

NOTER I PSYKIATRI

af Asma Bashir

Københavns Universitet

www.asmabashir.com

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Psykiatriens Grundprincipper

Kapitel 2: Den psykiatriske samtale og undersøgelse

Kapitel 3: Organiske psykiske lidelser

Kapitel 4: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer

Kapitel 5: Skizofreni og beslægtede psykoser

Kapitel 6: Affektive Sindslidelser

Kapitel 7: Nervøse og Stressrelaterede tilstande

Kapitel 8: Adfærd ændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser

Kapitel 9: Personlighedsforstyrrelser

Kapitel 10: Mental retardering

Kapitel 11: ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse hos voksne

Kapitel 12: psykiatriske behandlingsmetoder

Kapitel 13: Retspsykiatri

Pensum:

"Psykiatri" fra FADL's forlag: Kap. 1-14

Klinisk Neurologi og Neurokirurgi Kapitel 4: Det motoriske system

WHO ICD-10 – Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – Klassifikation og diagnostiske kriterier

Noter fra forelæsninger og holdtimer

Noter fra klinik

Kapitel 1: Psykiatriens Grundprincipper

Deskriptiv Psykopatologi

I deskriptiv psykopatologi beskrives og defineres patienternes symptomer ud fra det, lægen ser og hører, men uafhængigt af teorier om symptomernes årsager eller formål.



Fænomenologisk psykopatologi

Den fænomenologiske psykopatologi søger en dybere forståelse af symptomernes udvikling, indbyrdes sammenhæng og betydning baseret på patientens subjektive oplevelse af sin tilstand.

Dynamisk psykopatologi

Den dynamiske psykopatologi beskriver psykiatriske symptomers formål med udgangspunkt i Sigmund Freuds teorier om det ubevidstes betydning.

Perceptionsforstyrrelser

- *Illusioner* – en mistydning af reelle sanseindtryk. Illustrationer kan opleves af både raske og psykisk syge og er derfor et usikkert sygdomstegn
- *Hallucinationer* – en perception, der opleves uden tilgrundliggende sansestimulation. Hallucinationer kan opstå inden for alle sansekvaliteter:
 - *Hørehallucinationer* – optræder hos mere end ½-delen af patienter med skizofreni. Stemmer kan tale til patienten (2-personshallucinationer) eller om patienten (3-personshallucinationer), hvor vedkommendes gøren og laden kommenteres og diskuteres af stemmerne (et såkaldt førsterangssymptom (FRS), karakteristisk for skizofreni). Ofte genkender patienten stemmerne som stammende fra forældre, ægtefæller eller andre nærtstående. I skizofreniens tidlige faser kan patienten opleve, at stemmerne høres inde i hans eget hoved, senere i sygdomsforløbet høres de som udefrakommende
 - *Tankehørighed* – patienten oplever sine egne tanker "tale højt"
 - *Synshallucinationer* – lysglimt eller hele figurer, mennesker eller dyr. Optræder ved organiske sindslidelser eller andre sygdomme som skizofreni
 - *Lugthallucinationer* – f.eks. det lugter råddent
 - *Smagshallucinationer* – alting smager giftigt
 - *Taktile (somatiske) hallucinationer* – i form af elektriske stød eller brændende og kravlende sansefølelser. Udover psykiske lidelser optræder de også ved organiske lidelser f.eks. ved indtagelse af misbrugsstoffer som kokain og amfetamin (en oplevelse af dyr under huden (kokaindyr))
 - *Bizarre kropsfølelser* – trækken i tarmene eller seksuel stimulation

Tankeforstyrrelser

- Formelle tankeforstyrrelser
 - *Metonymisk* – ordenes betydning glider fra den gængse til en, som kun patienten kender
 - *Neologismer* – nydannelse af sære ord, som kun patienten kender
 - *Loosening of association* – opløsning af sproget (kendertegner skizofrene patienter)
 - *Pars pro toto* – begreber flyder sammen på basis af detalje-ligheder
 - *Konkret tænkning* – begreber forstås og benyttes bogstaveligt, abstraktionsevnen og anvendelse af sproglige symboler
 - *Inkohærens* – sætningskonstruktioner opløses, og talen forvandles til ordsalat
 - *Manieret sprog* – kringlet, omstændelig og opstyltet sprogbrug
 - *Vagthed* – lange forklaringer rummer reelt ingen information, som om patienten taler udenom.

Vrangforestillinger

En urokkeligt, ofte falsk overbevisning, som ikke påvirkes af rationelle argumenter og modbeviser, og som ikke er forventelig i den givne kultursammenhæng. Forestillingerne er bizarre, når deres indhold er åbenlyst absurd, fuldstændig umuligt eller højst usandsynligt og kulturelt uacceptabelt.

Vrangforestillingernes tema:

- Forfølgelse (persekutoriske vrangforestillinger) – patienten oplever at naboen eller organisationer (CIA, rockerne) er efter ham
- Selvhenførende vrangforestillinger – patienten mener, at tilfældige handlinger, tegn og bemærkninger fra personer i omgivelserne har særlig betydning for ham.
- Storhedsforestillinger (megalomani)
- Magiske evner (omnipotens)
- Tab og forfald (nihilisme)
- Abnorme sygdomstegn (hypokondri)
- Utroskab (jalousiforestillinger)

Influensfænomener

Oplevelsen af udefrakommende styring af tanker og bevægelser, at andre f.eks. stjæler den skizofrene patients tanker ud af hjernen eller indsætter fremmede tanker (tankefradrag og tankepåføring). Patientens tanker kan også transmitteres offentligt via radio og fjernsyn (tankespredning).

Transitivisme

Patienten oplever at han flyder sammen med omgivelserne og ikke længere kan afgrænse sit "jeg" fra andre.

Tvangstanker og -handlinger

Tvangstanker er tilbagevendende, ofte ubehagelige, tanker som dukker op i patientens bevidsthed imod hans vilje, og som han ikke kan frigøre sig trods ønsket herom. Tvangstanker, også kaldet *obsessioner*, virker urimelige og absurde. Patienten er ikke i tvivl om, at tankerne er produceret i hans egen hjerne og ikke plantet der (influensfænomener).

Tvangshandlinger eller *kompulsioner* er ofte forbundet med tvangstanker og de er gentagne, stereotype, men tilsyneladende hensigtsmæssige handlinger, som patienten føler sig tvunget til at udføre trods modstand herimod og oplevelse af handlinger er irrationelle. Tvangshandlinger har det formål at reducere spænding og ængstelse som opbygges af plagsomme tvangstanker.

Ændret sindsstemning

- *Forsænket som ved depression* – præget af tristhed og tungsind
- *Eleveret som ved mani*
- *Apati* – mangel på følelser, ingen tristhed, ingen glæde, ingen vrede
- *Anhedoni* – glædesløshed
- *Labile følelser* – følelserne kan skifte hurtigt og abrupt
- *Fladt følelsesliv* – variation i følelser er forsvundet
- *Emotionel inkontinens* – følelserne kan strømme over i alle retninger

Dissociative symptomer

- *Depersonalisation* – at opleve selvet og egen person som uvirkelig
- *Derealisation* – uvirkelighedsfølelsen er knyttet til ting eller personer i omgivelser

Forstyrrelser i psykomotorik

- Katatone symptomer:
 - *Stereotypier* – ens, gentagende, ikke målrettede handlinger
 - *Mannerismer* – målrettede handlinger der fremtræder aparte og overdrevne
 - *Katalepsi* – en tilstand, hvor en patient over længere tid bliver stående eller liggende i samme abnorme stilling
 - *Fleksibilitas cerea* – patienten kan som en voksfigur anbringes i forskellige kroppsstillinger, som han ikke ændrer i et påfaldende langt tidsrum
 - *Negativisme* – en tilstand, hvor patienten reagerer modsat af, hvad han bliver bedt om, f.eks. på lægens anmodning om at kooperere ved undersøgelse for legemlig sygdom
 - *Ekkopraksi* – de tilstande, hvor en patient automatisk imiterer undersøgerens bevægelser trods opfordring til at kooperere
 - *Stupor* – en tilstand, hvor patienten ligger stille og ubevægelig hen uden at respondere på tiltale. Refererer også til en bevidsthedsændring, hvor personen er tavs og ikke responderer på stimuli, men er ved bevidsthed og følger omgivelserne med øjnene.
 - *Agitation og excitation* – ↑ psykomotorisk tempo, ses ved mani og sjældent ved depression
 - ↓ *Psykomotorisk tempo* – ses ved depression. Ophævet ansigtsmimikken og ↓ af antallet af spontanbevægelser. Lang latenstid
 - *Tics* – irregulære, gentagne bevægelser, der involverer en bestemt muskelgruppe, f.eks. blinken med øjnene

Forstyrrelser i kognitive funktioner

- *Hukommelsesforstyrrelser* – optræder ved organiske lidelser som delir (den umiddelbare genkendelse), amnestisk syndrom (korttidshukommelsen) samt demens (langtidshukommelsen)
- *Opmærksomheds- og koncentrationsforstyrrelser*
- *Eksekutiv funktion* – denne funktion bruges til at planlægge og initiere handlinger. Funktionen er lokaliseret i frontallapperne, og som er forstyrret ved en række psykiatriske tilstande.

Psykose

Det væsentligste element i psykosebegrebet er den defekte realitetstestning: evnen til at vurdere, om oplevelser og forestillinger har virkelighedspræg, om de deles af andre raske personer med samme kulturelle baggrund. Heraf følger, at psykotiske mennesker tror så fuldt og fast på deres oplevelser og forestillinger, at de ofte handler efter dem, også selvom dette medfører fare for deres eget liv.

De alfanumeriske diagnosekoder

ICD-10 diagnosekategorier:

- F00-09 – Organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser
- F10-19 – Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
- F20-29 – Skizofreni, skizotypisk sindslidelser, paranoide psykoser, akutte forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser
- F30-39 – Affektive sindslidelser
- F40-49 – Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer
- F50-59 – Adfærdændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
- F60-69 – Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd
- F70-79 – Mental retardering (åndssvaghed)
- F80-89 – Psykiske udviklingsforstyrrelser
- F90-98 – Adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens
- F99 – Psykisk lidelse eller forstyrrelse, ikke på anden måde specificeret

Kapitel 2: Den psykiatriske samtale og undersøgelse

Interviewteknik ved den psykiatriske undersøgelse

- Opnå primært emotionel kontakt med patienten
 - Stil brede og imødekommende spørgsmål
 - Lad patienten tale, og spørg indledningsvis kun for at få patienten til at tale videre
- Giv patienten en fornemmelse af at være forstået
 - Brug senere en blanding af åbne og specifikke spørgsmål
- Få indtryk af patientens emotionalitet
 - Opnå specifik information
 - Vær ikke bange for at spørge om "følsomme emner" som seksualitet og selvmordstanker
- Skab mulighed for at patienten kan stille spørgsmål

- Giv patienten anledning til at føle håb
- Aftal medinddragelse af patientens pårørende
- Etabler en behandlingsalliance

Den psykiatriske samtale

- Information om de psykiske problemer og deres baggrund
- Fornemmelse af patientens tanker, følelser og holdninger
- En arbejdsdiagnose
- En terapeutisk alliance

Den psykiatriske anamnese

- Patientens data:
 - Alder
 - Køn
 - Evt. arbejde eller pensioneret
 - Status
 - Etnisk baggrund
- Årsager til henvisningen:
 - Hvem henviser patienten?
 - Hvad er årsagen til henvisningen?
 - Kommer patienten selv eller er presset af andre f.eks. familie eller arbejdsgivere?
- Hovedklager
- Familiens historie:
 - Forældrenes alder ved patientens fødsel
 - Antallet af søskende (er patienten tvilling?)
 - Dødsfald blandt forældre eller søskende i patientens opvækstår
 - Separation eller skilsmisse hos forældrene
 - Økonomiske, bolig- og beskæftigelsesmæssige forhold i familien
 - Sværere sygdomme, eventuelt arvelige, i den nærmeste familie
 - Misbrug af spiritus eller medicin blandt nærmeste slægtninge
- Patientens personlige historie:
 - Den tidlige barndom
 - Problemer i forbindelse med patientens fødsel og opvækst
 - Specielle sygdomme, stress eller længerevarende adskillelse fra forældrene
 - Skolegang og uddannelse
 - Skoleproblemer, indlæringsvanskeligheder og eventuelle sansedefekter
 - Forholdet til kammeraterne, herunder eventuel mobning
 - Skoleafslutningen, den videre uddannelse
 - Militærtjenestens forløb (den viser for mænds vedkommende, hvorledes udfordringer, fysiske anstrengelser og samvær med andre håndteres)
 - Eventuelle kriminelle forhold

- Beskæftigelsesforholdene:
 - Stabilitet i arbejdsforholdene
 - Antal arbejdsskift og om disse er frivillige eller optræder på grund af afskedigelser
 - Forholdet til arbejdskolleger
- Den aktuelle sociale situation:
 - Samliv og psykoseksuelle forhold, eventuelt ægteskab
 - Antallet af eventuelle børn, om disse er fra nuværende forhold eller fra et tidligere, og de frembyder problemer
 - Den aktuelle beskæftigelsesmæssige situation, bolig og økonomi
 - Fritidsinteresser
 - Biologiske forhold som alder ved menarche, menstruationsforstyrrelser, graviditeter og eventuel menopause
 - Seksuelle samlivsproblemer med partneren
 - Problemer med den seksuelle orientering
 - Seksuelt misbrug
- Den somatiske baggrund
- Den psykiatriske baggrund og beskrivelse af personligheden:
 - Arten af psykisk sygdom
 - Varigheden
 - Blev sygdommen behandlet (under indlæggelse?)
 - Behandlingstiden, arten, effekten og eventuelle bivirkninger ved medicinsk behandling
 - Er patienten fortsat i behandling med psykofarmaka? Hvilket præparat og i hvilke doser?
- Forbruget af vanedannende medicin og misbrugsmidler:
 - Orientering om patientens forbrug af benzodiazepiner, alkohol, cannabis, opioider og centralstimulerende midler
 - Er der tale om et større dagligt forbrug?
 - Er patienten under samtalen påvirket?
 - Er der tale om afhængighed?
 - Har der tidligere været misbrugsperioder?
 - Fysiske symptomer?
 - Abstinenssymptomer?
 - Skader som følge af misbrug?

Den objektive psykiatriske undersøgelse

- Generel beskrivelse af patienten:
 - Fremtoning
 - Hygiejnisk?
 - Forpint og bizar i kropsholdning og påklædning?
 - Urolig kropsholdning
 - Tegn på vægttab? Depression og anorexia nervosa
 - Adfærd og psykomotorisk aktivitet:

- Maniske tilstande → en ↑ motorisk aktivitet
- Depressive tilstande → en ↓ motorisk aktivitet
- Tics, dystonier og dyskinesier som ufrivillige bevægelser i forskellige muskelgrupper
- Kontaktform og holdning til undersøgeren:
 - Samarbejdsvillig, interesseret og indstillet på behandling?
 - Fjendtlig, forsvarspræget eller ligeglad?
 - Evnen til kontakt
- Emotionel fremtoning, stemningsleje:
 - ↓ stemningsleje → depression
 - ↑ stemningsleje → mani
 - Euforisk stemningsleje – et kunstigt og ukritisk opstemt niveau
 - Dysforisk stemningsleje – et mismodigt, irriteret og vredladent præg
 - Fatuidt stemningsleje – en primitiv og fjoget adfærd
- Affekter – umiddelbare situationsbetingede følelsesreaktioner
 - Affektlabilitet med svingende affekter udløst ved ringe foranledning ses ofte ved organisk betingede tilstande som demens og hjerneskade
- Tale og sprog
 - Verbale og klang associationer, hvor der associeres på hhv. ord og lyde
 - Neologismer – nye ord sammensæt uden gængs logik
 - Tankeforstyrrelser i form af vaghed eller tomgangssprog
- Tænkning
 - Manisk tankeflugt – tankerne fyrer af sted
 - Depression – langsommere og hæmmende
 - Spærring – patienten associerer i normalt tempo for pludseligt at stoppe op, oftest når affektbetonede emner berøres
 - Inkohærent tankegang – de normale associationslove følges ikke
 - Persevererende måde at tænke på – en fastlåst tankegang i tidligere emner i et sådant omfang, at det skaber irritation i omgivelserne
 - Paranoid tankegang – en indholdsmæssig forstyrrelse af tankerne, karakteristisk af vrangforestillinger, hvor realitetsoplevelsen er forstyrret, og hvor den paranoide ikke lader sig korrigere, selvom tankeindholdet åbenlyst strider imod kendsgerningerne
 - Overlødige ideer – optaget i urimelig grad i et bestemt tankesæt
 - Tvangstanker – at vende tilbage igen og igen til et bestemt tankemæssigt indhold
- Perception:
 - Evnen til sansning, perception
 - Evnen til at koncentrere sig, opmærksomhed
 - Vigiliteten, som er evnen til at opfange sanseindtryk
 - Tenaciteten, som er evnen til at fastholde opmærksomhed
 - Illusioner – forkerte fortolkninger af reelle sanseindtryk
 - Hallucinationer – sanseoplevelser uden reel sansemæssig foranledning
 - Følelsen af depersonalisation – selvet er forandret og uvirkeligt

- Følelsen af derealisation – ting er forandrede og uvirkelige
 - Bevidsthedsniveau og klarhed
 - Somnolens, sopor og koma
 - Kognition:
 - Opmærksomhed, inkluderende vigilitet og tenacitet
 - Orientering. Patienten udspørges om tid, sted og egne data
 - Oplysninger i forbindelse hermed indgår også i vurderingen af bevidsthedsniveau og -klarhed
 - Hukommelse. Langtids- og korttidshukommelse
 - Visuospatialevne. Fornemmelsen for rumlige dimensioner
 - Læse- og skriveevne
 - Abstrakt tænkning. Evnen til at tænke overordnet og symbolsk
 - Hukommelsen
 - Amnesi – manglende evne til at huske episoder
 - Hypermnesi – en ↑ hukommelse
 - Paramnesi – falske erindringer af oplevelser, man ikke har gennemlevet
 - Konfabulationer – man udfylder erindringshullerne med falske erindringer
 - Deja-vu – en falsk erindring, som går ud på, at man har oplevet den nuværende situation tidligere
 - Impulskontrol:
 - Kontrol af sine impulser især de aggressive og seksuelle
 - Vurderingsevne og indsigt
 - Hvor realistisk er patienten?
 - Har patienten indsigt i sine sygdomsproblemer?
- Realistisk indsigt er en forudsætning for et vellykket behandlingsmæssigt samarbejde – den såkaldte *psykoekdukation*, hvis formål det er at bibringe en patient indsigt i sin egen sygdom

Diagnoseforslag

En foreløbig vurdering af forløb og prognose

En undersøgelses- og behandlingsplan

- Laboratorieanalyser
- Elektrofysiologiske undersøgelser
- Scanningsundersøgelser
- Somatiske undersøgelser

Kapitel 3: Organiske psykiske lidelser

ICD-10-klassifikation af organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser

- F00: Demens ved Alzheimers sygdom
- F01: Vaskulær demens
- F02: Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds
- F03: Demens, uspecificeret

- F04: Organisk amnestisk syndrom, ikke fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
- F05: Delir, ikke fremkaldt af alkohol eller psykoaktive stoffer
- F06: Andre psykiske lidelser forårsaget af hjernebeskadigelse eller dysfunktion eller af legemlig sygdom
- F07: Personligheds- og adfærdsforstyrrelse forårsaget af sygdom, beskadigelse eller dysfunktion af hjernen
- F09: Organisk eller symptomatisk sindslidelse eller personlighedsforstyrrelse, uspecificeret

Karakteristiske symptomkomplekser ved forskellige lokalisationer af hjerneskade

- Symptomer ved frontallapssyndrom
 - Svigtende motivation og initiativ
 - Koncentrationssvækkelse
 - Emotionel afstumpethed
 - Manglende emotionel kontrol, evt. hæmningsløshed
 - Manglende situationsfornemmelse og sygdomsindsigt
 - Dårligere evne til planlægning og problemløsning (eksekutiv funktion)
- Symptomer ved temporallapssyndrom
 - Svækkelse af
 - Korttidshukommelse
 - Episodisk hukommelse (autobiografi)
 - Semantisk hukommelse (almen viden)
 - Visuel agnosi (genstand- og/eller ansigtsagnosi)
 - Impressiv afasi
 - Ekspressiv afasi (især navne- og navneordsafasi)
- Symptomer ved parietallapssyndrom
 - Svækket rum-/retningssans f.eks. topografisk agnosi (kan ikke finde vej)
 - Højre-venstre konfusion
 - Dyskoordination af kropsbevægelser (apraksi)
 - Akalkuli, aleksi, agrafi (Gerstmanns syndrom)

Demens

Demens er et syndrom, der er karakteriseret ved forstyrrelser af højere hjernefunktioner som hukommelse, tænkeevne, orientering, sprog, planlægning og dømmekraft, men inddrager også følelsesliv og adfærdstyringer. Bevidsthedsklarheden er ikke påvirket. Der sker en reduktion af åndelige evner, dvs. den adskiller sig fra den medfødte mentale retardering, som er en mangelfuld udvikling af evner.

Symptomer:

- Kognitive symptomer, der afspejler specifikke neuropsykologiske dysfunktioner
 - Svækket hukommelse – glemsomhed, vanskeligheder ved at indlære alt nyt materiale
 - Sproget ændres, udtyndes og bliver fattigt på ord
 - Tankegangen præges af langsomhed, koncentrationsbesvær og let afledelighed, evnen til at tænke abstrakt tabes
 - Orientering af tid og sted forsvinder

- Genkendelse af ægtefælle og familie aftager
- Funktionssymptomer, dvs. den ↓ praktiske formåen, bortfald af arbejdsevne og tiltagende arbejdsløshed
 - Apraksi f.eks. påklædningsapraksi
 - Agnosi f.eks. at opleve tv-billeder som reelle begivenheder i hjemmet.
- Adfærdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer, ofte en direkte årsag til plejehjemsbehov
 - Rastløshed
 - Verbal og fysisk aggressivitet
 - Bortgang og såkaldt trailing
 - Seksuelle forstyrrelser
 - Ængstelighed bl.a. for at blive ladet alene
 - Emotionelle forstyrrelser i form af irritabilitet, ængstelse og tristhed
 - Hallucinationer og vrangforestillinger
 - Slutstadium: primitive reflekser som gribereflekser og suttereflekser

Mistanken opstår først hos de pårørende, hvor de registrerer svækket hukommelse og diskrete ændringer i adfærden. Mistanken til demens kan bestyrkes ved MMSE, den såkaldte *Mini Mental State Examination* bestående af 11 punkter (se s. 49 i lærebogen). Ved MMSE-testen kan man maksimalt opnå 30 point, og en score på < 24 tyder på mental reduktion, for veluddannede ældre < 28 point. Undersøgelsen siger intet om årsagen til funktionsnedsættelsen, som foruden demens f.eks. kan være almen svækkelse, ↓ hørelse, synsfeltdefekter, afasi, depression og delir.

Patienten skal også undersøges for de intrakranielle tilstande og almenmedicinske sygdomme, der kan forårsage demens eller dementielle symptomer og er behandlelige (en supplerende anamnese, neurologisk undersøgelse, måling af blodtryk, vurdering af syn, hørelse samt laboratorieundersøgelser af blod (hæmoglobin, elektrolytter, kreatinin, calcium, TSH, faste blodsukker, B12, folat, leverenzym) og urin, røntgenundersøgelser af thorax og CT/MR-scanning af hjernen). Hvis fortsat usikker diagnose, henvises patienten til neurologiske, psykiatriske eller gerontopsykiatriske specialister, eventuelt supplerende neuropsykologiske undersøgelser og PET- eller SPECT-scanning.

Forskellen mellem depression og demens:

Depression

Udvikles hurtigt
Tidligere depression
Beklager sig kognitiv
Klager detaljeret
Pointerer fiasko
Opgiver opgaver
Opgiver at følge med
Døgnvariation
"Ved ikke" svar

Demens

Udvikles langsomt
Ikke tidligere depression
Beklager sig ikke
Vage klager
Pointerer hvad man kan
Prøver at klare opgaver
Noter og kalendere
Hele tiden
Prøver at svare

Differentialdiagnoser:

- Depression
- Delir

- Misbrug
- Afasi
- Svækket syn og hørelese
- Bivirkninger ved en række medikamenter
- I sjældne tilfælde metaboliske og endokrine sygdomme, tumorer, traumer og infektioner

De hyppigste årsager til demens

Alzheimers sygdom (50-60 %) – F00

Alzheimers sygdom er en degenerativ hjernelidelse, der medfører global hjerneatrofi, som tidligt rammer især kolinerge neuroner i neocortex og hippocampus og dermed højere kognitive funktioner som f.eks. hukommelsen. Histologisk ses forandringer, kaldet senile plaques og neurofibrillære degenerationer ("tangles").

Plaques findes ekstracellulært, består af peptidet β -amyloid, som er et spaltningsprodukt af membranproteinet APP (amyloid precursor protein). Intracellulært "tangles" består af abnormt fosforyleret såkaldt tauprotein. I forbindelse med dannelsen af disse abnorme proteinstrukturer degenererer visse neuroner (især acetylkolinproducerende), og antallet af neuronale synapser formindskes. Efterhånden som sygdommen progredierer, svækkes ikke blot den kolinerge neurotransmission, men også aktiviteten af andre signalstoffer som serotonin, noradrenalin og GABA (gammaaminosmørsyre) reduceres.

Man skelner mellem tidlig Alzheimers (< 65 år) med hurtig progression og sen Alzheimers (> 65 år) med langsommere progression.

Begyndelsessymptomer: svækket hukommelse, apati og uopmærksomhed med personlig hygiejne.

Senere symptomer:

- Hukommelsesforstyrrelser
- Rumlige orienteringsforstyrrelser
- Apraksi
- Agnosi
- Afasi

Fælles symptomer med depression:

- ↓ stemningsleje
- Selvmordstanker
- Apati
- Tab af interesser
- Søvnforstyrrelser
- Agitation – uro
- Tænke- og koncentrationsbesvær

Vaskulær demens (20-30 %) – F01

Den hyppigste form skyldes multiple infarkter i hjernen hos mennesker med arteriosklerotisk lidelse.

Makroskopisk findes multiple cerebrale infarkter og lokaliseret atrofi med sekundær breddeforøgelse af hjerneventriklerne. Ved røntgenundersøgelse findes arteriosklerotiske forandringer af hjernens store kar. Ved MR-scanning kan man også påvise talrige såkaldte *white matter lesions*, som er beskadigelser af hjernevævet pga. lækage fra arteriosklerose.

I anamnesen optræder ofte faldtilbøjelighed, mobilitetsforstyrrelser, transitorisk cerebral iskæmi eller apopleksi. Der kan også ses følger som subkortikal skade f.eks. psykomotorisk langsomhed, dysamnesi (lettere hukommelsessvækkelse), personlighedsændring, perseveration, eksekutiv dysfunktion, dysartri samt evt. bradykinesi og gangforstyrrelser.

Demens ved andre hjernelidelser – F02

- *Picks sygdom (F02.0)* – fra 40-60 års alderen. Frontallapdemens adfærdsforstyrrelser, affektive symptomer (apati, emotionel afladning), tiltagende forarmning af den sproglige funktion, ↓ koncentration og indlæringssevne. Bevaret rumretningssans og praktiske handlemønstre. Ingen fysiske symptomer. Tidligt fortabes den sociale fornemmelse. Patienten fremtræder persevererende, uhæmmet, rigid og stædig. Senere hukommelsessvækkelse.

Patologiske anatomiske forandringer: atrofi af frontal- og temporallapper. Histologiske forandringer ved 50 % af tilfældene: intracytoplasmatiske neuronale inklusionslegemer (Pick-legemer)

- *Creutzfeldt-Jakobs sygdom (F02.1)* – en fatalt forløbende såkaldt spongioform encefalopati. Sygdommen tilhører gruppen af human prionsygdomme, der både optræder i en arvelig og sporadisk form samt en human variant af kogalskab. Sygdommen viser sig ved demens og myoklonier, og døden indtræder i løbet af få måneder.

Karakteristiske EEG-forandringer, MR-scanning samt måling af proteinet 14-3-3 i spinalvæske er nyttige undersøgelser, men kun en neuropatologisk undersøgelse kan endelig fastslå diagnosen.

- *Huntingtons sygdom* – en autosomal dominant arvelig degenerativ hjernelidelse, debuterer i 30-40 års alderen. Motoriske forstyrrelser som koreoatetoide (vridende og spjættende) bevægelser af ekstremiteter, hoved og skuldre og ataktisk gang. Personlighedsforstyrrelser og psykotiske symptomer, såvel depression som skizofreniforme symptomer, kan optræde før motoriske forstyrrelser.

Patologisk anatomiske forandringer: atrofi lokaliseret til frontal cortex og basalganglier.

Haloperidol (serenase) der blokerer dopaminreceptorerne, kan bedre symptomerne (hyperkinesier) ved Huntingtons sygdom.

- *Dementia paralytica* – en cerebral manifestation af neurosyfilis forårsaget af *Treponema pallidum*. Klinisk hukommelsessvækkelse, paranoide, ofte megalomane træk og neurologiske som pupilabnormiteter samt tale- og motoriske forstyrrelser.
- *Lewy Body-demens* – lewy bodies findes både i cortex og basalganglier og fremtræder som intracytoplasmatiske eosinofile inklusionslegemer. Klinisk motoriske symptomer som ved Parkinsons sygdom, idet der ses subkortikale skade. Synshallucinationer.
Behandlingen kompliceret, da patienter ofte ikke tåler antipsykotika.

Delirium F05

En akut opstået, korterevarende, generaliseret forstyrrelse af hjernens funktion.

Hyppighed:

- 10 % af hospitalsindlagte
- 15-50 % af ældre hospitalsindlagte
- 25 % indlagte med cancer
- 30-40 % indlagte med AIDS
- 50 % postoperativt
- 30-50 diagnosticeres ikke

Kriterier for delium er:

- A. Bevidsthedsuklarhed i form af ↓ opfattelse af omgivelserne (apperception) og svækket opmærksomhed (vigilitet og tenacitet)
- B. Kognitive forstyrrelser
 1. ↓ umiddelbar genkaldelse og korttidshukommelse med relativ velbevaret langtidshukommelse
 2. Desorientering i tid og sted
- C. Psykomotorisk forstyrrelse med > 1 af følgende:
 1. Hurtige skift fra hypo- til hyperaktivitet
 2. ↑ reaktionstid
 3. ↑ eller ↓ talestrøm
 4. Tendens til sammenfaren
- D. Forstyrret nattesøvn med et af følgende:
 1. Søvnløshed eller inverteret søvnrytme
 2. Natlig forværring af symptomerne
 3. Urolige drømme og mareridt, eventuelt med hypnopompe hallucinationer eller illusioner
- E. Akut indsættende og fluktuerende forløb
- F. Evidens for hjerneorganisk ætiologi

Delir opstår akut. Grundsymptomerne er bevidsthedsuklarhed (plumring, nedsat evne til at fokusere), svækket korttidshukommelse, desorientering, usamlet tankegang (sort tale) samt forstyrret ↓/↑ psykomotorik, syns- og hørehallucinationer og nattesøvn. Forløbet af fluktuerende.

Delir udvikles særlig hyppigt i tilslutning til demens, hvor højere hjernefunktioner er svækkede.

Mange sygdomme kan forårsage delir:

- Alder > 65 år
- ↓ ilttension i hjernen
- Væske- og elektrolytforstyrrelser
- Manglende adgang til glukose
- Banale infektioner f.eks. i urinveje og lunger
- Abstinens eller forgiftning med alkohol og psykoaktive stoffer (TCA, antiepileptika, morfika, benzodiazepiner, antiparkinsonsmidler, anticholinergika)
- Sansedefekter som døvhed

- ↓ syn
- Organisk hjernelidelse
- Angst
- Smerter
- Søvnløshed
- Tiaminmangel
- Anæmi
- Psykose, typisk en mani eller skizofreni
- Depression

På grund af uro kan der være temperaturforhøjelse, som sammen med manglende hvile og evt. dehydrering og elektrolytderangement kan true vitale blodtryk og medføre døden pga. kredsløbskollaps.

Behandlingen består i at mulige tilgrundliggende organiske lidelser udredes, diagnosticeres og behandles og:

- Fast vagt
- Vurdering af bevidsthedsniveauet og bevidsthedskvaliteten, orienteringsgrad, puls, temperatur, blodtryk, respiration og væskeindtagelse
- Etablering af den forstyrrede søvn og søvnrytme
- Sanering af ikke-livsnødvendig medicin
- Væskeindgift og korrigerende af elektrolytter
- Rolig enestue med lys og få fast plejepersonale – at modvirke angst, søvnløshed og desorientering

Psykofarmaka, hvis det ikke lykkes at finde og behandle den tilgrundliggende organiske tilstand:

- Lavdosis antipsykotika f.eks. haloperidol (serenase) 1-2 mg/døgn eller risperidon (risperdal, risperanne, risperidon) 0,75-1,75 mg/døgn, kun i et par døgn pga. bivirkninger. Haloperidol blokerer dopaminreceptorerne, hvorfor behandling med disse stoffer kan fremkalde parkinsonistiske symptomer. Disse symptomer kan behandles bedst med atropinderivater.
- Mod forstyrret nattesøvn: benzodiazepiner f.eks. tbl. oxazepam 15-30 mg/døgn (har mellemlang halveringstid). NB. kan forlænge delir
- Ved truende delirium acutum: ECT i 3 dage i træk

Deliret varer fra få dage til få uger, men ofte efterfølges af kognitive deficits, formentlig pga. en hypermetabol tilstand, som kan skade hjernen. Der vil ofte være amnesi for store dele af forløbet, men en del patienter vil efterfølgende have symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion f.eks. mareridt. Desuden ↑ mortalitet.

Kapitel 4: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer

Ved psykoaktive stoffer (lægemidler eller misbrugsstoffer) forstås kemiske forbindelser, der påvirker psykiske funktioner (bevidsthedsniveau, stemningsleje, tænkning m.fl.).

Dyreforsøg har vist at misbrugsstoffer inkl. alkohol og nikotin samt sukker øger dopaminfrigørelsen i nucleus accumbens. I 2006 har humane studier vist det samme hos mennesker.

De vigtigste misbrugsstoffer er:

- F10: Alkohol
- F11: Opioider
- F12: Cannabinoider (cannabis, marihuana, hashish)
- F13: Sedativa og hypnotika
- F14: Kokain (en særlig form crack)
- F15: Andre centralstimulantia (amfetamin, fenmetrazin, metylfenidat, ecstasy, khat-blade)
- F16: Hallucinogener (LSD, psilocybin (svamp), meskalin (kaktus))
- F17: Tobak
- F18: Opløsningsmidler (toluen, acetone, propan, kloroform, heksan og benzin)
- F19: Multiple eller andre psykoaktive stoffer

Brug af stofferne kan føre til udvikling af psykotiske tilstande. Centralstimulantia og hallucinogener kan fremkalde akutte psykotiske tilstande præget af uro, hallucinationer, vrangforestillinger og varierende grad af desorientering. Sent indsættende psykoser antager ofte et kronisk forløb, typisk om skizofrene tilstande, udløst eller forværret af stofmisbruget.

Følgetilstande til indtagelse af misbrugsstoffer:

- Akut intoksikation
- Skadeligt brug
- Afhængighedssyndrom
- Abstinensstilstand
- Delirøs abstinensstilstand
- Psykotisk tilstand
- Amnestisk syndrom
- Sent indsættende psykose

Misbrug og afhængighed af alkohol – F10

Alkoholintoksikation – F10.0

- ↑ stemningslejet (veltilpas, afslappet og lattermild)
- Associationer livlige
- Impulsiv og ukritisk
- Hæmningerne mindskes
- ↓ psykomotoriske funktioner med risiko for faldtraumer, uforsvarlig betjening af værktøj og færdselsmidler
- Bevidsthedssvækkelse
- Evt. koma og død
- Benzodiazepiner forstærker effekten af alkohol

Alkoholafhængighedssyndrom – F10.2

- Drikkemønstret og adfærden ændres
- En stærkere orientering mod alkoholindtagelse flere gange om dagen
- Hurtigere og mere indtagelse end andre
- Toleransudvikling og kontroltab
- Tiltagende drikketrang
- ↓ psykomotorik
- Abstinenssymptomer
- Udvikling af fysisk afhængighed af alkohol, herunder udvikling af delirium tremens

Patogenese:

- Ved daglig alkoholindtagelse:
GABA aktivitet ↑, NMDA receptor aktivitet ↓ NMDA receptor antal ↑
- Ved ophør af alkoholindtagelse:
GABA aktivitet ↓ NMDA aktivitet ↑↑ → BT, P, tremor ↑

Afhængighed kræver mindst 3 af følgende:

- Craving
- Svækket evne til at styre indtag, ophør og nedsætte forbrug
- Abstinenssymptomer ved stop
- Toleransudvikling
- Dominerende rolle i prioritering og tid
- Vedvarende brug trods erkendt skadevirkning

De somatiske skader:

- Fedtlever og levercirrose
- Akut og kronisk pancreatitis
- Polyneuropati i det perifere nervesystem – paræstesier, brændende smerter og pareser i ekstremiteterne
- Wernicke-Korsakovs syndrom – bevidsthedsforstyrrelser, oftalmoplegi, nystagmus og ataksi. Den skyldes tiaminmangel. Insufficient behandling kan føre til irreversibel svær amnestisk forstyrrelse med konfabulationstendens.
- Det gastrointestinale system – symptomer og komplikationer i form af gastritis og malabsorption
- Brystkræft hos alkoholiske kvinder
- Det føtale alkoholsyndrom hos nyfødte af mødre med et dagligt stort alkoholforbrug
 - ↓ fødselsvægt
 - ↓ kropslængde
 - Hypotoni
 - Mikrocefali
 - Udviklingsforstyrrelser
 - ↓ motorik og intellektuelle færdigheder

Abstinenssymptomer:

- Tremor
- Svedtendens
- Høj puls
- Motorisk uro
- Kvalme
- Søvnproblemer
- Temperaturstigning
- Krampeanfald
- Delirium tremens – en alvorlig potential livstruende tilstand, kan opstå pludselig eller snigende:
 - Svær tremor
 - Svedtendens
 - Synshallucinationer
 - Desorientering
 - Bevidsthedsplumring
 - Mortalitet 15-25 %

De økonomiske konsekvenser:

- Udgifter til behandling
- Socialbistand
- Tabt samfundsproduktion

De psykiatriske følgetilstande:

- Alkoholhallucinose – hørehallucinationer i form af truende eller hånende stemmer
- Alkoholisk paranoia – jalousiforrykthed – groteske beskyldninger mod ægtefællen for utroskab
- Alkoholisk demens – svækket hukommelse, affektlabilitet og ændringer i personligheden

Blodprøver, ej særlige sensitive eller specifikke for alkoholmisbrug:

- ↑ Gammaglutamintransferase
- ↑ Alaninaminotransferase
- ↑ Bilirubin

Nyere blodprøver, viser ↑ sensitivitet og specificitet:

- CDT (karbohydratdeficient transferin)

Behandling:

- Recidivforebyggelse:

Disulfiram 800 mg (Antabus®) i de første 2-3 dage, efterfulgt af vedligeholdelsesdosis på enten 200 mg dagligt eller 400-800 mg x 2/uge. Lang $T_{1/2}$. Den hæmmer acetaldehyd-dehydrogenasen og dermed nedbrydningen af alkohol, hvorved der sker en ophobning af det toksiske acetaldehyd med en række ubehagelige symptomer til følge.

Kontraindikation er samtidig indtagelse af alkohol: den såkaldte alkohol-antabus-reaktion: udtalt subjektivt ubehag, varmfølelse, ansigtsrødme, hjertebanken, pulserende hovedpine, hurtig respiration og trykken i brystet. Reaktionen kan være livstruende hos hjertesygge medførende til hjerteinsufficiens.

Alkohol bør ikke indtages før tidligst 1-2 uger efter seponering af Antabus.

Acamprosate – op til 12 måneder. Kemisk lighed med GABA. Der sker en hæmning af glutaminerg neurotransmission. Begrænset erfaring i Danmark

Naloxon – en opioidantagonist. Mindsker belønningseffekt, som alkoholindtagelse medfører gennem en modifikation af belønningssystemet i nucleus accumbens i midthjernen.

- Psykoterapi efter kognitive adfærdsterapeutiske principper med fokus på omsorg, accept, problemløsning og socialfærdighedstræning
- Behandling af Wernickes encefalopati – injektion af tiamin 400 mg iv x 3-4/første døgn, efterfulgt af intramuskulær injektion 100-200 mg dgl. i 1 uge.

Abstinensstilstande – F10.3

- Indre uro
- Rastløshed
- Søvnbesvær
- Autonom hyperaktivitet (sved, tremor, hjertebanken, ↑ blodtryk)
- Delirium tremens efter årelangt stort alkoholforbrug i relation til pludselig nedsættelse eller ophør med alkoholindtagelsen – en akut indsættende psykotisk abstinensstilstand
 - Bevidsthedsplumring
 - Hallucinationer
 - Livlige og brogede visuelle hallucinationer f.eks. imaginære dyr på dynen
 - Vrangforestillinger
 - Kraftig tremor

Behandling ved akut tilfælde:

- Rigelig af væske 3 liter den 1. døgn
- Pause med ikke-livsnødvendig medicin
- Indgivelse af stoffer, der udviser såkaldt krydsafhængighed med længere halveringstid end alkohol – anxiolytika-sedativa:
 - Benzodiazepiner – ved moderate abstinensstilstand – klordiazepoxid 50 mg x 3-4 dgl. Ved delirøs abstinensstilstand diazepam i refrakte doser på 10-20 mg eller mere, 1. døgn 200 mg. Flumazenil er en benzodiazepinantagonist, der anvendes ved overdosering.
 - Barbiturater – Diemal® anvendes ved sværere abstinensstilstande f.eks. delirøse abstinensstilstande. Indgift af barbitat gives i doser 250-1000 mg/time, indtil abstinenssymptomerne er aftaget i en sådan grad at patienten falder til ro eller i søvn. Ved fuldt udviklet delirøs abstinensstilstand 5-10 g de første par døgn. Lang $T_{1/2}$ (48 timer)
Fenobarbital (Fenemal®) – kan anvendes ved alkoholabstinens. Lang $T_{1/2}$.
- Indgift af det antiepileptiske stof carbamazepin – effektivt ved behandling af lette til moderate abstinensstilstande.

Under indlæggelsen observeres patienten nøje med rating af abstinenssymptomer (tremor, sveden, motorisk uro, puls, temperatur, bevidsthedsklarhed, orientering og hallucinationer).

Antipsykotika er kontraindiceret, da de slører symptomerne på abstinens, så den cerebrale hyperaktivitet fortsætter uændret, der antages at øge risikoen for hjerneskade.

Misbrug og afhængighed af sedativa-hypnotika – F13

Lægemedler der bruges imod angst og søvnforstyrrelser. Lægemedler er af gruppen benzodiazepin og giver anledning til udvikling af tolerans, afhængighed og hos nogle et overforbrug (misbrug).

Symptomerne minder om dem fra alkoholmisbruget.

Behandlingen består i langsom aftrapning over flere måneder med dosisreduktion på 10-20 % med 1 til 12 ugers interval og evt. endnu langsommere i slutfasen. Nedtrapningen kan suppleres med f.eks. kognitiv psykoterapi eller psykoreduktive programmer, således at fysiske og psykiske abstinenser lettere tolereres.

Misbrug og afhængighed af illegale stoffer

- Hash (cannabis)
- Amfetamin (speed) – centralstimulerende
- Kokain (crack) – centralstimulerende
- Psilocybinsvampe – hallucinogener
- Ecstasy – centralstimulerende og hallucinogene virkninger
- LSD – hallucinogener
- Opioider (morfin, heroin, metadon)

Symptomer:

- *Opioider* – eufori, ↓ bevidsthedsintensitet og psykomotorik, hostehæmmende, obstiperende, reducerer psykosetærsklen.

Ved opioid-rusen: eufori, voldsomt ↑ selvværd, dæmpning af angst og uro

Ved "kold tyrker": tåreflåd, feber, kuldefornemmelse, piloerektion, voldsom uro, kvalme, muskelsmerter, sved, takykardi, mavesmerter, diare, voldsom craving og søvnbesvær. Varighed 2-3 døgn

- *Cannabinoider* – eufori, ligeglad, intensivering af sanseindtryk, ændret tidsoplevelse, ↑ appetit og kreativitet, ↓ reaktionstid, ↓ hukommelse

Takykardi og konjunktival injektion, angstreaktioner ved 1. dosis.

Akutte psykoser præget af uro og vrangforestillinger, sænkning af tærsklen for udvikling af skizofreni

- *Centralstimulerende stoffer* – udtalt eufori, ↑ psykomotorik og foretagsomhed, ↑ selvtillid og energi, takykardi og udvidede pupiller. Abstinensstilstandene: udtalt træthed, irritabilitet, forstemning, evt. depression. selvmord
Akutte psykoser: uro og vrangforestillinger

Stofferne påvirker dopaminerg neurotransmission, og kan fremkalde skizofrenilignende psykoser. Kan føre til dødeligt forløbende forgiftningstilstande, betinget af ↑ legemstemperaturen, væske- og elektrolytforstyrrelser og ændringer af blodets koagulationsforhold.

- *Kokain* – eufori, velbefindende, ↓ søvnbehov og appetit, ↑ seksuel nydelse. Kokaininducerende psykoser er karakteriseret ved synshallucinationer f.eks. insekter og andre organismers invasion af huden (kokaindyr).
- *Hallucinogener* – udtalt skærpelse af sanseindtryk med livlige illusionære oplevelser og ejendommelige sansefænomener som mikropsi, makropsi og synæstesi. Optagethed af indre oplevelser, eufori. Hyppige angstreaktioner i relation til rusen. Flashbacks dvs. genoplevelse af rusen, kan opleves ubehageligt. Varierende grad af desorientering i tid, sted, egne data. ↑ toleranceudvikling, sjældne abstinenssymptomer.

Alvorlige somatiske følger:

- Infektion
- Hepatitis
- HIV-infektion
- Dårlig almentilstand

Social deroute:

- Kriminalitet
- Prostitution

Behandling af abstinensstilstande:

- *Naloxon* – ved misbrug af opioider
- *Metadon* – initial højst dosis 40 mg dgl. ved opioidafvænning. Ellers 10-20 mg.
Udvises forsigtighed ved ukendt opioidtolerans pga. dødelig forgiftning er set ved 40 mg/døgn
- *Buprenorfin (suboxone®)* – en partiel morfinagonist og -antagonist. Mindre sederende, respirationsdeprimerende og vanedannende effekt end metadon. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at buprenorfin bør anvendes i stedet for metadon. Startdosis er 2-4 mg, som øges hver eller hver anden dag til 4-16 mg dgl. Max døgn dosis 24 mg. Herefter reduceres med 2 mg dgl.
- *Clonidin* – effektivt over for de somatiske abstinenssymptomer. Er ellers beregnet til migræneprofylakse og menopausale hovedstigninger, når østrogenbehandling ikke tåles. Bivirkninger: hypotension og sedation
- *Antipsykotika* – misbrug af cannabis- & centralstimulerende stoffer. Ved hallucinationer og vrangforestillinger
- *Antidepressiva* – ved misbrug af centralstimulerende stoffer

Kapitel 5: Skizofreni og beslægtede psykoser

Den skizofrene patient er ramt på centrale psykologiske og menneskelige kvaliteter:

- Tænkning
- Følelsesliv
- Perception (opfattelsesevne)
- Social funktion

Incidensen af skizofrenisygdom er mellem 10 og 20 nye tilfælde/100.000 indbyggere/år, lige hyppigt hos begge køn. Skizofreni forekommer hyppigst i socialklasse 4 og 5. Det er ikke et udtryk for, at dårlige sociale forhold

fører til udvikling af skizofreni, men at tidlig udviklet skizofreni fører til ringere uddannelsesniveau (\downarrow IQ) og social udstødelse og dermed et fald gennem de sociale klasser uanset starttidspunktet.

Skizofreni – F20

Skizofreni defineres ved tilstedeværelsen af nogle karakteristiske symptomer, varigheden af disse samt fraværet af andre psykiske sygdomme.

Almene kriterier for skizofreni ifølge ICD-10:

- I. 1. > 1 førsterangssymptom (FRS)
 - i. Tankevirkningsoplevelser
 - a. Tankefradrag
 - b. Tankepåføring
 - c. Tankeudspredning
 - d. Tankehørighed
 - ii. Styringsoplevelser
 - a. Påførte handlinger
 - b. Påførte viljesimpulser
 - c. Påførte følelser
 - iii. 3-persons-hørelsesshallucinationer
 - a. Kommenterende stemmer
 - b. Diskuterende stemmer
 - iv. Legemlige påvirkningsoplevelser
 - v. Vrangagtige sansningsoplevelser
 - a. Delusional perceptions
2. Vedvarende bizarre vrangforestillinger – fuldstændig umuligt samt kulturelt uacceptabelt
- 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 – < 1 måned er der tale om akutte forbigående psykoser
- IV. Udelukkes:
 1. Primær affektiv sindslidelse
 2. Organisk ætiologi

Negative symptomer:

- Træghed
- Sløvhed
- Affektaffladning
- Initiativløshed
- Passivitet
- Ensomhedsøgen

- Kontaktføringelse
- Manglende fremdrift eller interesser
- Tom eller formålsløs adfærd
- Indsynken i sig selv
- Social tilbagetrækning
- Sprogfattigdom

Bag de negative symptomer gemmer sig ikke sjældent udtalte kognitive dysfunktioner som svækket opmærksomhed, koncentration og hukommelse. Begrebet autisme dækker især over patientens kontaktfattigdom, trækken ind i sig selv og mangel på tankemæssig og emotionel involvering i omgivelserne.

Bevidstheden er sjældent påvirket. Hvis der opstår bevidsthedsplumring samtidigt med skizofreni-symptomer, er der grund til at mistænke et organisk psykosyndrom. Hvis der opstår ændringer i stemningslejet, kan der være tale om psykotiske former af affektiv sygdom eller skizoaffektiv sygdom.

Paranoid skizofreni – F20.0

Paranoid skizofreni domineres af vrangforestillinger, hyppigt i form af forfølgelse (persekutoriske vrangforestillinger). Ikke sjældent tager forfølgerne form af fremmede magters efterretningstjenester, religiøse sekter, kendte grupperinger af kriminelle eller ekstreme politiske partier. Patienten mener at udsendelser i tv og radio er møntet specielt på ham, og at i øvrigt neutrale meddelelser rummer en kode med særlige anvisninger eller nedsættende omtale af ham. Stemmerne kan diskutere højlydt patienten og kommenterer alt, hvad han foretager sig. Kognitive funktioner og viljesliv er påvirket i mindre grad, og patientens sociale tilpasning er knap så mangelfuld som ved de øvrige skizofrenitypen.

Kriterier for paranoid skizofreni:

- A. Almene kriterier for skizofreni opfyldte
- B. Vrangforestillinger eller hallucinationer dominerende
- C. Affektaffladning eller -inkongruens, katatone symptomer og disorganiseret tale ikke fremtrædende

Hebefren skizofren – F20.1

Optræder hyppigst hos mænd med en debutalder omkring 15-20 år og dårlig prognose. Her dominerer de alvorligste symptomer som styringsoplevelser og transitive. Hallucinationer er flygtige og fragmentariske. Patienten er præget af en social utilpashed, uforudsigelighed, aggression og farlig adfærd. Tankegangen er disorganiseret, talen er usammenhængende og uforståelig, og negative symptomer som passivitet, socialt tilbagetrækning og viljesvækkelse dominerer.

Kriterier for hebefren skizofren:

- A. Almene kriterier for skizofreni opfyldte
- B. > 2 uger > 1 af følgende:
 1. Kataleptisk stupor eller mutisme
 2. Formålsløs psykomotorisk uro

3. Abnorm legemsholdning eller -stilling
4. Negativisme
5. Rigiditet
6. Flexibilitas cerea
7. Automatisk lydighed

Kataton skizofreni – F20.2

En sjælden form, domineret af tilstedeværelsen af legemlige motoriske symptomer. Her kan patienten f.eks. blive liggende eller stående ubevægelig og stiv (stupor) som voksfigur under fuld bevidsthed eller prøver at efterligne køretøjer eller maskiner med stereotype bevægelser.

Udifferetieret skizofreni – F20.3

En psykotisk tilstand, som opfylder de generelle diagnostiske kriterier for skizofreni, samtidigt uden dominans af noget bestemt karakteristisk symptom.

Postskizofren depression – F20.4

En depressiv tilstand, der opstår i efterforløbet af skizofreni.

Skizofren residualtilstand – F20.5

En kronisk tilstand med negative skizofrenisymptomer i forløbet af en skizofren sindslidelse.

Skizofrenia simplex – F20.6

Tilstanden udvikler sig gradvist med uindfølelig adfærd, ↓ funktionsformåen og manglende evne til at klare kravene i familie og samfund. De negative skizofrenisymptomer er dominerende.

Kriterier for simpel skizofreni:

- A. Gennem mindst 1 år snigende udvikling af:
 1. Personligheds- og eller adfærdsændringer
 2. Negative symptomer
 3. Social funktionsnedsættelse
- B. Psykotiske symptomer har aldrig været til stede
- C. Organisk ætiologi udelukkes

Diagnostiske undersøgelser

- Et struktureret klinisk interview
- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) – et sæt undersøgelsesredskaber, der benyttes til at registrere, måle og klassificere psykopatologiske symptomer og adfærdstræk.
 - Present State Examination (PSE) – udspørgen om alle psykopatologiske forhold
- OPCRIT-computerprogram – indeholder 90 spørgsmål og mulighed for at generere diagnoser i flere forskellige klassifikationssystemer

- Positive And Negative Syndrome Scale for Schizophrenics (PANSS) – måling af graden af psykopatologi hos en patient, der har fået stillet diagnosen med f.eks. PSE
- Projektive personlighedsprøver – undersøgelse af, hvor struktureret og velfungerende patientens tanke- og følelsesliv er.
 - Rorschach-prøven – 10 tavler med blækklatter. Kan fremkalde latent angst og bizarre tolkninger
 - Objektsorteringsprøver – undersøger den syges evne til at danne overbegreber (frontallapsopgave)
- Ved første gang psykotiske symptomer:
 - Vurdering af elektrolytstatus, blodglukose samt lever-, nyre- og thyroideafunktion
 - EEG og CT/MR-scanning
- Ved senere tilbagefald i psykotisk tilstand:
 - Urinscreening for misbrugsstoffer
 - Serologisk undersøgelse for syfilis – hos yngre
 - En grundig syns- og høreundersøgelse – hos ældre
 - Udredning af de neurokognitive funktioner
 - Klinisk og psykopatologisk udredning

Årsagsforhold:

- Genetiske faktorer
 - Forældre – livstidsrisiko 5 %
 - Søskende – livstidsrisiko 10 %
 - Børn med en skizofren far eller mor – livstidsrisiko 15 %
 - Børn hvor begge forældre er skizofrene – livstidsrisiko 50 %
- Prænatal og perinatal hjerneskade – f.eks. virusinfektion, fødselskomplikationer, hjerneskade efter hypoxi, en dårlig ernæringstilstand hos gravide
- Cerebrale udviklingsforstyrrelser – hjerneatrofi med forstørrede ventrikler, forstyrret neuroarkitektur
- Neurotransmission – dopamin er signalstoffet i det mesolimbiske-mesokortikale neurosystem, der omfatter neuronprojektioner fra midthjernen til bl.a. præfrontale cortex. Dopaminhypotesen for skizofreni postulerer, at skizofrenisymptomerne er forårsaget af dopaminerg hyperaktivitet i det limbiske system.
De positive symptomer er koblet til ↑ dopaminerg aktivitet i de mesolimbiske baner, mens ↓ aktivitet i frontostriatale baner medfører visse negative symptomer
- Psykosocial stress

Autisme

Begrebet betegner patientens manglende tanke- og følelsesmæssige samklang med andre mennesker samt forbundne følelsesmæssige tilbagetrækning og isolation i et eget univers. Hertil knytter sig følelsesmæssig ambivalens (had-kærlighed) i forholdet til de nære pårørende og forstyrrende tankeassociationer. Patienten kan opleve sit eget jeg som splittet og forandret, mærke sære kropsfornemmelser, føle, at han flyder i et med omverdenen (transitivisme), og opfatte forstyrrede sanseindtryk (perceptioner). På denne baggrund udvikles de positive symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger.

Behandling

- Medicin – neuroleptika (antipsykotisk medicin):
I starten moderate doser, derefter sættes dosis ned.
Virker på skizofreniens positive symptomer: vrangforestillinger, hallucinationer og tankeforstyrrelser.
Bivirkninger ved den 1. generations antipsykotika:
 - Ekstrapyramidale bivirkninger, parkinsons symptomer (kan behandles med antikolinerg medicin)
 - Tardive dyskinesier, ufrivillige bevægelser, der hyppigt optræder i tunge, kæbe og tyggemuskler, kan være irreversible.
 - Akatysi – den pinefulde motoriske og indre uro
 - Dystoni – de sære kropsstillinger efter muskeltkræmper ved store doser og senfølger af behandlingenBivirkninger ved de nyere antipsykotika:
 - Vægtøgning
 - Udvikling af metabolisk syndromBehandlingen ved akutte fase:
 - Ved angst, motorisk uro og aggressivitet i den akutte sygdomsperiode → behov for medikamentel sedation → opnås ved samtidig at benytte f.eks. klorprothixen eller benzodiazepin
 - Typisk behandling i en akut fase: tabl. risperidon 6 mg/døgn eller tabl. olanzapin (zyprexa) 10-15 mg/døgn
 - Ved brug af ældre antipsykotika: tabl. zuclopenthixol (Cisordinol) 10-20 mg x 2/døgn kombineret med tabl. clonazepam (rivotril) 2-4 mg/døgn
 - P.o umulig → im. i form af zuclopenthixol acutard 50-100 mg hvert 2. døgn
- Psykoterapi – psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi og adfærdsterapi samt den mere pædagogiske psykoedukation. Den fremmer patientens sygdomsforståelse – accept, compliance, kommunikationen med omgivelserne og tilpasningen i samfundet.
- Kognitiv miljøterapi – en aktiv, struktureret problemorienteret, psykoedukationel og dynamisk behandlingsform, hvor den kognitive behandlingsmodel i miljøet giver patienten andre alternativer, og hvor der udvikles nye færdigheder. Formålet er at patienten kan arbejde med at identificere sine problemer og kritiske situationer, at sætte realistiske mål, at ændre deres adfærd, deres tanker og følelser under indlæggelse.
- Tvang i psykiatrisk behandling – tvang anvendes, når patienten er psykotisk og kan skade sig selv eller andre eller når tvangen er nødvendig for at undgå en væsentlig forringelse af patientens helbredsudsigter. Anvendelsen af tvang skal stå i et rimeligt forhold til de behandlingsmæssige mål. Heraf følger, at tvangen skal være så lidet indgribende som omstændighederne tillader det, og den skal udøves så skånsomt som muligt, således at unødigt krænkelse og ulempe undgås.

Skizotypisk sindslidelse – F21

Grænsepsykose. Den betragtes som en mellemproportional mellem personlighedsafvigelse (F60) og skizofreni (F20). Den er svær at adskille fra skizofrenien. Den afficerer samme områder som skizofreni, nemlig adfærd, tænkning og følelsesliv. Adfærden er ofte excentrisk, tankegang og sprog er vagt, og følelserne over for andre er ustabile. Til forskel for almindelig skizofreni, skal patienten aldrig må have opfyldt kriterier for skizofreni.

Kriterier for skizotypisk sindslidelse:

Gennem mindst 2 år kontinuerligt eller jævnligt > 4 af følgende:

1. Inadækvate eller indsnævrede følelser, følelseskulde
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, omstændighed, metaforisk, kunstig eller stereotyp tankegang og tale
9. Mikropsykotiske episoder med intense illusioner, hallucinatoriske oplevelser eller vrangagtige ideer, der sædvanligvis optræder uden ydre provokation

Nr. 9 minder om almindelig skizofreni, positive symptomer som hallucinationer på hørelse og vrangagtige ideer, men kun af timers eller få dages varighed.

Behandling:

- Farmakoterapi – antipsykotiske medicin (olanzapin (Zyprexa), risperidon i moderate doser)
- Psykoterapi – kognitiv terapi eller særligt udviklet analytisk orienteret støttende terapi
- Miljøterapi under indlæggelsen – kommer især på tale, hvis patienten er selvdestruktiv

Paranoide psykoser (kroniske, vedvarende) – F22

Områder med paranoiaren:

- Jalousi – alle tegn, alle forklaringer tolkes som et bevis for at vedkommende har ret i sin mistanke
- Hypokondri – optagethed af kroniske infektioner eller defekt udseende (stor næse), bizarre forestillinger om fejlfunktioner eller fejlkonstruktioner i kroppen. Kan medføre stort forbrug af sundhedsydelse og overflødige og evt. mutilerende kirurgiske indgreb
- Kværulans – demonstrere sin sygdom gennem årelange retstviser, i hvilke han bestandig appellerer afgørelser, der går ham imod, til en ny instans og bestandig fremfinder nyt materiale, der underbygger rigtigheden i hans påstande.

Her optræder skizofrenisymptomer slet ikke, næsten ikke. Den optagethed af den paranoide ide opfylder en meget stor del af patientens liv, og fjerner hans energi og opmærksomhed fra andre af tilværelsens aktiviteter f.eks. familie- og arbejdsliv.

Kriterier for paranoide psykoser:

- A. > 3 måneder non-skizofrene vrangforestillinger, dvs. de er mindre bizarre og hører ikke til de schneiderske førsterangssymptomer
- B. Ingen hallucinationer af vedvarende karakter
- C. Må ikke opfylde kriterierne for skizofreni
- D. Primær affektiv sindslidelse udelukkes
- E. Organisk ætiologi udelukkes

Behandling:

- Samtaler og tålmodighed
- Ingen antipsykotisk medicin eller langvarige, intensive psykoterapeutiske behandlingsforsøg har helbredende virkning

Akutte og forbigående psykoser – F23

Man inddeler disse psykoser i 2 typer:

1. Polymorf eller ikke-skizofreniform – frembyder varierende og hurtigt skiftende symptomer, hurtigt skiftende stemninger, udtalt forvirring og ↑ motorisk aktivitet
2. Akut skizofrenilignende psykose – kriterierne for skizofreni er opfyldt bortset fra netop varighedskriteriet (< 1 måned). Er vrangforestillinger særligt dominerende, taler man om akut paranoid psykose.

Det karakteristiske ved de akutte og forbigående psykoser er den hurtige udvikling af psykosen, de skizofrenilignende symptomer i form af vrangforestillinger og hallucinationer og den forbigående forvirring, der dog ikke når den grad af desorientering i tid, sted og egne data f.eks. den organisk delirøse tilstand (F05).

Psykoserne opstår efter patienten har været udsat for en traumatiserende begivenhed (dødsfald, brand, skibskatastrofe, tortur, tab af karriere eller tab af formue).

Kriterier for akutte og forbigående psykoser:

- I. Akut udvikling inden for 2 uger af 1 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
- III. Affektiv sindslidelse ikke til stede
- IV. Psykoaktivt stofbetinget tilstand ikke til stede
- V. Organisk ætiologi udelukkes

Behandling:

- Ro og stabilitet – ved moderate symptomer og forvirring
- Samtale om traumer og problemer
- Sederende medicin – til nattesøvn
- Antipsykotisk medicin – ved plagsomme vrangforestillinger, svær motorisk uro, ↓ nattesøvn → udvikling af en delirøs tilstand. F.eks. olanzepin 10-15 mg/døgn po eller zuclopenthixol acutard im.

Skizoaffektive psykoser – F25

Her forekommer både de affektive og skizofrene symptomer.

Kriterier for skizoaffektive psykoser:

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

Behandling:

- Medicin: den samme som ved mani og bipolar sygdom. Ofte også nødvendigt med antipsykotisk medicin sammen med stemningsstabiliserende medicin (litium, carbamazepin og valproat) og ofte i depotform.
 - Behandling af den akutte psykotiske episode
 - Den forebyggende behandling
- Miljøterapi
- Psykologiske og psykosociale foranstaltninger

Kapitel 6: Affektive Sindslidelser

De affektive sygdomme er karakteriseret ved et afvigende stemningsleje. Ved mani er stemningslejet unormalt løftet, ved depression er det forsænket. Andre ændringer sker i tankevirksomhed, motorisk aktivitet og vegetative legemlige funktioner. Skizofrenilignende psykotiske symptomer kan ledsage de affektive sygdomme.

ICD-10-klassifikation af affektive sindslidelser

- F30: Manisk enkeltepisode
- F31: Bipolar affektiv sindslidelser
- F32: Depressiv enkeltepisode
- F33: Tilbagevendende (periodisk) depression
- F34: Vedvarende (kroniske) affektive tilstande
- F38: Andre affektive sindslidelser eller tilstande
- F39: Affektive sindslidelser eller tilstande, uspecificeret

Manisk enkeltepisode – F30

Ved mani er det karakteristiske kendetegn det løftede stemningsleje præget af optimisme og et smittende medrivende humør. En mani kan være kompliceret af psykotiske symptomer (psykotisk mani). Hvis manisymptomerne kun er til stede i lettere grad og forbigående, taler man om *hypoman enkelte episode*. Er ganske lette manisymptomer vedvarende til stede, eventuelt vekslende med lette depressive symptomer, kaldes tilstanden *cyklotymi*.

De diagnostiske kriterier er opstemthed, eufori, eksaltation eller sjældnere irritabilitet og vrede (eretisme) > 1 uge. > 3 (4 ved eretisk stemning) af følgende med udtalt påvirkning af dagliglivsfunktioner:

- Hyperaktivitet, rastløshed, uro
- Talepres
- Tankeflugt
- Hæmningsløs adfærd
- ↓ søvnbehov
- ↑ selvfølelse, gradiøsitet
- Distraktibilitet eller usamlethed
- Hensynsløs, uansvarlig adfærd
- ↑ sexdrift

Der er ingen hallucinationer eller vrangforestillinger, kun ved psykotisk mani. Organisk ætiologi er udelukket. Når de psykotiske symptomer opfylder kriterierne for skizofreni samtidig med kriterierne for mani, taler man om en skizoaffektiv psykose.

Den maniske patient har ofte kun et beskedent søvnbehov, et symptom, der kan være det første varsel om en manisk episode under udvikling. Vedkommendes opstemthed kan komme til udtryk som en overdreven selvfølelse og selvsikkerhed grænsende til storhedsvanvid. Endelig kan tankeflugt og rastløshed gøre den maniske patient let afledelig eller til tider helt usamlet af tankegang. Vrangforestillinger, hyppigt grandiose, eller hallucinationer i form af stemmer, der taler til patienten, optræder sammen med karakteristiske manisymptomer i den tilstand, der benævnes psykotisk mani. Når de psykotiske symptomer opfylder kriterierne for skizofreni samtidig med kriterierne for mani, taler man om en skizoaffektiv psykose. Når manisymptomerne optræder samtidigt med karakteristiske depressionssymptomer, kaldes episoden en blandingstilstand.

Den objektive psykiatriske undersøgelse viser en person præget af glæde, opstemthed, livslyst og lyssyn. Frisuren er ny, klædedragten farvestrålende, bevægelserne raske og energiske og talen høj og hurtig. Hans hilsen kan være overdrevent familiær og adfærden flirtende eller åbenlyst seksualiseret. Ofte er det svært for patienten at skjule den utålmodighed og irritabilitet, der kan give mødet med ham et element af farlighed.

Årsagsforhold:

- Arvelige faktorer
- Psykiske traumer
- Fysiologiske belastninger
- Hos nogle brug af tricykliske antidepressiva og andre farmaka f.eks. glukokortikoider
- Misbrugsstoffer f.eks. de centralstimulerende stoffer

Differentialdiagnoser:

- Organiske hjernelidelser
- Misbrug eller indtagelse af rusmidler (amfetamin, ecstasy og kokain)
- Hovedtraume
- Encephalitis

Behandling:

- Antipsykotisk medicin – 1. valg. Kan kombineres med benzodiazepiner. I starten anvendes zuclopenthixol acutard 100 mg im. Atypiske antipsykotika som risperidon, aripiprazol (Abilify) eller olanzapin (Zyprexa), hvis bivirkningsprofiler er mere gunstige end de typiske antipsykotikas. Virkningen af antipsykotisk medicin indtræffer hurtigere, disse medikamenter er mere sederende, hvilket er betydningsfuldt ved angst og uro.
- Ved kombination af benzodiazepiner anvendes clonazepam (Rivotril) i doser på 2-10 mg/døgn
- Lithium – en begyndelsesdosis på 2 tabl. Litarex morgen og 2 tabl. aften eller 3 litiumkarbonnattabl om aften. På 3 og 7. dag tjekkes S-værdien. Ved akut mani tilstræbes en S-værdi mellem 0,8-1,2 mmol/l, lidt lavere ved forebyggende behandling 0,6-0,8 mmol/l.

Fordelene er:

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

Ulemperne er:

- Virkningen sætter langsomt ind
- Litium har ingen sederende eller sløvende virkning, dæmper ikke angst og motorisk uro
- Litium kan ikke gives som indsprøjtning, kun om tabl.
- Litium hjælper ikke altid, når manisymptomerne er ukarakteristiske og atypiske
- S-Litium skal kontrolleres pga. forgiftningsrisiko
- Stemningsstabiliserende psykofarmaka – carbamazepin, oxcarbazepin og valproat anvendes ved mere atypiske eller komplicerede maniepisoder.
- Elektrokonvulsiv behandling, ECT i 3 dage efterfulgt af 5-9 behandlinger fordelt med 3/uge – ved alvorlig behandlingsresistent mani, anvendes ECT til at forebygge udvikling af delirium acutum.

Bipolar affektiv sindslidelse – F31

Hvis der efter en overstået mani kommer en ny mani eller depression, kaldes det samlede sygdomsforløb for bipolar affektiv sindslidelse. Ifølge nogle udenlandske undersøgelser kan der i gennemsnit gå omkring 10 år fra udbruddet, til diagnosen bliver stillet.

Behandling:

- Medicin:
 - Litium er det 1. valgspræparat ved forebyggende behandling. Her tilstræbes S-værdi på 0,6-0,8 mmol/l målt om morgenen ca. 12 timer efter sidste tabletindtagelse.
 - Ved intolerance overfor litium anvendes andre stemningsregulerende psykofarmaka som carbamazepin, oxcarbazepin, valproat eller lamotrigin. De kan også bruges samtidig med litium. Disse er effektive, når manien er kompliceret med depressionssymptomer (blandingstilstand) eller når de affektive sygdomsepisoder kommer særlig hyppigt (rapid cycling).
 - Ved behandlingsresistente tilfælde og samtidig med psykotiske symptomer benyttes antipsykotika alene eller sammen med stemningsstabiliserende medicin. Der stræbes efter atypiske antipsykotika som olanzapin (Zyprexa).
 - Antidepressiva – her anvendes de nye antidepressive lægemidler f.eks. SSRI-typen sammen med stemningsstabiliserende behandling. Tricycliske lægemidler kan udløse manier og anvendes ikke som 1. valgspræparat.

- Psykoterapi – tilbydes patienten alene eller sammen med pårørende i grupper i form af psykoedukation. Forebyggelse af stress og misbrugsadfærd. Bedring af den interpersonelle og sociale funktion

Nogle patienter opnår ikke fuldstændig restitution mellem de affektive episoder, men er præget af fortsatte kognitive deficits, dvs. forstyrrelser i koncentrationsevnen, hukommelsen og planlægningsevnen. Der ses desuden ↑ forekomst af demens efter mange år, hvilket kan forebygges gennem tidlig behandling og effektiv forebyggelse, idet bl.a. litium har vist at have en neuroprotektive egenskaber.

Depressiv enkeltepisode – F32.0

Symptomerne er det forsænkede stemningsleje, nedtrykthed, ↓ livslust, manglende interesse for andre mennesker og sædvanlige gøremål og mangel på energi. Svækket selvfølelse, urimelige selvbebrejdelser og skyldfølelse. Tankerne kredser ofte om døden, andres eller egen, og selvmord overvejes. Tankegangen er træg, motorikken er langsom og træg, og søvnen er forstyrret på en karakteristisk måde. Der kan være indsovningsbesvær, afbrudt søvn eller tidlig morgenvågningen, som bidrager til at øge trætheden og mindske kræfterne til at klare dagen. Endelig forekommer appetitløshed og væggtab på 5-10 kg hyppigt. Melankoli er når legemlige symptomer som søvnforstyrrelse, appetitløshed og hæmmet motorik er særligt fremtrædende.

Agiteret depression er, når der er tale om en hændervridende rastløshed, indre uro eller vedvarende omkringfaren. Angst og rådvildhed forekommer især hos patienter med agiteret depression, og tilstanden kan i værste tilfælde udvikle sig til akut delir.

Ved psykotisk depression kan der være vrangforestillinger eller hallucinationer. Disse kan være stemningskongruente og drejer sig oftest om skyld og straf. Patienten kan høre stemmer, der anklager ham for at være et syndigt menneske eller for at have begået en forbrydelse. Man kan også komme ud for stemningsinkongruente psykotiske symptomer f.eks. paranoide symptomer som dem, man ser ved skizofreni.

Kognitive symptomer består af påvirkning af hukommelsen, koncentrationsevnen og eksekutivfunktionen dvs. evnen til at planlægge og initiere handlinger og patienten kan ikke fungere i dagligdagen.

Diagnostiske kriterier for ICD-10-klassifikation af depressiv enkeltepisode uden psykotiske symptomer. Generelle kriterier: varighed mindst 2 uger, ingen tidligere episoder med hypomani, mani eller blandingstilstand, organisk ætiologi udelukkes.

- A. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldte
- B. Mindst 2 (3) af følgende depressive kernesymptomer:
 1. Nedtrykthed
 2. ↓ lyst eller interesse
 3. ↓ energi eller ↑ træthed
- C. Mindst 2 (4 eller 5) af følgende depressive ledsagesymptomer:
 1. ↓ selvtillid eller selvfølelse
 2. Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
 3. Tanker om død eller selvmord

4. Tænke- eller koncentrationsbesvær
5. Agitation eller hæmning
6. Søvnforstyrrelser
7. Appetit- eller vægtændring

D. Ingen hallucinationer, vrangforestillinger eller depressiv stupor:

1. Let grad: $A + 2B + 2C - F32.0$
2. Moderat grad: $A + 2B + 4C - F32.1$
3. Svær grad: $A + 3B + 5C - F32.2$
4. Med psykotiske symptomer – $F32.3$

Patientens ansigt udtrykker ofte den depressive grundstemning. Blikket er slået ned, hudfarven er bleg og stemmen er mumlen, hvor læberne knapt bevæger sig. Patienten kan være mager, tøjet ser ud til at være for stort, og egen omsorg har svigtet den personlige hygiejne. Bevægelserne er langsomme, og der er lange pauser i patientens tale. Talens indhold er præget af håbløshed, pessimisme, klager over træthed og manglende livsglæde. Tankerne er ofte koncentreret om fortidens fejl og forsømmelser.

Mange legemlige sygdomme, især endokrinologiske som myksødem, hjernesygdomme og misbrug, har symptomer, der leder tanken hen på depressionssygdom. En grundig somatisk undersøgelse, inklusive screeningsprogram er derfor påkrævet, før diagnosen depression kan stilles. Tilstande som demens, angsttilstande og personlighedsforstyrrelser er andre differentialdiagnoser.

Årsagsforhold:

- Arv og miljø (diatese-stress model)
- Langvarige belastninger i forbindelse med død eller dødsfald
- Belastninger i forbindelse med parforhold, arbejde eller karriere
- Personlighedsforstyrrelser
- ↑ stresshormonniveau (kortisol)
- Defekter og funktionsforstyrrelser i hjernen i frontallapperne og i det limbiske system (bl.a. i hippocampus)

Behandling:

- Let depression – som regel ingen behandling
- Moderat depression uden komplikationer – kognitiv terapi eller interpersonal terapi
- Moderat til svær depression – selektive serotoningenoptagelseshæmmende (SSRI) antidepressive lægemidler. Mindre bivirkninger
- Til indlagte patienter – tricykliske antidepressiva (TCA). Flere bivirkninger, især kropslige (antikolinerge) i form af mundtørhed, synsforstyrrelser og obstipation. Disse kan hæmme overledningen i hjertet og føre til rytmeforstyrrelse, og ved overdosis død. Derfor vigtigt at undersøge hjertets funktion med EKG forud for ordination af TCA, især når patienten er > 40 år.
- ECT – ved ej effekt af ovenstående lægemidler, ved selvmordstanker eller ved en tilstand med ingen indtagelse af føde og væske pga. depressiv stupor (en tilstand, hvor patienten ikke reagerer på tiltale og ikke rører sig, men er ved fuld bevidsthed).
- Ved samtidig psykotiske symptomer – antipsykotika og ECT

- Samtalebehandling – fra gode råd og omsorg til en struktureret støttende psykoterapi. Formålet er bl.a. at give patienten større indsigt i sygdommens natur og i behandlings nødvendighed og de problemer, den kan medføre.

Risikoen for recidiv af sygdommen er imidlertid stor, fordi medicinen ofte effektivt dæmper depressionens symptomer, men selve sygdomsprocessen helbredes ikke. Da en ubehandlet depression typisk varer gennemsnitligt 6-9 måneder, anbefales det derfor at en vellykket antidepressiv medikamentel behandling fortsætter mindst ½ til 1 år, efter patienten er blevet neutral af stemning, for at komme sikkert ud over denne periode, nogle gange i længere perioder.

Tilbagevendende (periodisk) depression – F33.0

Nye eller vedvarende depressionssymptomer i perioder af let grad, i andre perioder af en sværhedsgrad, at der er tale om en ny depressionssygdom. Hvis man har haft flere depressioner over kortere perioder (et par år), burde behandlingen fortsætte 5-10 år, måske livslangt, især sent i livet, da risikoen for recidiv er næsten 100 %.

Cyklotymi – F34.0

Livslange stemningssvingninger med nedtrykthed og opstemthed af lettere grad, som berettiger diagnosen bipolar affektiv sindslidelse. Her benyttes samme medikamenter som ved bipolar affektiv sindslidelse.

Dystomi – F34.1

En vedvarende forandring af sindsstemningen præget af nedtrykthed. Depressionstrækkene tilfredsstillende ikke de kriterier, der er anført under depressiv enkeltepisode. Behandlingen er samtaleterapi eller antidepressive lægemidler af typen SSRI eller nyere antidepressive lægemidler med få bivirkninger.

Selv mord og selvmordforsøg

En tragisk handling, der er nært forbundet med tilstedeværelsen af psykisk sygdom. Incidensen er 17 tilfælde/100.000 mænd og 6 tilfælde/100.000 kvinder. Selvmordsraten er højest i de ældste aldersgrupper.

Risikofaktorer:

- Køn – mand
- Civilstand – enlig
- ↑ alder
- Sociale forhold
- Personlige tab – tab af nærtstående
- Psykisk sygdom
- Legemlig sygdom som er uhelbredelig
- Misbrug af alkohol, medicin eller rusmidler

Man skelner mellem rationelle, velovervejede selvmord på den ene side (sjælden i Vesten) og irrationelle, kriserelaterede eller sygdomsrelaterede selvmord på den anden (affektive lidelser, både depression og bipolar

sygdom). Selvmord forekommer også hyppigt hos skizofrene, kronisk paranoia, anorexia nervosa, sværere personlighedsforstyrrelser og misbrug.

Selvordsforsøgene optræder hyppigt hos kvinder i yngre aldersklasser og består ofte i indtagelse af beroligende medicin i overdosis eller overfladiske snitsår på håndleddet. Incidensen er 10-20.000 i DK. Selvordsforsøgene kan være et nødråb om hjælp. Et tidligere selvordsforsøg er den mest tungtvejende risikofaktor for fuldbyrdet selvmord.

Kapitel 7: Nervøse og Stressrelaterede tilstande

ICD-10 klassifikation af nervøse og stressrelaterede tilstande

- F40: Fobiske angsttilstande
- F41: Andre angsttilstande
- F42: Obsessiv-kompulsiv tilstand
- F43: Reaktionen på svær belastning, tilpasningsreaktioner
- F44: Dissociative tilstande (konversionstilstande)
- F45: Somatoforme tilstande
- F48: Andre nervøse tilstande

Fobiske angsttilstande – F40

Ved fobiske angsttilstande er hovedsymptomet angst, der kun er bundet til bestemte objekter eller situationer, ellers relativt fri for angst. Patienten forsøger at undgå de situationer eller objekter, der udløser angst, hvilket kommer til at præge vedkommendes sociale liv.

Et karakteristisk træk er den anticipatoriske angst, der indtræffer, når han forudser, at der kan påstå en konfrontation med angstvoldende faktorer.

Agorafobi – F40.0

Agorafobi er karakteriseret ved angst for åbne pladser eller sociale situationer med mange mennesker forsamlede.

Kriterier for agorafobi:

- A. Angst i eller undgåelse af > 2 af følgende situationer:
1. Menneskemængder
 2. Offentlige steder
 3. Færden alene
 4. Færden udenfor hjemmet
- B. > 2 angstsymptomer samtidigt, heraf mindst 1 autonomt:
1. Hjerteranken
 2. Sveden
 3. Rysten

4. Mundtørhed

Andre:

5. Vejtrækningsbesvær
6. Kvælningfornemmelse
7. Trykken i brystet
8. Kvalme, maveuro
9. Svimmelhed
10. Uvirkelighedsfølelse
11. Frygt for at miste selvkontrollen
12. Frygt for at dø
13. Hedeture eller kuldegysninger
14. Dødhedsfølelse eller paræstesier

Behandling:

- Eksponeringsteknik
- Kognitiv adfærdsterapi

Socialfobi – F40.1

Her udløses angsten, når patienten føler sig observeret af andre og frygter at blive udsat for kritik. Der kan udløse anticipatorisk angst. Patienten ved godt at vedkommendes opfattelse er irrationel, men alligevel er der angst, rødmen og rysten på hænderne. For at modvirke dette dulmer patienten ofte nerverne med alkohol, der kan udvikle til misbrug.

Symptomer:

- Frygt for at blive observeret kritisk og for at opføre sig pinligt
- Undgåelse af situationer, der medfører observation fra andre
- Angst med rødmen, opkastningsfrygt og vandladnings- eller afføringstrang
- Gener fra angst eller undgåelsesadfærd
- Indsigt i at reaktionen er overdrevet

Disse symptomer kan også ses i forbindelse med agorafobi, panikangst, depression og skizofreni.

Behandling:

- Kognitiv adfærdsterapi
- Psykodynamisk psykoterapi – ved manglende effekt af kognitiv adfærdsterapi. Til bearbejdelse af følelser af skam, angst og hæmninger i interpersonelle relationer
- Farmaka – SSRI i 6-12 måneder. Benzodiazepiner reducerer angsten, men risiko for afhængighed. β -blokkere mod håndtremor.

Enkelfobi – F40.2

En uforholdsmæssig stor angst ved nærvær af særlige objekter eller situationer.

Symptomer:

- Frygt for specifikke objekter eller situationer
- Undgåelse af disse situationer
- Betydelig gene af angst og undgåelsesadfærd
- Erkendelse af at angst og undgåelse er overdreven eller urimelig
- Symptomerne er begrænset til frygtede situationer eller tanken herom

Behandling:

- Adfærdsterapi med eksponering
- Psykodynamisk psykoterapi

Andre angsttilstande – F41

Hovedsymptomet er angst.

Behandling:

- Kognitiv adfærdsterapi
- Psykoedukation – at lære patienten at leve med angsten og bemestre den
- Antidepressiv behandling med SSRI

Panikangst – F41.0

Et pludseligt optrædende angstanfald, ikke knyttet til bestemte genstande eller situationer. Hyperventilation er et karakteristisk element i angstanfaldet. Ændring af pH i blodet fører til svimmelhed, susen for ørerne, en fornemmelse af at skulle miste bevidstheden samt paræstesier i arme og ben. Hvis anfaldet fortsætter, kan der udvikle sig karpopedalspasmer og prækordiale smerter, hvilket forskrækker patienten (og omgivelserne) yderligere og forstærker opfattelsen af at der er tale om et alvorligt hjertetilfælde.

Kriterier for panikangst:

- A. > 4 panikanfald inden for en 4-ugers periode med mindst 4 af ovenstående symptomer
- B. Ikke forbundet med specifik situation eller objekt, reel fare eller fysisk belastning
- C. Ikke forårsaget af fysisk eller anden psykisk lidelse

Differentialdiagnoser:

- Hjertetilfælde
- Astma

Behandling:

- Antidepressiva og benzodiazepiner – SSRI
- Psykoterapi – psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi

Generaliseret angst – F41.1

Symptomerne er mere eller mindre konstant til stede, dvs. angsten kommer ikke i de typiske anfald.

Symptomer:

- Uspecifikke symptomer – koncentrationsbesvær, irritabilitet, indsovningsbesvær
- Påvirkning af autonome funktioner – palpitationer, sveden, rysten, mundtørhed
- Motoriske spændingsfænomener – åndenød og kvælningfølelser, trykken for brystet, kvalme eller uro i maven, muskelspændinger, synkebesvær
- Psykiske symptomer – bekymring, svimmelhed, uvirkelighedsfølelse, frygt for at blive sindssyg, dødsangst, spændingsfølelse, rastløshed

Behandling:

- Medikamentel behandling – antidepressiva af typen SSRI eller SNRI.
- Psykologisk behandling – fra rådgivning til kognitiv adfærdsterapi til intensiv psykoanalytisk psykoterapi. Man fokuserer på patientens fortrængte ubehagelige impulser, som han forsøger at gøre patienten bevidst om for derefter at motivere patienten til at drage de nødvendige sociale konsekvenser af sin indsigt og kunne tolerere angstens ubehag.

Lettere angst-depressions-tilstande – F41.2

Her er både angst- og depressionssymptomer til stede.

Behandlingen er kognitiv psykoterapi eller en kombination af antidepressiv medikamentel behandling og psykoterapi.

Obsessiv-kompulsiv tilstand – F42

Ved obsessioner (tvangstanker) forstås tanker, følelser og ideer, der dukker op i bevidstheden igen og igen på en stereotyp måde, og som oftest opleves påtrængende og upassende.

Kompulsioner (tvangshandlinger) er en bevidst, stereotyp og gentagen adfærd, som dæmper patientens angst, når de udføres efter bestemte fastlagte ritualer.

ICD-10-kriterier for obsessiv-kompulsiv tilstand

- A. Gennem mindst 2 uger
 1. Obsessioner (tvangstanker, -ideer, -forestillinger) eller
 2. Kompulsioner (tvangshandlinger)
- B. Alle følgende punkter er opfyldte:
 1. Erkendes som egne tanker eller tilskyndelser (ikke påførte udefra)
 2. Tilbagevendende – ubehagelige – erkendes som overdrevne eller urimelige
 3. Søges afvist eller modstået
 4. Oplevelse af tvangstanker eller udførelse af tvangshandlinger ikke i sig selv lystbetonet (som ved perversioner)
- C. Medfører lidelse eller interfererer med dagliglivs funktioner
- D. Ikke følge af anden psykisk lidelse

Behandling:

- Medicin:
 - SSRI – fremmer serotoninaktiviteten, effektiv ved behandling af tvangstilstande og har færre bivirkninger end clomipramin
 - Tricykliske antidepressiva – clomipramin har en stærkere serotoninfremmende virkning og virksom over for tvangstanker og tvangshandlinger end de øvrige TCA.
 - SNRI
- Psykoterapi – adfærdsterapi og kognitiv terapi indeholdende eksponering og responshindring
- Psykodynamisk terapi – nyttig til at løse de interpersonelle problemer, og kan øge complians til de adfærdsprægede øvelser, men ingen effekt på selve symptomerne.

Reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktioner – F43

Reaktionen på svær belastning kaldes en krise.

Man skelner mellem:

- Livskriser – når et familiemedlem dør, når børnene flytter hjemmefra, når man bliver pensionist osv.
- Traumatiske kriser – pludselig og uventet og opleves ofte som urimelige og uretfærdige. En skilsmisse, en ulykke, ens barn dør, et alvorligt økonomisk sammenbrud

Symptomer ved akut belastningsreaktion:

- Generel udtalt angst
- Tilbagetrækkethed og bevidsthedsindsnævring
- Desorientering
- Vrede eller fortvivlelse
- Hyperaktivitet eller i svære tilfælde stupor
- Overdreven sorgreaktion

Krisefaser og reaktioner		
Fase	Varighed	Reaktioner
Akutfase ~ chokfase	Timer til dage	Akut belastningsreaktion med emotionelle udbrud
Reaktionsfase	Uger	Subakutte stressreaktioner med svækket psykisk forsvar og regressive forsvarsmekanismer
Reparationsfase	Måneder	Posttraumatiske stressreaktioner med psykisk overfølsomhed
Ny-orienteringsfase	År	Symptomer som tristhed og tilbagetrækning, afhængig af evnen til at bearbejde krisen

Posttraumatisk belastningsreaktion – F43.1

Kaldes PTSD efter amerikansk Post-Traumatic-Stress-Disorder. Det drejer sig om en intens, forlænget og forsinket reaktion på en udtalt stressvoldende begivenhed, der hos alle vil medføre en kraftig reaktion.

Prædisponerende individuelle faktorer:

- Tidligere psykisk sygdom
- Personlighedsafvigelse
- Misbrug af alkohol eller stoffer

- Hjerneskade
- Legemlig svækkelse

Diagnostiske kriterier for posttraumatisk belastningsreaktion

- A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter)
- B. 1. Tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks" påtrængende erindringer eller mareridt eller
2. Stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder der minder om traumet
- C. Undgåelse af alt der minder om traumet
- D. 1. Delvis, eventuel fuld amnesi for den traumatiske oplevelse eller
2. Vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab med > 2 af følgende:
 - a. Ind- eller gennemsovningsbesvær
 - b. Irritabilitet eller vredesudbrud
 - c. Koncentrationsbesvær
 - d. Hypervigilitet
 - e. Tilbøjelighed til sammenfaren
- E. Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse

Behandling:

- Medicinsk behandling – SSRI reducerer symptomerne ved PTSD. Utilstrækkelig evidens for effekt af benzodiazepiner og andre former for psykofarmaka.
- Psykoterapeutisk behandling – kognitiv adfærdsterapi, hvor det vigtigste element er exposure. Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) er relativ ny teknik, som også indeholder et betydeligt element af exposure, samtidig med at patienten skal udføre rytmiske øjenbevægelser.

Tilpasningsreaktion – F43.2

Omfatter de afvigende psykiske tilstande, der kan opstå ved tilpasning til nye livsomstændigheder som f.eks. skilsmisse, flytning eller arbejdsskift.

Symptomer:

- Angst
- Bekymring
- Dårlig koncentration
- Nedtrykthed
- Irritabilitet
- Følelse af magtesløshed
- Tremor
- Palpitationer
- Sved
- Anspændthed

- Aggressive udbrud
- Adfærdsforstyrrelser
- Perioder med alkohol- eller medicinmisbrug

Dissociative tilstande (konversionstilstande) – F44

Begreberne dissociation og konversion har erstattet betegnelsen hysteri. I ICD-10-klassifikationen bruger man ordene dissociation og konversion på linje med hinanden.

Diagnostiske kriterier for dissociativ forstyrrelse:

- I. Ingen tegn på somatisk sygdom som kan forklare symptomerne
- II. Symptomerne er tidsmæssigt associeret med traumatiserende begivenheder, problemer eller behov
- III. Symptomerne er ikke udtryk for psykotisk lidelse
- IV. Organisk ætiologi udelukkes

Dissociative tilstande med psykiske symptomer:

Dissociativ amnesi – F44.0

Amnesien er hovedsymptomet. Patienten oplever at han er ude af stand til at genkende sig lange perioder af sit liv. Patienten glemmer især forhold i sit eget liv, der er stressende eller traumatiske. Derimod har han i reglen en intakt hukommelse for informationer af mere generel karakter.

Dissociativ fugue – F44.1

Her er amnesien ledsaget af, at patienten rejser bort fra de vante omgivelser. Patienten antager ny identitet, og lever ofte stille og upåfaldende i de nye omgivelser. Hvis man forsøger at minde patienten om hans gamle liv, vil han benægte. Tilstanden er hyppigt forudgået af en traumatisk oplevelse som et personligt tab eller en katastrofesituation.

Dissociativ stupor – F44.2

Et karakteristisk billede af en stuporøs tilstand. Patienten står f.eks. ubevægelig og tavs og responderer ikke på ydre stimuli. Opstår ofte i tilslutning til psykiske traumer, organisk hjernelidelse, skizofreni og depression.

Dissociativ trance og besættelsestilstand – F44.3

Et pludseligt men forbigående tab af den personlige identitetsoplevelse og den sammenhængende opfattelse af omgivelserne. Patientens opmærksomhed over for de umiddelbare omgivelser er indsnævret, og han fokuserer selektivt på bestemte stimuli. Legemsholdningen, bevægelserne og talen er begrænset til et snævert repertoire. Kan også være en besættelsestilstand, hvor patienten er overbevidst om at være besat af en ånd, en kraft eller en anden person. For at opfylde diagnostiske kriterier skal tilstanden være uønsket, og komme uden for religiøse ceremonier.

Gansers syndrom – F44.80

Sjælden tilstand, der er præget af at patienten ved udspørgen giver såkaldte approksimative svar, dvs. at han på simple spørgsmål svarer forkert, men alligevel røber, at han ubevidst godt ved hvad det korrekte svar er. Ud

over de approksimative svar ses ofte psykogene fysiske symptomer, hallucinationer (visuelle) og bevidsthedsforstyrrelser.

Multipel personlighed – F44.81

En relativ tilstand, hvor der optræder pludselige skift mellem patientens normale identitet og et andet komplekst mønster af adfærd og selvopfattelse. Patienten har kun erindring om den person, han i øjeblikket fremstiller, mens den anden er glemt. Hver personlighed har således egne erindringer, præferencer og adfærdsmønstre. Differentialdiagnostik: simulation, organiske hjernelidelser og skizofreni, emotionel ustabil personlighedsstruktur og hurtigt skiftende bipolar psykose.

Dissociative somatiske fænomener (konversionstilstande)

Dissociative bevægelsesforstyrrelser – F44.4

Ved dissociative paralyser er der aktivitet i alle muskler, især når patienten afledes. Gangforstyrrelser og tremor er altid påfaldende og bliver som regel mere udtalte, når patienten observeres. Det drejer sig om et mønster, der er ikke kendt fra neurologiske sygdomme.

Dissociativ kramper – F44.5

Patienten er i forbindelse med dissociativ kramper bevidsthedsklar, og der er sjældent tungebid, faldlæsioner eller afgang af urin eller fæces. EEG-monitorering kan skelne denne tilstand fra de andre krampetilstande.

Dissociative sanseforstyrrelser – F.44.6

Man skelner dissociative sanseforstyrrelser fra organiske tilstande ved at de ikke følger de afgrænsninger som innervationen tilskriver. I stedet for kan der tale om en strømpeafgrænsning, dvs. en cirkulær afgrænsning på benet, der ikke svarer til den sensoriske innervation af UE. Andre psykogene forstyrrelser f.eks. synsforstyrrelser eller døvhed, som ikke er så læderet, som er tilfældet hos de patienter med synsforstyrrelser og døvhed.

Behandling for disse dissociative tilstande:

- Etablering af støtte, ro og hjælp
- Fastholdelse over for patienten, at det ikke er drejer sig om en somatisk, men derimod en psykisk lidelse.
- Psykoterapi i form af psykodynamisk psykoterapi

Somatoforme tilstande – F45

Somatiske symptomer, klager over legemlig sygdom og krav om fysisk undersøgelse til trods for tidligere negative fund og påvisning af, at tilstanden har psykiske årsager.

De vigtigste somatoforme lidelser: somatiseringstilstanden (F45.0), den hypokondre tilstand (F45.2), somatoform autonom dysfunktion (F45.3) og vedvarende somatoform smertetilstand (F45.4).

Diagnostiske kriterier for somatiseringstilstand:

- Vekslede somatiske symptomer gennem mere end 2 år
- Symptomerne kan ikke forklares ved en påviselig somatisk sygdom

- Optagetheden af symptomerne er generende og fører til gentagne lægebesøg og undersøgelser
- Patienten accepterer ikke forsikring om, at symptomerne ikke har fysisk årsag
- Mindst 6 symptomer fra mindst 2 af følgende organsystemer:

<ul style="list-style-type: none">• Gastrointestinale symptomer: Mavesmerter Kvalme Oppustethed Belagt tunge eller dårlig smag i munden Opkastninger eller opstød Hyppige løse afføringer eller sekret fra anus	<ul style="list-style-type: none">• Uro-genitale symptomer: Dysuri eller pollakisuri Ubehagelige fornemmelser i genitalregionen Udflåd
<ul style="list-style-type: none">• Kardiovaskulære symptomer: Åndenød Brystsmerter	<ul style="list-style-type: none">• Hud og smertesymptomer: Hudpletter eller misfarvning Ledsmerter eller smerter i armen og ben Dødhedsfornemmelser eller paræstesier

Kapitel 8: Adfærsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser

Spiseforstyrrelser – F50

Nervøs spisevægring (Anorexia Nervosa) – F50.0

Diagnostiske kriterier for anorexia nervosa F50.0:

- A. Legemsvægten fastholdes mindst 15 % under den for alderen og højden forventede vægt
- B. Undgåelse af fedende føde
- C. Forstyrret legemsopfattelse med en urealistisk følelse af at være for tyk og med frygt for fedme
- D. Endokrine forstyrrelser i det hypothalamiske-hypofysære system med amenorrhea, svækket libido og potens
- E. Bulimi er ikke til stede

De fleste behandlere benytter i dag Body Mass Index (BMI) som led i diagnostikken. BMI mellem 18,5 og 25 viser normalvægt, men er værdien < 18,5 er patienten undervægtig. Hvis BMI er < 17,5, regnes vægttabet for at være alvorligt.

Det udtalte vægttab fører en række somatiske ændringer med sig. Hunger-ødemer, bradykardi, hypotermi og hypotension kan blive udtalt og viser at helbredstilstanden er truet. Opkastningerne kan føre til hypokalæmisk alkalose samt de kan føre til beskadigelse af tænder og øsofagus.

Patienten har ambivalent forhold til maden, hvor hun godt kan finde på at grovæde. Den ambivalens, som ses i forhold til mad, kan også iagttages på andre områder, hvor følelserne er involverede. Ambivalensen forvaltes med forsvarsmekanismen splitting, en speciel reaktion, hvor man benægter bevidstheden om at begge ambivalensens poler eksisterer på samme tid. Spiseambivalensen forvaltes således, at man enten er overbevidst om at man ikke ønsker mad, ja nærmest hader det, og man benægter så lysten til det, eller også har man en ubændig lyst og benægter at man foragter mad. På den måde vil anorektikeren kunne pendulere mellem de to positioner uden viden om, at hun besidder lysten til mad, når hun grovæder, og omvendt.

Er en anorektiker udtalt spisevægrenende og forstyrret i sin oplevelse af kroppen, er der fare for hendes liv, og indikationerne for tvangsindlæggelse på såvel fare- som behandlingsindikation er til stede.

Behandlingens mål:

- At få anorektikeren op til et rimeligt vægtniveau
- At få etableret konstruktive spisevaner
- At få mere fleksibel psykisk tilpasning til problemer, der rummer ambivalente holdninger, først og fremmest spiseproblemer

Nervøs spiseanfaldstilbøjelighed (Bulimia Nervosa) – F50.2

Det centrale træk ved bulimi er en anfaldsvis trang til at spise og foræde sig. Bulimikeren har en overdreven optagethed af sin vægt, men plages samtidig af tilbagevendende spiseanfald. Optagethed af udseende og vægten har bulimikeren fælles med anorektikeren, men det afgørende forskel er de voldsomme ædeflip som overmander bulimikeren.

Diagnostiske kriterier er:

- A. Spiseanfald mindst 2 x ugentlig i mindst 3 måneder
- B. Spisetrang
- C. Forsøg på at modvirke vægtøgning ved mindst 1 af følgende metoder:
 - Opkastning
 - Laxation
 - Fasten
 - Afmagringspiller, diuretika, thyreoidin
- D. Forstyrret legemsopfattelse med frygt for fedme

Også her er ambivalensen i emotionelt prægede forhold, især forholdet til mad, central. Bulimikeren reagerer dog ikke som anorektikeren med indskrænkende restriktioner, men giver efter for impulserne for så derefter at fortryde. Ambivalensen ses ikke kun på spiseområdet, men også på mange andre følelsesprægede områder som f.eks. det seksuelle. Splittingfænomenet ses hos bulimikere som hos anorektikere blot med den forskel, at bulimikeren oftest splitter til den impulsive side, mens anorektikeren vælger den restriktive.

Behandling:

- Analytisk terapi
- Evt. antidepressiva hvis der også er depression til stede

Søvnforstyrrelser

Søvnen kan registreres objektivt ved hjælp af elektroencefalografi (EEG). Den normale søvn kan beskrives som en række stadier fra let til dyb søvn, der i en cyklus indfinder sig 6-8 gange/nat, hver gang afbrudt af en periode med såkaldt REM-søvn (rapid eye movement, hurtige konjugerede øjenbevægelser). REM-perioderne varer hver fra 10-20 minutter, de længste perioder optræder sidst på natten, og søvnen i REM-perioderne er overfladisk. Det er næsten udelukkende i REM-perioderne, drømmeaktiviteten foregår.

Søvnforstyrrelser kan være betinget af emotionelle eller organiske forhold.

Non-organisk søvnløshed – F51.0

Non-organisk søvnløshed eller insomni består af en utilfredsstillende kvantitet og kvalitet af søvnen igennem flere nætter. Den omfatter indsovningsbesvær, afbrudt søvn og tidlig opvågning.

Fysiske og psykiske tilstande der ledsages af insomni

Somatiske tilstande:

- Smerter
- Kardiorespiratoriske vanskeligheder
- Nykturi
- Tyreotoksikose

Psykiske sygdomme:

- Depression
- Mani
- Angst og OCD
- Organiske hjernesyndromer

Farmakologisk stimulation:

- Centralstimulerende lægemidler
- Alkohol
- Koffein

Stresstilstande:

- Skilsmisse, eksamen, afskedigelse
- Skifteholdsarbejde
- Rejse over mange tidszoner

Symptomer:

- Træthed
- Dårligt velbefindende
- Angst
- Forstemning
- Depression med sekundær søvnforstyrrelse

Behandling:

- Regelmæssighed i sovevanerne
- Ingen koffein, alkohol eller tobak før søvn
- Optræning i afspænding før sovetid
- At støjniveauet omkring sovestedet holdes lavt
- At man opnår tilstrækkelig motion dagen igennem
- At længden af søvnen er realistisk i forhold til det individuelle niveau
- Benzodiazepiner kan benyttes i kortere perioder (2-4 uger) for at få indarbejdet en sund søvnrytme (aldrig i længere perioder, da der er risiko for vanedannelse og udvikling af tolerance)

Non-organisk ↑ søvntrang – F51.1

Hypersomni eller ↑ søvntrang er præget af excessiv søvnløshed og søvnanfald i dagtimerne. Diagnosen kan ikke stilles, hvis der er forudgående søvnmangel.

Årsager:

- Depression
- Indtagelse af misbrugsstoffer
- Alkohol

- Anxiolytika
- Tumorer med ↑ intrakranielt tryk
- Encephalitis
- Meningitis
- Metaboliske sygdomme
- Narkolepsi – ofte ledsaget af katapleksi (tab af muskeltonus)

Behandling:

- Vanskeligt at behandle. Amfetamin og metylfenidat er brugt med god virkning.

Non-organisk søvnrhythme-forstyrrelse – F51.2

Ved søvnrhythme-forstyrrelser er der ikke overensstemmelse mellem patientens og omgivelsernes søvn-vågenrytme. Organisk betingede tilstande som demens, delir, hjerneskade eller abstinens kan give søvnrhythme-forstyrrelser.

Søvn-gænger – F51.3

Søvn-gænger (somniaambulisme) er en ændret bevidsthedstilstand, hvor personen under søvn rejser sig fra sengen og vandrer rundt, enten i soveværelser eller i sjældnere tilfælde udenfor. Ved opvågningen er der ofte amnesi for episoden. Det er en automatisme, der opstår tidligt på natten under dyb søvn (ikke REM-søvn).

Søvn-rædsel – F51.4

Søvn-rædsel er en ekstrem affektiv form for søvn-gænger. Den optræder på det samme tidspunkt, dvs. få timer efter søvnen er indtrådt, og viser sig ved episoder med rædsel og paniklignende angst, voldsom uro og råben. Som ved søvn-gænger er der ingen erindring om tilstanden den næste morgen.

Natligt mareridt – F51.5

En voldsom drømmeoplevelse, der er meget livagtig og hvor der bagefter er tydelig erindring om indholdet. Er knyttet til REM-søvnfasen.

Non-organiske seksuelle forstyrrelser – F52

Nedsat eller manglende seksuallyst – F52.0

Seksuel aversion eller manglende seksuel lystfølelse – F52.1

Non-organisk genital dysfunktion – F52.2

Hæmmet orgasme – F52.3

Præmatur ejakulation – F52.4

Non-organisk vaginisme – F52.5

Non-organisk dyspareuni – F52.6

Disse afsnit er nem og hurtig at læse (s. 173-181)

Kapitel 9: Personlighedsforstyrrelser

Det drejer sig om en forstyrrelse, der forudsætter en afvigelse fra en norm der kan fastslås. Personlighed er en svær norm at fastsætte især under udviklingen. Hvornår er personligheden stabil?

- Udviklingsprocessen er yderst påvirkelig
- Personlighedsforstyrrelsen kan spores i barndommen og adolescens og vil oftest vedvare med samme karakteristika

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 aggressionstærskel
- Emotionelt ustabil, impulsiv type – affektabilitet, impulsiv handlemåde, svag impuls kontrol
- Emotionelt ustabil, borderlinetype – 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

Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen – F60

ICD-10 kriterier for personlighedsforstyrrelse:

- Karakteristiske vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde afviger fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede for mindst 2 af følgende områder:
 - Erkendelse, holdning
 - Følelsesliv
 - Impulskontrol og behovstilfredsstillelse
 - Interpersonelle forhold
- Adfærden gennemgribende unuanceret, utilpasset, uhensigtsmæssig
- Adfærden går ud over patienten selv eller omgivelserne
- Varighed siden barndom eller adolescens
- Ikke udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse
- Organisk ætiologi udelukkes

Paranoid personlighedsstruktur – F60.0

Sensitivitet og mistroiskhed over for, hvad andre siger og gør, idet den grundlæggende selvopfattelse er præget af en følelse af at være svag eller inferior og relationsmønstret er præget af en angst for at andre skal dominere en. Forsvarsmekanisme over for denne angst er projektion og en følelse af omnipotens (almægtighed).

Diagnostiske kriterier:

- De generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse samt mindst 4 af følgende kriterier skal opfyldes:

- Overfølsomhed over for nederlag og afvisning
- Tendens til at bære nag
- Mistroiskhed og mistydningstendens
- Stridbarhed og rethaveriskhed
- Ubegrundet jalousi
- Selvhenføringstendens med ↑ selvfølelse
- Optagethed af "konspirations"-forklaringer

Symptomer:

- Fjendtlige
- Irritable
- Vredladne
- Ingen kontakt med deres egne følelser
- Fejltagelser og problemer tilskrives andre
- Overvurderer sine egne evner (bedrevidende, talentfuld og i stand til at udrette noget stort)
- Følelsen af ydmygelse og skam opstår let

Behandlingen er individuel psykoterapeutisk behandling. Overskuelighed i samtalen er vigtig, og patienten må føle værdighed i forholdet. Hvis han føler sig ydmyget (kan ske nemt), udvikles projektionerne, og terapien vanskeliggøres. Terapeuten må være ligefrem, ærlig, erfaren og robust, da anklager/sagsanlæg kan indtræffe. Antipsykotika i lav dosis kan reducere patientens oplevelse af agitation, angst og mistænksomhed.

Skizoid personlighedsstruktur – F60.1

Introspektion og social tilbagetrækning. Der er mangel på emotionel varme og kontakt. Patienter er reserverede, mangler interesse for andre mennesker. De har manglende evne til at udtrykke aggression direkte og lever isoleret, har få behov og søger ikke følelsesmæssig kontakt. De har ofte ↓ selvværd og beskytter sig selv mod denne følelse ved at anvende forsvarsmekanismer præget af fantasier om egen storhed (omnipotens) samt følelsesmæssig tilbagetrækning fra andre mennesker. De er mere teknisk interesserede. De kan blive angste, hvis der stilles krav om medmenneskelig kontakt.

Diagnostik kriterier:

- De generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse samt mindst 4 af følgende kriterier skal opfyldes:
 - Almen ulystbetoning
 - Emotionel kølighed og fjernhed, affektaffladning
 - ↓ evne til at udtrykke følelser – emotionel distance
 - Indifference over for ros og kritik – ligeglad med ris og ros
 - Ringe seksuel interesse
 - Soloaktiviteter foretrukne – undgå samvær med andre
 - Optagethed af introspektion og fantasier
 - Manglende interesse for venskab og fortrolighed
 - Manglende situationsfornemmelse

- Har svært ved at sætte ord på egne og andres følelser

Differentialdiagnose:

- Aspergers syndrom – problemer med socialt samspil;
 - Blikkontakt, gestus, mimik, kropsholdning
 - Udvikling af fælles interesser
 - Emotionelt respons
 - Spontan delagtiggørelse af andre

Behandlingen er psykoterapi og evt. små doser antipsykotisk medicin.

Dyssocial personlighedsstruktur – F60.2

En ansvarsløs og antisocial adfærd. Der ses manglende evne til at knytte faste følelsesmæssige forhold, tilbøjelighed til impulsive reaktioner, en manglende skyldfølelse og en svigtende evne til at lære af negative erfaringer. Empatiforstyrrelse, der medfører manglende evne til at fastholde varige og dybe emotionelle forbindelser. Dette står ofte i kontrast til en overfladisk charmerende adfærd, der kan bedrage. Ægteskaber indgås med stor optimisme og følelsesmæssig begejstring, men varer sjældent længe og kan være præget af svigt, ekstramatrimonielle forhold og fysisk vold.

De pludselige impulser med "acting out" og uigennemtænkt behovstilfredsstillelse uden hensyn til andre medfører ofte konflikter med loven, hvor politiet inddrages. Misbrug af alkohol og narkotika kan også optræde.

Diagnostik kriterier:

- De generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse samt mindst 3 af følgende kriterier skal opfyldes:
 - Grov ligegyldighed over for andres følelser
 - Manglende ansvarfølelse og respekt for sociale normer og forpligter
 - Manglende evne til at fastholde forbindelser med andre
 - ↓ frustrationstolerance og aggressionstærskel
 - Manglende evne til at føle skyld eller lade sig påvirke af erfaringer inkl. straf
 - Bortforklarings- og udadprojektionstendens

Differentialdiagnose:

- ADHD
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelse

Behandlingen er intensiv psykoterapi, evt. antipsykotika/antidepressiva.

Emotionelt ustabil personlighedsstruktur – F60.3

Tilstanden opdeles i 2 typer:

- Den impulsive type – let til pludselig udbrud af vrede, hvor vedkommende agerer impulsivt og uoverlagt. Reaktionen kan meget let afløses af angst og depressive selvbebrejdelser, hvor selvdestruktive handlinger som selvmordsforsøg kan optræde. Et generelt ustabil humør med svingninger fra eksaltation til depression. Diagnostik kriterier for personlighedsforstyrrelse samt mindst 3 af følgende kriterier, herunder altid stridbarheden:
 - Tendens til at handle impulsivt og uoverlagt
 - Stridbarhed, især ved impulsfrustration – altid til stede
 - Affektlabilitet, eksplosivitet
 - Manglende udholdenhed
 - Ustabil og lunefuld humør
- Borderline-typen – en tydelig manglende identitetsfølelse, der fører til manglende indre psykisk stabilitet og ustabile relationer til andre. Angst og usikkerhed er i forgrunden og kan føre til selvmordsforsøg og anden selvskadende adfærd (giver fornemmelse af liv). Diagnostik kriterier for personlighedsforstyrrelse samt 3 kriterier fra impulsiv type og mindst 2 af følgende kriterier:
 - Forstyrret og usikker identitetsfølelse
 - Tendens til intense og ustabile forhold til andre
 - Udtalt tendens til at undgå at blive ladt alene
 - Tendens til selvdestruktivitet
 - Kronisk tomhedsfølelse

Differentialdiagnoser:

- Den emotionelle ustabile personlighedsforstyrrelse, impulsiv type overlapper en hel del med ADHD
- Overvej ALTID ADHD i forbindelse med borderline.

Behandlingen er langvarige psykoterapi.

Histrionisk personlighedsstruktur – F60.4

Forkærlighed og sans for selvscenesættelse og drama. De har ringe kontakt med deres følelser.

Diagnostik kriterier:

- De generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse samt mindst 4 af følgende kriterier skal opfyldes:
 - Dramatiseringstendens, teatralisk holdning, overdrevne følelsesudtryk
 - Suggestibilitet
 - Overfladisk og labilt følelsesliv
 - Spændings- og opmærksomhedssøgende adfærd
 - Pseudo-seduktivitet
 - Overdreven optagethed af udseende og tiltrækningsevne

Tvangspræget personlighedsstruktur – F60.5

Perfektionisme og manglende fleksibilitet. Det drejer sig om en persontype med høje etiske normer, der er punktlig med aftaler og regelbunden i sin adfærd. Ikke improviserende, impulsiv og følelsesbetonet.

Diagnostik kriterier:

- De generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse samt mindst 4 af følgende kriterier skal opfyldes. Tendens til tvivlen og overforsigtighed:
 - Overdreven ordenssans og optagethed af detaljer, regler eller skemaer
 - Overdreven perfektionisme
 - Skrupuløs samvittighedsfuldhed
 - Overdreven præstationstrang
 - Overdreven pedanteri og konventionalitet
 - Rigiditet og stivsindethed
 - Kontrolleringstendens over for andre

Ængstelig personlighedsstruktur – P60.6

Angst er mere eller mindre vedvarende til stede og medfører at det er svært for dem at være sammen med andre. De er bange for at give sig i lag med nye opgaver, fordi de forestiller sig, at de bliver til grin eller opfattet som dumme. De har en ↓ følelse, trækker sig gerne fra sociale sammenhænge og har relativt få, men ofte nære venner. De holder sjældent taler i selskabelige sammenhænge.

Diagnostik kriterier:

- De generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse samt mindst 4 af følgende kriterier skal opfyldes:
 - Udbredt ængstelighed og anspændthed
 - Mindreværdsfølelse
 - Tendens til følelse af afvisning og kritik i sociale situationer
 - Tilbageholdenhed over for andre ved usikkerhed om forhåndsaccept
 - Begrænset livsudfoldelse på grund af bekymring for fysisk sikkerhed
 - Tendens til at undgå sociale aktiviteter af frygt for kritik eller afvisning

Behandling: psykoterapi

Dependent personlighedsstruktur – P60.7

Personer med få ressourcer, som spiller en passiv rolle, og underkaster sig andre. De er bange for at være alene og har en ængstelig og depressiv fremtoning. Nogle bliver afhængige af partnere, der misbruger dem. Partnerne kan være alkoholiserede eller have paranoide træk. Passiv aggression og reaktionsdannelse er de dominerende forsvarsmekanismer.

Diagnostik kriterier:

- De generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse samt mindst 4 af følgende kriterier skal opfyldes. Tendens til at overlade betydningsfulde beslutninger til andre:
 - Underordningstendens over for personer, de er afhængige af

- Uvillighed til at stille krav til personer, de føler sig afhængige af
- Hjælpeløshedsfølelse når alene, af frygt for ikke at kunne klare sig selv
- Overdreven frygt for at blive ladt alene
- Begrænset evne til at træffe dagligdags beslutninger uden kraftig støtte

Behandling: psykoterapi

Andre personlighedsforstyrrelser

Det drejer sig om den narcissistiske og den passiv-aggressive personlighedsafvigelse.

Kønsidentitetsforstyrrelser – F64

- Transseksualitet – F64.0
- Transvestisme – F64.1

Seksuelle afvigelser – F65

- *Fetichisme – F65.0*
- *Transvestisk fetichisme – F65.1*
- *Ekshibitionisme – F65.2*
- *Voyeurisme – F65.3*
- *Pædofili – F65.4*
- *Sadomasochisme – F65.5*

Kapitel 10: Mental retardering

Mental retardering, udviklingshæmning, forekommer hos 1-2 % af den danske voksenbefolkning. Det drejer sig om en tilstand, der er præget af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder. Ved kendte psykiske sygdomme f.eks. skizofreni, affektiv lidelse og angstlidelser forekommer hos mennesker med alle grader af mental retardering.

Adfærds- og personlighedsmæssige symptomer:

- Aggression
- Stereotype bevægelser
- Hyperaktivitet
- Stemningslabilitet
- Selvbeskadigelse
- Selvcentrering
- Begrænset koncentrationsevne
- ↓ kontaktevne

Kapitel 11: ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse hos voksne

ADHD, attention deficit/hyperactivity disorder, er en udviklingsforstyrrelse, som påvirker evnen til opmærksomhed samt aktivitetsniveauet og medfører ↑ impulsivitet. Tidligere har tilstanden været benævnt DAMP.

Symptomer:

- Koncentrationsvanskeligheder
- Svært at skaffe sig overblik
- Manglende tidsfornemmelse
- At glemme aftaler
- Hyperaktivitet
- Kropslig uro – børn
- Fornemmelse af indre uro og rastløshed – voksne
- Impulsivitet – her og nu præget
- Grænseoverskridende
- Afbrydende og dominerende i socialt samvær
- Eksekutive funktioner – vanskeligheder ved at prioritere/strukturere arbejdsopgaver, planlægning og overblik, dårlig funktion af arbejdshukommelsen

Deres stemningsleje kan svinge mellem tristhed og opløftet, nærmest manilignende selvovervurderende tilstand. Disse svingninger i humøret samt temperamentsfuldhed og impulsivitet gør patienten uberegnelig og uforudsigelig i andres øjne, og medfører ofte store vanskeligheder. Nogle udvikler alvorlige komplikationer såsom alkohol- og stofmisbrug og kriminalitet.

Diagnostik kriterier:

- A. Opmærksomhedsforstyrrelse gennem mindst 6 måneder med > 6 af følgende:
1. Kan ikke fæstne opmærksomheden ved detaljer, laver skødesløse fejl
 2. Kan ikke holde opmærksomheden ved opgaver eller leg
 3. Synes ikke at høre hvad der bliver sagt
 4. Kan ikke følge instrukser eller fuldføre opgaver
 5. Kan ikke tilrettelægge arbejde eller aktiviteter
 6. Undgår eller afskyr opgaver som kræver vedholdende opmærksomhed
 7. Mister blyanter, bøger, legesager eller andre ting, som er nødvendige for at udføre opgaver og aktiviteter
 8. Lader sig let distrahere af ydre stimuli
 9. Er glemsom i forbindelse med dagliglivsaktiviteter
- B. Hyperaktivitet gennem mindst 6 måneder med > 3 af følgende:
1. Uro i hænder eller fødder, sidder uroligt
 2. Forlader sin plads i klassen eller ved bordet
 3. Løber, klatrer, farer omkring på utilpasset måde
 4. Støjende adfærd ved leg, har vanskeligt ved at være stille

5. Excessiv motorisk aktivitet, som ikke lader sig styre
- C. Impulsivitet gennem mindst 6 måneder med > 1 af følgende:
1. Svarer før spørgsmålet er afsluttet
 2. Kan ikke vente på at det bliver deres tur
 3. Afbryder eller maser sig på
 4. Taler for meget, uden situationsfornemmelse
- D. Begyndelsesalder < 7 år
- E. Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer, f.eks. i skolen, hjemmet, ved klinisk undersøgelse
- F. Forstyrrelserne forårsager betydelige vanskeligheder eller vanskeliggør sociale, skole- og beskæftigelsesmæssige funktioner
- G. Skyldes ikke affektive lidelser (F30-39), angsttilstande (F40-41) og opfylder ikke kriterierne for F84

Der er ved ADHD påvist forstyrrelser af bestemte områder af cortex og basalganglierne, som styrer vores følelsesmæssige og handlingsmæssige impulser samt varetager planlægnings- og styringsfunktioner.

Behandling:

- Støtte og træning i at skabe struktur og overblik i dagligdagen, herunder også regler for hvordan man omgås andre mennesker og fungerer i forældrerollen
- Hjælp til uddannelses- og erhvervsvalg og støtte til gennemførelse
- Medicin – centralstimulerende præparater f.eks. metylfenidat (Ritalin, Concerta). Sådanne stoffer stimulerer bl.a. det dopaminerge system og bevirker en reduktion i hyperaktiviteten, impulsiviteten og en øgning af koncentrationsevnen samt evnen til at fokusere. Virkningen indtræder allerede efter 20-30 minutter. Atomoxetin er en anden medicin, som kan bruges i behandlingen af ADHD. Dette stof virker via det noradrenerge system, dets virkning indtræder først efter flere ugers brug. Den er et godt alternativ, når der er komorbide tilstande i form af angst, depression og Tourettes syndrom samt evt. ved misbrug.

Positive virkninger af centralstimulerende stoffer:

- Reduktion af hyperaktivitet
- Reduktion af impulsivitet
- Bedring af koncentrationsevnen
- Andre, måske afledte effekter
- Bedre præstationer på arbejdet
- Bedre social funktion over for børn, ægtefælle, kolleger
- Mere tilgængelig for psykoedukativ intervention

Bivirkninger:

- Appetitløshed
- Søvnproblemer
- Mavesmerter
- Tics
- Tristhed
- ↑ blodtryk
- Kan potentielt misbruges

Kapitel 12: psykiatriske behandlingsmetoder

Psykofarmaka

Ca. 70 forskellige lægemidler, der inddeles i:

- Antipsykotika (ca. 30) – tidligere kaldet neuroleptika – behandling af skizofrene patienter, psykoser, mani, forebyggende behandling af bipolar sindslidelse (atypiske lægemidler)
- Antidepressiva (ca. 20)
- Midler mod angst og søvnforstyrrelser (ca. 20)

Andre lægemidler er litium til behandling af bipolar affektiv sygdom, og antabus til alkoholistbehandlingen.

Antipsykotika:

Gruppe	Generisk navn	Handelsnavn	Døgndosis mg	Halveringstid/timer
Typiske højdosis	Klorprothixen	Truxel	100-600	9
	Levomepromazin	Nozinan	100-600	21
Typiske lavdosis	Zuclophentixol	Cisordinol	4-30	20
	Perfenazin	Trilafon	8-48	9
	Haloperidol	Serenase	2-20	24
Atypiske	Clozapin	LeponeX (mest effektiv, flest bivirkninger)	100-600	12
	Olanzapin	Zyprexa	5-30	30
	Risperidon	Risperdal	1-6	24
	Quetiapin	Seroquel	300-750	7-12
	Ziprasidon	Zeldox	80-160	7
	Amisulprid	Solian	200-1200	12
	Sertindol	Serdolect	12-24	72
	Aripiprazol	Abilify	10-30	75

Antipsykotika dæmper (eller fjerner) aktive eller såkaldte positive psykotiske symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og psykomotoriske katatonier. Fuld effekt indtræder først efter 3-6 uger, mens beroligende virkning hurtigt sættes ind.

De typiske antipsykotikas virkning skyldes deres evne til at blokere D2-receptoren i striatum. De atypiske antipsykotika virker ved også at blokere visse serotoninreceptorer, hvilket mildner neurologiske bivirkninger.

Bivirkninger:

- Ekstrapyramidale bivirkninger – en ændret motorik, som udløses pga. antipsykotikas lammelser af dopaminaktiviteten i de nigrostriatale nervebaner i hjerne. De ældre typiske antipsykotika udløser disse bivirkninger (risperidon > 6 mg/døgn)
 - Akatisi – indre uro og trippen
 - Dystoni – muskelkramper, især i øjen- og halsmuskulaturen
 - Parkinsonisme – muskelstivhed og langsomme bevægelser
 - Dyskinesi – ufrivillige, gumlende eller kastende bevægelser
- Psykiske bivirkninger – en dæmpning af sanseindtryk og psykologiske funktioner, en dæmpning der kan forstærke den skizofrene patients negative symptomer og dermed den sociale isolation.

- Passivitet
- Depression
- Autonome bivirkninger – ortostatisk blodtryksfald, hjertebanken, mundtørhed, synsforstyrrelser, obstipation og vandladningsbesvær. Det er typiske højdosis lægemidler, der udløser disse.
- Andre bivirkninger:
 - Brystspænding (prolaktinstigning) – ses hos kvinder og sjældent hos mænd
 - Leverpåvirkning
 - Agranulocytose – hæmmet produktion af hvide blodlegemer (Clozapin)
 - Neuroleptisk malignsyndrom – temperaturforhøjelse, muskelkrampe og delirsymptomer. Blodprøven viser ↑ serum værdier af muskelenzymet kreatinkinase (risperidon, olanzapin)
 - Kardiologiske bivirkninger (langt QT-syndrom)
 - Metaboliske forandringer – diabetisk glukosebelastning eller manifest diabetes
 - Vægtøgning – (olanzapin)

De atypiske antipsykotika giver kun i beskedne omfang eller slet ikke anledning til ekstrapyramidale bivirkninger.

Antidepressiva

Gruppe	Generisk navn	Handelsnavn	Døgndosis	Halveringstid
Traditionelle tricykliske	Clomipramin	Anafranil	75-150	12-84
	Amitriptylin	Saroten	100-200	17-93
	Notriptylin	Noritren	100-150	18-93
MAOI	Isocarboxazid	Marplan	2-30	
	Moclobemid	Aurorix	300-600	
SSRI	Citalopram	Cipramil	20-40	36
	Fluoxetin	Fontex	20-30	48-216
	Paroxetin	Seroxat	20-30	24
	Sertralin	Zoloft	50-150	25
	Escitalopram	Cipralext	10-20	36
Andre	Mianserin	Tolvon	30-90	10-17
	Mirtazapin	Remeron	30-90	20-40
	Venlafaxin	Efexor	75-350	5-11
	Duloxetin	Cymbalta	60-120	8-17
	Agomelatin	Valdoxan	25-50	1-2

Antidepressiva hæver det forsænkede stemningsleje. Det psykomotoriske tempo stabiliseres, søvnmønstret, appetitten og seksuallysten normaliseres, og depressive tanker om skyld, mindreværd og selvmord svinder. Der går ca. 2-4 uger, før en sikker effekt kan ses.

Bivirkninger:

- Traditionelle tricykliske:
 - Hjerterytmeforstyrrelse – hæmmer hjertets impulsledning
 - Blodtryksfald
 - Mundtørhed
 - Synsbesvær
 - Obstipation

- Urinretention
- Seksuelle bivirkninger
- Vægtøgning
- Serotoningenoptagehæmmere:
 - Kvalme
 - Hovedpine
 - Søvnforstyrrelse
 - Seksuelle bivirkninger – forsinket ejakulation, ↓ libido og besvær med at opnå orgasme
 - Agitation

Når behandlingen skal afsluttes, er det vigtigt, at patienten trappes langsomt ud af behandlingen, gerne over 2-3 måneder. Hyppige seponeringssymptomer er influenzalignende symptomer, svimmelhed, kvalme, irritabilitet, svedtendens og ↑ drømmeaktivitet.

Anxiolytika og sedativa

Anxiolytika og sedativa:

Generisk navn	Handelsnavn	Døgndosis	Halveringstid/timer
Diazepam	Stesolid	5	72
Clonazepam	Rivotril	2	40
Flunitrazepam	Rohypnol	0,5	24
Nitrazepam	Pacisyn	5	24
Bromazepam	Lexotan	3	15
Alprazolam	Tafil	0,5	12
Lorazepam	Temesta	1	12
Oxazepam	Serepax	15	10
Triazolam	Halcion	0,125	3
Zopiclon	Imovane	7,5	5
Zolpidem	Stilnoct	10	2

Virkninger:

- Angstdæmmende – lægemidler med lang halveringstid
- Søvnfremmende – lægemidler med kort halveringstid

Benzodiazepiner er nyttige i behandlingen af angst og søvnløshed hos deprimerede patienter, indtil den antidepressive medicin begynder at virke. Langvarig behandling kan være indiceret som supplement til antipsykotisk behandling.

Bivirkninger:

- Træthed
- Sløver sanser
- Sløver hukommelse
- Påvirker gangfunktionen (risiko for faldtraumer og ulykker) – muskelsvaghed
- Påvirker arbejdsevnen – ↓ koncentrationsevne
- Påvirker at føre trafikmidler

- Udvikler tolerance – afhængighed, misbrug
- Abstinenser ved ophør – angst, søvnløshed, rastløshed og i sjældne tilfælde kramper og psykoser

Litium og antiepileptika

Litium er et grundstof, der kan dæmpe eller fjerne manisyntomer og forebygge genopblussen af manier og depressioner hos patienter med bipolar affektiv sygdom (den væsentligste anvendelse). Litium benyttes også forebyggende ved tilbagevendende depressioner og skizoaffektiv sygdom samt dæmpning af aggressivitet.

Den er stemningsstabiliserende medikament sammen med antiepileptiske lægemidler som carbamazepin, oxcarbazepin, valproat og lamotrigin. Nogle antiepileptika kan ligesom litium anvendes til behandling af akut mani og til forebyggende behandling ved bipolar sygdom, især lamotrigin. Antiepileptika gives i de samme doser, som anvendes til epilepsibehandling.

Den indtages som litiumkarbonat med 8 mmol litium per tabl. eller litiumcitrat i nøletabl. Litarex med 6 mmol litium per tabl. Hyppige serum kontrol er vigtigt da litium har et lille terapeutisk indeks mellem 0,6-0,8 mmol/l, ved mani lidt højere, men ikke over 1,2 mmol/l. Forgiftningen ses ved 1,5-2,0 mmol/l, som behandles på en nefrologisk afdeling med hæmolyse.

Bivirkninger:

- Tørst og hyppig vandladning – pga. litiums hæmning af nyrenes tubulusfunktion via det antidiuretiske hormon. S-Kreatinin niveau skal kontrolleres jævnlige
- Vægtøgning – ↑ indtagelse af kalerioholdige drikke i forbindelse med den forøgede tørst
- ↓ stofskifte – ses hos midalderende og ældre kvinder. Kan føre til myksødem, derfor jævnlige kontrol og evt. stillingtagen til substitutionsbehandling med thyroideahormon
- Tremor, håndrysten – behandles med β -blokerende lægemidler som propranolol i doser på 10-20 mg x 3
- Diarre
- Hududslæt (acne og psoriasis)

Forgiftning:

- Kvalme og opkastninger
- Diarre
- Sløvhed
- Muskelsvaghed og -rykninger
- Håndrysten
- Usikker gang
- Utydelig tale

Litium er kontraindiceret ved akut hjerteinfarkt og nyresvigt. Kan forværre hudsygdommen psoriasis.

Antabus

Antabus (disulfiram) anvendes forebyggende ved alkoholisk behandling. Den gives i doser 800 mg x 2/uge eller 400 mg x 3/uge.

Antabus hæmmer leverens evne til at nedbryde alkohol. Herved dannes det giftige acetaldehyd, som fremkalder varmfølelse, hjertebanken, ansigtsrødmen, hovedpine og trykken for brystet. Disse symptomer, som ikke er bivirkninger i gængs betydning, er så ubehagelige, at den antabusbehandlede i reglen går langt uden om alkohol for at undgå dem. Ved alvorlige alkohol-antabus-reaktioner skal patienten indlægges.

Antabus kan have bivirkninger i form af træthed, kvalme og hududslæt.

Andre midler om drikketrang er campral (acamprosate), som er en GABA-agonist, og Revia (naltrexon), som er en opiatantagonist. Men disse stoffer forhindrer ikke et drikkerecidiv, men kan gøre det mindre sandsynligt.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT)

Indikation for ECT:

- ↑ selvmordsrisiko
- Stuporøs
- Delirium acutum med motorisk agitation, feber, pulsstigning og dehydrering
- Kataton eksaltation
- En depressiv enkeltepisode af svær grad
- Depression med selvmordsadfærd, manglende væske- og fødeindtagelse og hallucinatoriske oplevelser eller vrangforestillinger
- Alvorlige legemlige sygdomme, f.eks. hjertesygdomme, hvor TCA er kontraindiceret
- Uvirkelig medicinsk behandling
- Alvorlig mani
- Urolig og aggressiv adfærd hos skizofrene

Fremgangsmåde:

Patienten får først atropin for at modvirke den såkaldte vagusvirkning, der opstår ved ECT, og som kan føre til blodtryksfald og langsom hjerteaktion. Herefter indgives et anæstesimiddel, som hyppigt er et korttidsvirkende barbitursyrepræparat. Under behandlingen får patienten tilført 100 % ilt på maske for at sikre en ↑ iltkoncentration i blodet under hele bedøvelsen. Når anæstesidybden er tilstrækkelig, gives endelig et muskelafslappende middel for at forebygge eventuelle krampeskader på arme, ben og ryg.

Selve ECT-behandlingen udføres med de strømførende elektroder placeret enten på hver sin side af hovedet (bilateralt ECT) eller over den non-dominante hemisfære (unilateralt ECT). Den non-dominante hemisfære er den højre hos mennesker, der er højrehåandede, samt hos de fleste venstrehåandede. Når elektroderne er anbragt, tilføres den nødvendige strømmængde fra ECT-apparatet i løbet af få sekunder. Behandlingens virkning vurderes på det krampeanfald, der opstår. Samtidig med anfaldet optegnes en EEG-kurve. Ud fra denne kurve kan man forudsige behandlingens effektivitet.

Der gives i reglen fra 8-16 ECT-behandlinger i en serie, hyppigt 3 behandlinger/uge. Man kan se virkningen allerede efter 1-2 behandlinger. I sjældne tilfælde er det nødvendigt at benytte bilateralt ECT, som kan være mere effektivt end unilateralt. Til gengæld medfører bilateralt ECT flere hukommelsesgener end unilateralt.

Lysbehandling

God erfaring ved behandling af vinterdepressioner.

Lysbehandling virker formentlig ved at påvirke årstidsbetingede rytmeregulering i krop og nerver, som styres af hormonet melatonin. Melatonin produceres i corpus pineale i hjernen, og hormonniveauet svinger i takt med lysbehandlingen af øjet. På denne måde omsættes ændringer i det ydre miljø til ændringer i kroppens hormonale signalsystem, der igen påvirker de forskellige indre organer.

Vågeterapi

Anvendes til depressioner. Vågebehandlingen foregår i et egnet lokale, hvor deprimerede patienter og plejepersonale holder sig vågne natten igennem. Der foregår aktiviteter som spil, leg, gåture, bading og madlavning. Personalets opgaver er at sikre at patienterne på intet tidspunkt tager selv den mindste lur. Når vågenatten er overstået, er det vigtigt, at også den næste dag overstås uden utidig indslumring.

Mennesker med krampetilbøjelighed, selvmordsadfærd og psykotiske symptomer bør ikke tilbydes vågebehandling, da denne kan udløse en forværring i de nævnte tilstande.

Psykoterapi

- Psykoanalyse
- Psykodynamisk psykoterapi
- Gruppeanalytisk terapi
- Systemorienteret psykoterapi
- Interpersonal psykoterapi
- Mentaliseringsbaseret psykoterapi
- Adfærdsterapi
- Kognitiv terapi



Kapitel 13: Retspsykiatri

Retspsykiatri handler om psykiske syge kriminelle samt civilretlige love og regler, der angår psykisk syge.

Strafferetspsykiatri

Den kriminal- eller strafferetlige retspsykiatri drejer sig primært om lovregulering af de forhold, hvor psykisk syge personer begår strafbare handlinger. Den centrale lov er her straffeloven, som bl.a. indeholder regler om at psykisk syge kan være straffri, og at domstolen kan anvende særsanktioner stedet for straf. Straffeloven suppleres bl.a. af retsplejeloven, der bl.a. indeholder bestemmelser om mentalobservation.

Straffeloven

§ 16. Personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, straffes ikke. Tilsvarende gælder personer, der var mentalt retarderede i højere grad. Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler herfor.

Stk. 2. Personer, der på gerningstiden var mentalt retarderede i lettere grad, straffes ikke, medmindre særlige omstændigheder taler for at pålægge straf. Tilsvarende gælder personer, der befandt sig i en tilstand, som ganske må ligestilles med mental retardering.

Som det fremgår, skal 2 betingelser for straffefrihed være opfyldte – personen skal være sindssyge (eller mental retarderet) og af den grund utilregnelig. Psykiateren afgør ved en mentalundersøgelse, hvorvidt personen er sindssyge (var sindssyge på gerningsstedet), dvs. psykotisk i lægevidenskabelig forstand, der eksisterer ikke noget "juridisk" sindssygdomsbegreb. Herefter afgør retten, om den pågældende også er (var) "utilregnelig".

Mentalobservation

En mentalobservation er et led i straffesagsforberedelsen og har betydning for sagens afgørelse. Den er indiceret hvis den sigtede er påfaldende i psykopatologisk henseende, eller hvis den strafbare handling er af en sådan art, at der er grund til at formode, at den sigtede er afvigende. Mentalundersøgelsen bør normalt ske, når sigtelsen angår:

- Drab eller forsøg herpå
- Grovere meningsløs eller særegen form for vold, herunder særligt i gentagelsestilfælde
- Grovere voldtægt og voldtægt i gentagelsestilfælde eller forsøgt herpå
- Grovere eller gentagne seksualforbrydelser over for børn
- Seksualforbrydelser omfattet af ordningen med behandling som alternativ til frihedsstraf, hvis sigtede ønsker at indgå i ordningen jf. Rigsadvokatmeddelelse nr. 9/2005, kapitel 23, eller
- Forsættlig brandstiftelse uden økonomisk motiv eller forsøg herpå

Andre foranstaltninger end straf

§ 68. Hvis en tiltalt frikendes for straf i medfør af § 16, kan retten træffe bestemmelse om anvendelse af andre foranstaltninger, der findes formålstjenlige for at forebygge yderligere lovovertrædelser. Såfremt mindre indgribende foranstaltninger som tilsyn, bestemmelser vedrørende opholdssted eller arbejde, afvænningsbehandling, psykiatrisk behandling m.v. ikke findes tilstrækkelige, kan det bestemmes, at den pågældende skal anbringes i hospital for sindslidende, i institution for personer med vidtgående psykiske handicap eller under tilsyn med mulighed for administrativ anbringelse eller i egnet hjem eller institution til særlig pleje eller forsorg. Anbringelse i forvaring kan ske under de betingelser, der er nævnt i § 70.

Der findes 3 hovedvarianter af en særforanstaltning:

- Ambulant behandlingsdom
- Almindelig behandlingsdom
- Anbringelsesdom

§ 69. Befandt gerningsmanden sig ved den strafbare handling fortagelse i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelser af de psykiske funktioner, og som ikke er af den i § 16 nævnte beskaffenhed, kan retten, såfremt det findes formålstjenligt, i stedet for at idømme straf træffe bestemmelse om foranstaltninger som nævnt i § 68, 2. pkt.

Stk. 2. Medfører en afgørelse efter stk. 1, at den dømte skal anbringes i institution, eller giver afgørelsen mulighed herfor, fastsættes ved dommen en længste tid for opholdet, der i almindelighed ikke kan overstige 1 år. Under særlige omstændigheder kan retten efter anmodning fra anklagemyndigheden ved kendelse fastsættes en ny længste tid.

Psykiatriloven

§ 5. Tvangsindlæggelse, jf. §§ 6-9, eller tvangstilbageholdelse, jf. § 10, må kun finde sted såfremt patienten er sindssyge eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling fordi: 1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentlig forringet, eller 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Ved tvangsindlæggelse anvendes et særligt sæt papirer, der udfyldes af politiet og indlæggende læge. Hvis indlæggelsen sker i henhold til behandlingskriteriet, anvendes såkaldte **gule** papirer. Ved farlighed anvendes **røde** papirer.

Tvangsbehandling

§ 12. Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 10.

Stk. 2. Ved tvangsmedicinering skal der anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger

Stk. 3. Afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen. Denne træffer samtidig bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling efter denne bestemmelse.

Man må ikke anvende depotpræparaterne.

Tvangsfiksering

§ 14. Som midler ved tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker.

Stk. 2. Tvangsfiksering må kun anvendes i det omfang, der er nødvendigt for at afværge, at en patient: 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, 2) forfølger eller på grund lignende måde groft forulemper medpatienter, eller 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Hvis patienten i forbindelse med fikseringen forlanger sig udskrevet, skal man enten 1) tvangstilbageholde, 2) ved tvivl anvende 24-timers-reglen, eller 3) udskrive patienten. Hvis patienten ikke forlanger sig udskrevet, må man antage, at en længerevarende fiksering indebærer, at patienten formelt frihedsberøves.

Værgemålsloven

§ 5. Der kan iværksættes værgemål for den, der på grund af sindssygdom, herunder svær demens eller hæmmet psykisk udvikling eller anden form for alvorligt svækket helbred, er ude af stand til at varetage sine anliggender, hvis der er behov for det.

Stk. 2. Der kan iværksættes værgemål for den, der på grund af sygdom eller stærkt svækket tilstand er uegnet til at varetage sine økonomiske anliggender, og som selv anmoder herom, hvis der er behov for det i stedet for samværgemål efter § 7.

Stk. 3. Værgemålet kan begrænses til at angå økonomiske forhold, herunder bestemte aktiviteter eller anliggender. Det kan også begrænses til at angå personlige forhold, herunder bestemte personlige anliggender.

Stk. 4. For så vidt ikke andet særlig er bestemt, handler værger på den pågældende vegne i anliggender, der er omfattet af værgemålet.

Stk. 5. Personer, der er under værgemålet efter denne bestemmelse, er myndige, medmindre de tillige er frataget handleevnen efter § 6.

§ 6. I forbindelse med værgemål efter § 5, der omfatter økonomiske forhold, kan den retlige handleevne fratages, hvis dette er nødvendigt for at hindre, at den pågældende udsætter sin formue, indkomst eller andre økonomiske interesser for fare at forringes væsentligt, eller for at hindre økonomisk udnyttelse. Fratagelsen af den retlige handleevne kan ikke begrænses til at angå bestemte aktiver eller anliggender.

Stk. 2. Den, der er frataget handleevnen, er umyndig og kan ikke selv forpligtet sig ved retshandler eller råde over sin formue, medmindre andet er bestemt.

Stk. 3. Afgørelser om fratagelse af handleevne tinglyses.

§ 7. Der kan iværksættes samværgemål for den, der på grund af uerfarenhed, svækket helbred eller anden lignende tilstand har behov for hjælp til at administrere sin formue eller varetage andre økonomiske anliggender, og som selv anmoder herom.

Stk. 2. Samværgemålet kan begrænses til at begå bestemte aktiver eller anliggender.

Stk. 3. Samværger og den pågældende handler i forening i anliggender, der er omfattet af værgemålet.

Stk. 4. Personer, der er under værgemål efter denne bestemmelse, er myndige.

§ 46. En aftale er ikke bindende, hvis det må antages, at den er indgået af en person, der på grund af sindssygdom, herunder svær demens, hæmmet psykisk udvikling, forbigående sindsforvirring eller en lignende tilstand manglende evnen til at handle fornuftsmæssigt.

Arveloven

§ 51. En testamentarisk bestemmelse er ugyldig, såfremt testator ved dens oprettelse på grund af sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand manglede evne til fornuftsmæssigt at råde over sine ejendele.