere pinefuld. Depressionen blev sværere, og han begyndte at få selvmordstanker. Han boede periodevis hos nogle af sine mange venner, fordi han var bange for, at han ellers skulle tage livet af sig. Vennerne forsøgte at overbevise ham om nødvendigheden af at lade sig indlægge, hvilket manden bestemt afviste. Det, som forhindrede selvmordet, var tanken om en sekstenårig søn. Pludselig blev depressionen endnu sværere. Manden talte om, at han var for ond til at leve, at han var det mest usle menneske i verden. Selv om hans firma gjorde gode forretninger, kunne han ikke glæde sig over dette, men så det bare som et udtryk for, at han havde bedraget hele sin omverden. Kort tid efter kørte han med høj fart ind i en bjergvæg og døde. De mange kompetente og engagerede mennesker omkring ham (deriblandt flere læger) var rystede og spurgte sig selv, hvorfor de alligevel ikke havde tvunget ham på hospitalet med politiets hjælp. En forklaring var, at de havde så stor respekt for hans person og viljestyrke, at de ikke havde magtet at sætte sig op imod ham og krænke hans integritet.

© Christian L. Carranza

Depressiv enkeltepisode af svær grad uden psykotiske sympt.

ICD-10

- I. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldte. Det vil sige:
 1. Varighed af depressiv episode mindst 2 uger.
 2. Ingen tidligere episoder med hypomani, mani eller blandingstilstand.
 3. Organisk ætiologi udelukkes.
- II. Alle tre af følgende depressive kernesymptomer:
 1. Nedtrykthed.
 2. Nedsat lyst eller interesse.
 3. Nedsat energi eller øget træthedsbarhed.
- III. Mindst fem af følgende depressive ledsagesymptomer:
 1. Nedsat selvtillid eller selvfølelse.
 2. Selvbefræjdelse eller skyldfølelse.
 3. Tanker om død eller selvmord.
 4. Tænke- eller koncentrationsbesvær.
 5. Agitation eller hæmning.
 6. Søvnforstyrrelser.
 7. Appetit- eller vægtændringer.
- IV. Ingen hallucinationer, vrangforestillinger eller depressiv stupor.

Let grad: A + 2B + 2C
Moderat grad: A + 2B + 4C
Svær grad: A + 3B + 5C

© Christian L. Carranza

Melankoli

Stuporøs melankoli:

- Stupor: Stærk nedsat reaktion på ydre stimuli.
- Domineret af håbløshedsfølelse.
- Selvhad, egen uselhed.
- Ingen arbejdsevne eller evne til social kontakt.
- Selvmordstanker uden initiativ til konsekvens.

Agiteret melankoli:

- Især midaldrene og ældre.
- Angstfuld klagen, lidende, ønsker redning.

Maskeret melankoli:

- Domineret af vegetative symptomer: Nedsat appetit, forstoppelse, mundtørhed, nedsat seksualitet.
- Tvangsneurotiske symptomer: Tvangstanker, -handlinger, ambivalens.
- Andre symptomer: Hovedpine, søvnforstyrrelser, hormonale forstyrrelser.
- Behandling: Antidepressiva.

© Christian L. Carranza

Depression og melankoli

Depressiv psykose (depression af svær grad med psykotiske sympt.)

- Billedet domineres af det bizarre, depressivt ændrede tankeindhold frem for vegetative hæmmede reaktioner.
- Vrangforestillingerne handler om:
 - Egen ondskab og værdiløshed: Forbrydelser, Satan selv, utroskab.
 - Legemlige sygdomme: Svære hypokondre forestillinger.
 - Forestilling om at være nødlidende: Økonomisk katastrofe.
 - Hallucinationer: Høre-.
 - Paranoide forestillinger: Forfølgelse.

© Christian L. Carranza

Depressiv psykose

Eksempel - Cullberg

En højt begavet mand gik ind i en svær depression en måneds tid efter, at han var tiltrådt en høj stilling. Han drak store mængder øl og spiritus for at dulme sin angst. I tankerne beskæftigede han sig meget med en yngre broder, som begik selvmord, da han selv var i teenagealderen. Han anklagede af uklare grunde sig selv for, at han, før broderen tog sit liv, havde udstødt ham af familien. Patientens selvhad intensiveredes, og han begyndte at tale om, at han var en ulv i menneskeskikkelse. Derefter kom der en udtalt forestilling om, at han var Djævelen, og han mente at høre hvirken om dette på den afdeling, hvor han var blevet indlagt. Han var skiftevis agiteret og hæmmet. Der var tale om en udtalt dødslængsel, men patienten kunne ikke tillade sig selv at begå selvmord - straffen var at leve i dette helvede. Det ville være formasteligt, hvis han fik lov at dø. Hverken samtaler eller antidepressiv behandling havde nogen virkning, og da patienten led alvorligt, og man frygtede et pludseligt selvmord, iværksatte man derfor en behandling med elektrochok. Han fik det bedre efter anden behandling og fik yderligere tre behandlinger.

© Christian L. Carranza

Depression og melankoli

Arvegang:

- 10-20% risiko for depression, hvis nogen i familien har det.

Affektive lidelser i livsperioderne:

- Ungdomsårene: Oftest neurotisk prægede depressioner. Identitets- og frigørelsesproblemer. Bipolær affektiv lidelse.
- Midalderen: Fejlslagne livsløsninger, ensomhed, skilsmisse, arbejdsproblemer. Narcissisten kan ikke længere kompensere med succes mv.
- Alderdommen: Følelsen ikke at være til nytte længere. Pseudodemens.

© Christian L. Carranza

Årsager til melankoli

Psykodynamisk:

- Freud: Dyb sorg over mistet objekt. Sorgarbejde skal erstatte det tabte. Melankoli årsaget af ikke gennemarbejdet objekttab i de første leveår. Udfald gøres mod jeg'et da det identificeres med objektet.
- Klein: Giver jeg'et skyld for den tomhed, som opleves. Angriber det onde selv for at beskytte det gode selv.

Biologisk:

- Transmittersubstanser: Serotonin, dopamin, noradrenalin (monoaminer) i for lav koncentration.
- Hypothalamus: Lav noradrenalin øger ACTH og kortisol.
- Corpus pineale: Melatonin hæmmer normalt kortisol.
- Centre i hjernen for universelle reaktionsmåder: vrede (hypothalamus), seksualitet (limbiske), glæde, sorg.
- Rent biologiske melankolier: Årstidsdepressioner ?

© Christian L. Carranza

Depression og melankoli

Behandling:

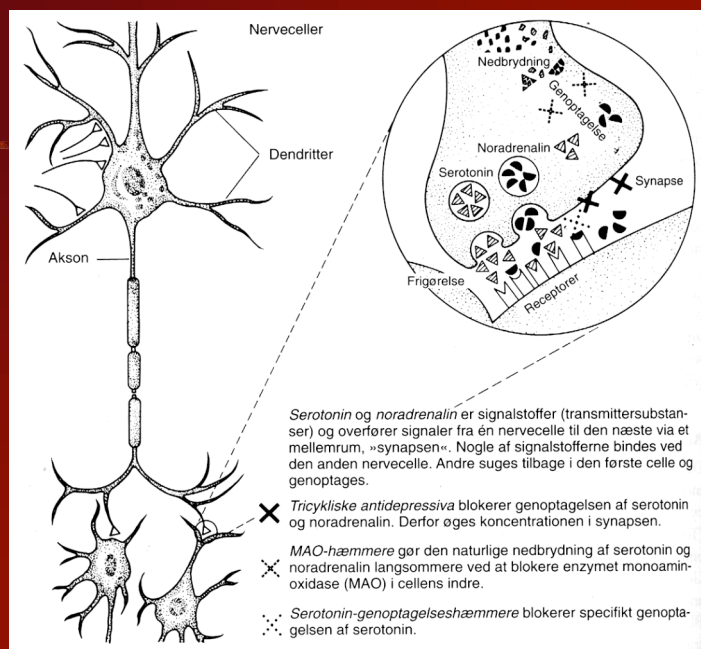
- Psykofarmaka: SSRI, SNRI, TCA, tetracykliske, MAO-hæmmere, Lithium, benzodiazepiner, antipsykotika.
- Indlæggelse: Ved ingen effekt af antidepressiva.
- ECT: Svære selvmordstanker, depressiv stupor.
- Psykoterapi: Afhænger af patientens villighed. Eventuelt interimistisk håb.
- Miljøterapi: Livsstil, motion, kost, nydelsesmidler, søvn.
- Lysbehandling: Vinterdepressioner.

Legemlige sygdomme med melankoli-lignende symptomer:

- Hypothyreose: Nedsat funktion af skjoldbruskkirtelen.
- Vitamin B12 mangel: Perniciøs anæmi.
- Østrogen: Præmenstruelt melakolsk syndrom.
- Addisons sygdom: Nedsat funktion i binyrebark.
- Parkinsons sygdom: Begrænset aktivitet, depressivitet bivirkning på levodopa.
- Betareceptor-blokkere: Blodtrykssænkende medicin.

© Christian L. Carranza

Synapse



© Christian L. Carranza

Mani og bipolar affektiv sindslidelse

Mani

Hypomani:

- Mild grad af mani. Løftet stemningsleje. Tankemæssig aktivitet stadig under kontrol. Højt kontaktberedskab, humør, mangel på koncentration. Selv føles intet behov for medicinering.

Manisk psykose:

- Opskruet stemningsleje: Enestående begavelse, genial, smukkeste osv.
- Labilitet: Aggressivt, gråd.
- Accellereret mental aktivitet: Større kapacitet og tempo.
- Nedsat evne til selvkritik: Skødesløshed, fejl.
- Generel ekspansivitet: Ekstravagant påklædning, øget seksualitet.
- Stærk motorisk uro: Ikke sidde stille, gestikulerer.
- Paranoide påvirkningsideer: Kan bryde igennem.

© Christian L. Carranza

Hypomani Eksempel - Cullberg

En 65-årig mand, som tidligere havde været psykisk rask, viste sig ved en undersøgelse foretaget under narkose at lide af kræft i endetarmen. Man havde ikke delagtiggjort ham i diagnosen før undersøgelsen, fordi man havde ment, at det drejede sig om blødninger fra hæmorrhoider. Da patienten var vågnet, fortalte kirurgen, hvad han havde konstateret, og sagde, at det var cancer. Dagen efter udviste patienten en stærk, nærmest munter uro, ønskede at blive udskrevet, sang, fløjtede og viste forskellige tegn på oprømt sindsstemning. Da den tilkaldte psykiater kom til stede, var patienten hidsig og knap nok indstillet på at lytte til spørgsmålene. Da han skulle fortælle, hvad der var sket, brød han ud i en rosende omtale af kirurgen, som han påstod var "den bedste læge i hele landet", og sagde at denne fremragende læge havde helbredt ham for hans alvorlige hæmorrhoidproblemer. Han ville nu selv male en række malerier (han havde i mange år været amatør-maler) som tak for, at alt var gået så godt, og for, at han nu var rask. Malerierne ville han skænke til kirurgen. Det var derfor nødvendigt, at han straks blev udskrevet. Da patienten blev spurgt, hvad han var blevet opereret for, rejste han sig heftigt op og sagde vredt, at det jo var hæmorrhoider, og at han var helt helbredt for dem. Herefter blev han igen glad og opstemt, sagde farvel og gik trallende ud gennem døren.

© Christian L. Carranza

Bipolær affektiv sindslidelse

Epidemiologi: 2-3 anfald i 35-40 års alderen. 50% med debut før 30 års alderen. Prævalens under 1%.

Årsager:

- Arv: 15-20% risiko for et barn af en med bipolær affektiv sindslidelse at få affektiv lidelse.
- Ydre belastning: Ikke nødvendigvis tydelig udløsende årsag.

Behandling:

- Ambulant (hypomani) / indlæggelse (mani).
- Psykofarmaka: Litium, benzodiazepin, antipsykotika, antiepileptika (stemningstabiliserende).
- ECT: Livstruende mani.
- Psykoterapi: Ikke helbredende formål, men støttende.

© Christian L. Carranza

Lithium

Fordele:

- Virkningen er sikker og velkendt.
- Bivirkninger er få og velkendte, tolereres i reglen godt.

Ulemper:

- Virkningen sætter langsom ind.
- Lithium har ingen sederende eller sløvende virkning, dæmper ikke angst og motorisk uro.
- Lithium kan ikke gives som indsprøjtning, kun som tabletter.
- Lithium hjælper ikke altid, når manisymptomerne er ukarakteristiske og atypiske.

Laboratoriekontrol ved forebyggende behandling:

- Serum-niveau af: Lithium, Creatinin, Thyroideastimulerende hormon (TSH).
- Initielt en gang om ugen, herefter en gang om måneden og endeligt hvert halve år.

© Christian L. Carranza

Litteraturliste:

Cullberg J "Dynamisk psykiatri 5 udg." (1999)
Vestergaard P, Sørensen T "Psykiatri" (2000)
Hemmingsen R et. al. "Klinisk psykiatri" (1994)

© Christian L. Carranza

www.carranza.dk