

PSYKOPATOLOGI & FARMAKOLOGI

MÅL OG FORMÅL MED MODULET



Overordnet mål & formål med modulet

- At give et historisk indblik i psykiatriens udvikling, fra 1900 tallet til dato.
- At give en konkret viden om udviklingen af samt symptombillede og traditionel behandling/medicinsk behandling af blandt andet stress, PTSD, skizofreni, angst, autisme, ADHD, bipolar lidelse, depression, OCD, personlighedsforstyrrelser og andre psykiske lidelser.
- At give et bud på, hvilke muligheder der er for den færdige psykoterapeut ift. at arbejde med ovennævnte klientgrupper. Ligeså at forstå en sund afgrænsning, etik og ansvarlighed ift. at tilbyde terapi til disse klientgrupper.
- At give en grundlæggende forståelse af WHO's diagnosesystem
- At give indblik i mere utraditionelle måder at arbejde med psykisk lidende klienter på, som er blevet benyttet verden over.
- At give den kommende psykoterapeut sunde etiske retningslinjer ift. selvmordstruede og akut lidende klienter.

Teori

- Traditionelle teorier om, hvad psykisk sygdom er gennemgås
- Øvrige teorier indenfor området, blandt andet Stanislav Grofs teorier om, hvad psykiske kriser set i et mere transpersonligt perspektiv er, Arnold Mindells perspektiver m. flere.
- Sammenhængen imellem psykiske kriser, udviklingstraumer, tilknytningstraumer og traumer generelt gennemgås.

Hvad ønsker du at få ud af modulet?

- Personligt udbytte?
- Fagligt udbytte?
- Gruppedynamisk udbytte?



Metode, personligt & gruppedynamisk fokus

Metode:

- Metodemæssigt er der fokus på, hvilke konkrete terapeutiske indgange, der kan være til gavn for klienter med specifikke vanskeligheder/diagnoser. Og der vil være fokus på, hvilke udfordringer, der kan opstå i terapeut/klientrelationen i relation til de enkelte klientgrupper. Således også fokus på, hvilke kvaliteter og styrker den enkelte psykoterapeut må besidde for at give sig i kast med denne målgruppe.

Personligt fokus:

- Der vil være fokus på den enkelte elevs berøring med psykiske sygdomme i eget liv og i egen familie. Og der vil være fokus på, hvordan den enkelte kommende psykoterapeut berøres af disse til tider grænseløse tilstande. Den enkelte mærker herigennem egen lyst og egne begrænsninger/grænser ift. at arbejde med disse til tider tunge klienter.

Gruppedynamisk fokus:

- Der er fokus det støttende og bærende rum i delingen af sårbare erfaringer og familiære historier.

Litteratur til modulet – titler med fed er obligatorisk læsning

Psykiske kriser – Christina og Stanislav Grof

Grundbog i psykiatri - Erik Simonsen og Bo Møhl

Skygger i Byen - Arnold Mindell

Smertegrænsen – Lars J Sørensen

Character Styles - Stephen Johnson

Charmør og Tyran - Dahl og Dalsegg

Det truede selv – James F Masterson

Psykiatriens historie



Psykiatriens historie

- Psykiatri betyder; 'psyche' = sind, sjæl og 'iatreia' = helbredelse
- Psykiatri som begreb blev dannet i 1808 af den tyske læge Johann Christian Reil
- Dengang benyttede man i hele landet såkaldte dårekister og Sct. Hans havde altså den største samling af disse dårekister.
- Dårekister var kasser bygget i træ og målte ofte blot 2,5 kvm. Den havde en solid dør med en luge, så mad kunne rækkes ind til den indespærrede
- Først i 1850'erne kom de første hospitaler for psykiatiske patienter og det skete efter 2 læger i årevis havde forsøgt at gøre opmærksom på de kummerlige forhold mange sindslidende levede under. De havde ofte fundet sindslidende, der var blevet lænket, bundet med reb eller som i årevis havde været anbragt i træbure på loftet. Dengang var lovgivningen nemlig sådan at det var den sindslidendes netværk/familie/arbejdsgiver der blev pålagt ansvaret for den pågældende
- Først i 1939 kom den første bog om psykiatiske diagnoser, de var her beskrevet ud fra årsagen – selvom man i mange tilfælde manglede viden om årsagen
- I DK mente man at Freud i for høj grad havde set bort fra de sjælelige lidelsers somatiske årsager
- Den somatiske grundholdning prægede fortsat psykiatrien i 1950'erne, samtidig begyndte psykoanalysen dog at vinde indpas
- Den første psykolog indenfor voksenpsykiatrien blev ansat i 1950 på Risskov psykiatiske hospital

...psykiatriens historie fortsat...

- Psykokirurgien blev indstillet i 1983, da undersøgelser viste at 38% oplevede deciderede forværringer og kun omkring halvdelen oplevede en eller anden form for bedring
- Den første danske psykiatrilov kom først i 1938 (ca. 100 år senere end nabolandene) og lov om tvang og fiksering i behandlingen kom først med i en revideret udgave i 1989
- Farmakologisk behandling gjorde store fremskridt i 1950'erne (klopromazinbeh til skizofreni, litium til mani, tricykliske antedepressiva til depression, meprobamat til angst)

Psykiatrien idag



Psykiatrien i dag

- Tidligere blev fravær af psykisk lidelse opfattet som lig med psykisk sundhed og normalitet. Nu tænker man mere i glidende overgange, i dimensioner, hvor man kan være mere eller mindre mentalt rask eller syg.
- Lang tradition for at se på fysiologi/anatomi, gener, medicin. Husk at psykiatere jo oprindeligt er uddannede læger.
- De senere år er der forsket meget i neurobiologi, men det har ikke rigtig fået betydning for den behandling, der bliver tilbudt.
- Afviser ikke længere traumer og tilknytningsforstyrrelser som medvirkende årsager til sygdom, men der er stadig størst fokus på organiske, genetiske og biologiske årsager (det er måske også "lettere" at behandle?).
- Anerkender psykosocial behandling har effekt.
- "Psykiatrien er ofte bedre til at se sygdom end de sunde og raske sider hos patienten". Der er som regel fokus på symptomer, det der afviger fra normalen, hvilket kan få individet til at føle sig endnu mere "sygt" og fastholde vedkommende i en sygdomsidentitet, da en del psykiske lidelser også har dårlige prognoser.
- Alt skal være evidensbaseret, det vægter højere end behandlerens egne kompetencer. Som den amerikanske psykiater Harry Stack Sullivan har formuleret det, vil *'ekspertise i interpersonelle relationer forstærke viden og kompetence hos enhver behandler i psykiatrien'*.

Årsager til psykiske lidelse

- Genetik
- Biologiske faktorer
- Sociale forhold
- Miljø og omgivelser
- Livsstil



I læren om psykisk lidelse, må vi kende til den naturvidenskabelige tilgang og syn på psykiske lidelser.

Genetik – der er enighed om at genetik ikke kan stå alene i udviklingen af psykiske lidelser. Dog betragtes det som en øget risiko for udviklingen af psykisk lidelse. Lidelser som skizofreni, bipolar lidelse og svær depression har fx vist sig at have fælles genetiske komponenter. Det gælder for alle psykiske sygdomme, at sygdommen kan ikke forbindes til ét sygdomsgen, der giver en stor risiko for sygdom. Der er derimod mange genetiske varianter, der hver især er forbundet med en lille øget risiko. Andre faktorer er afgørende for om et gen 'tændes' eller 'slukkes'.

Biologiske faktorer – herunder hører forstyrrelser i neurotransmittersystemet samt forskellige fund af ændringer i bl.a. hjernebarken og lillehjernen. Disse forandringer anses som årsag til sygdommen og det er bl.a. forstyrrelser i neurotransmittersystemet man ønsker at påvirke ved medicinsk behandling af psykiske sygdomme.

Sociale forhold – flere undersøgelser bekræfter at genernes udtryk påvirkes af barnets opvækstmiljø; herunder er særligt det tidlige samspil med omsorgspersonerne i fokus for at have indflydelse på hvordan barnet lærer at affektregulere og mentalisere samt hvordan det igennem samspillet prægnes neurofysiologisk.

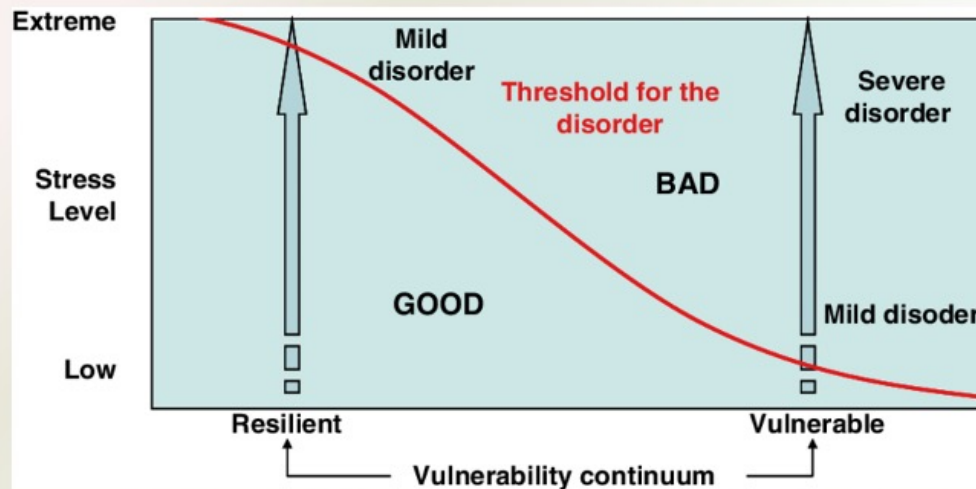
...årsager til psykisk sygdom fortsat...

Miljø og omgivelser – man mener miljøet påvirker og aktiverer forskellige gener, som koder for forskellige signalstoffer i hjernen, som antages at være knyttet til udviklingen af psykiske sygdomme. Undersøgelser viser fx en øget risiko for udvikling af psykisk sygdom hvis et barn vokser op uden adgang til grønne områder, ligesom støj og luftforurening kan have indflydelse.

Livsstil – faktorer som søvn, kost, motion og rygning er bevist at have en sammenhæng med øget risiko for forskellige psykiske lidelser, fx kan længere tids søvnunderskud femdoble risikoen for depression og blot en times ugentlig motion har en positiv indflydelse på angst og depression.

Reflektér evt. over hvordan psykiske lidelser opstår med den viden og erfaring du har med dig.

Stress-sårbarhedsmodellen



Stress-sårbarhedsmodellen er skabt for at forstå udviklingen af skizofreni. I en modificeret form – hvor personligheden er indsat som medierende led – anses modellen dog for at kunne forklare de fleste former for psykopatologi.

I den oprindelige model ser man sårbarheden som noget medfødt. Altså det er biologisk eller genetisk betinget. Senere er modellen udvidet, så personligheden er tilføjet og det anerkendes derved, at mennesker kan udvikle sårbarhed overfor psykiske lidelser, fx pga tilknytningsforstyrrelser og nedsat evne til mentalisering. Sårbarheden er en forudsætning for at sygdommen kan udvikles.

Stress er en fællesbetegnelse for skadelige legemlige eller sjælelige påvirkninger, som fremkalder øget produktion af binyrebarkhormon. Langvarig stress vil fremkalde fysiske såvel som psykiske symptomer. Når krav og forventninger overstiger de ressourcer man har til rådighed, opstår stress. Det er forskelligt hvad den enkelte oplever som stressende/belastende.

Teoretisk set, skal i denne forståelsesramme være en tæt tidsmæssig sammenhæng mellem stresspåvirkning og manifestation af sygdommen.

Andre relevante begreber:

Resiliens – modstandskraft – en række non-specifikke faktorer, der beskytter individet mod at reagere patologisk på stress.

Personlighed – vil altid have indflydelse på hvordan individet håndterer stress. Er markante træk, der præger et menneske og gør dets handlinger og reaktioner typiske og langt hen ad vejen forudsigelige. Opstår i samspil ml. medfødte dispositioner og erfaring fra tidlig interaktion/tilknytning

Diagnostik

- Giv dig god tid til at finde ud af hvad det handler om. Spørg, spørg, spørg til du ved det.
- Er der behov for psykiatrisk udredning?
- 4 spørgsmål til klienten:
 - 1) Hvad plager dig?
 - 2) Hvornår er det blevet værre? (hvad presser det frem/belastning)
 - 3) Hvad tror du selv der skal til for at det bliver bedre?
 - 4) Hvad vil du gerne have min hjælp til?
- Vigtigt at se på hele klientens liv; sociale, økonomiske, søvn, mad osv.
- Intuitiv vurdering af relationelle sår



Diagnostik

- Afgrænsning af det normale og det sygelige har betydning for vurdering af de psykiske sygdomme, hvilket har betydning for de økonomiske ressourcer, der bliver sat af til behandling. Har derudover betydning for tildeling af sociale ydelser og retslige afgørelser.
- Normen for hvad der er psykisk sygdom, er rent menneskeskabt og er af samfundet delegeret til psykiateren og den kliniske psykolog at definere sygdommen.
- Men når vi ikke kan måle, veje og teste som ved fysiske sygdomme, beror klassifikationen altså overvejende på de symptomer, patienten oplever og beskriver.
- De fleste "falsk positive" diagnoser opstår, når personer reagerer normalt på en stærkt belastende og stressende begivenhed, men i situationen får en diagnose hæftet på sig.
- Hvorfor klassificere:
 - Det vigtigste formål er at skabe et system, som muliggør kommunikation ml. behandlere i psykiatrien og deres samarbejdspartnere
 - Et fælles internationalt klassifikationssystem er nødvendigt, hvis forskere skal kunne systematisere den opnåede viden samt udveksle resultater
 - Gør det lettere at uddanne nye behandlere
 - Vigtigt for at kunne kortlægge sygdommens udbredelse og mulige årsagsforhold. Hvilket igen er nødvendigt for planlægning og organisering af behandling

ICD - 10

- Står for International Classification of Diseases
- Udarbejdet af WHO
- Bruges i Europa og er Danmarks officielle diagnosesystem
- Nuværende version ICD-10 (1989). WHO har meldt ud, at ICD-11 skal træde i kraft fra 1. januar 2022.
- En diagnose giver et hurtigt overblik og viden om hvilke symptomer en person har
- Som tidligere nævnt er der meget politik i diagnosesystemet



Refleksionsspørgsmål

Hvordan ser du på diagnostik af psykiske lidelser?

Foredele?

Ulemper?

Egne erfaringer?

Nervesystemet, traumer og psykiske lidelser



Når vi taler om psykiske lidelser, omtaler vi ofte nervesystemet, både i forhold til at forstå årsagen til mange psykiske lidelser, deres fysiologi og hvordan behandlingen virker. Det er et stort og komplekst område, så her vil i få en kort beskrivelse, som vi vil referere tilbage til undervejs i det efterfølgende materiale.

Vores nervesystem består af:

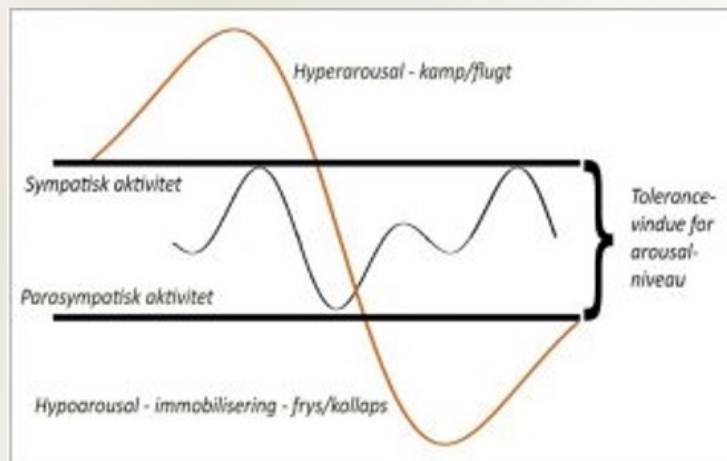
- Det centrale nervesystem (CNS), som består af hjerne, hjernestamme og rygmarv
- Det perifere nervesystem (PNS) er nerver der går fra CNS og danner forgreninger ud til resten af kroppen

Nervesystemet er et kæmpe informationssystem, der *modtager og transporterer* information fra vores sanser, organer, bevægeapparat og hormonsystem → *analyserer* informationen → og *sender beskeder/ordrer* tilbage til de forskellige kropsdele.

Transporten i nervesystemet foregår via nerveceller (neuroner) ved hjælp af:

- Elektriske impulser
- Neurotransmittere
- Flow i den væske, der flyder i nervecellens udløbere

Nervesystemet, traumer og psykiske lidelser



Vores perifere nervesystem er opdelt efter om vi kan styre det med vores vilje eller ej. Det somatiske nervesystem er det vi kan styre - det er det der giver os kontrol over vores kropsbevægelser – hvorimod det autonome nervesystem virker udenfor vores kontrol (og bevidsthed). Det er det autonome nervesystem, der har relevans for vores forståelse af traumer og psykiske lidelser.

Det autonome nervesystem er ligeledes inddelt i to systemer:

- Det sympatiske nervesystem(SNS) er "speederen", der står for aktivitet og bevægelse
- Det parasympatiske nervesystem (PNS) er "bremsen" og står for ro, hvile og fordøjelse

Når nervesystemet er i balance, afløser de to systemer hinanden på en ubesværet måde. Billedligt talt kan det beskrives som en velreguleret termostat. Hvis 'radiatoren' er indstillet til 21 grader, vil den sørge for temperaturen bevæger sig et sted mellem 18 og 24 grader.

Flere ting kan forstyrre vores 'termostat', vores evne til at lade nervesystemet regulere sig naturligt tilbage i vores tolerancevindue. For eksempel:

- Vi kan gå imod vores krops signaler, når PNS siger at vi skal hvile og restituere og vi presser os selv til at fortsætte og derved holder SNS kørende længere end det ellers ville. På et tidspunkt vil bremsen automatisk slås i og vi kan ende i den modsatte yderpol med hypoarousal

...nervesystemet fortsat...

- Vi kan bære på uforløste traumer. Når nervesystemets naturlige stress- og chokreaktion bremses, sker der en form for blokering/fastfrysning af energien og oplevelsen bliver ikke integreret i vores system. Vi vil i dette tilfælde ofte ubevidst søge en lignende situation (i hvert fald på energimæssigt plan), fordi vores nervesystem vil forsøge at afbalancere og forløse den fastfrosne energi. Problemet er at risikoen for at vi igen havner uden for tolerancevinduet er stor og vi vil i stedet opleve gentraumatisering.
- Sidst men ikke mindst er det i det tidlige samspil med vores omsorgspersoner, at vi lærer denne form for regulering af vores nervesystem, af vores affekter. Lidt firkantet beskrevet; hvis mor selv bliver voldsomt oprevet, når vi græder som babyer, så vil vi have svært ved at komme tilbage fra vores tilstand af hyperarousal. Modsat har vi, som babyer, nogle gange brug for at blive stimuleret/holdt aktive, formår vores mor ikke dette fx pga en fødselsdepression, vil vi have svært ved at 'regulere os op' fra hypoarousal.

Tilbage til det centrale nervesystem, som består af hjerne, hjernestamme og rygmarv. For overskuelighedens skyld taler vi her om den tre-delte hjerne:

- Krybdyrhjernen også kaldet reptilhjernen (den ældste del). Her handler det om overlevelse – også for menneskets vedkommende. Arbejder primært med kropslige fornemmelser
- Pattedyrhjernen også kaldet det limbiske system (den mellemste del) . Det er vores 'føle-hjerne', vores hukommelse og der arbejdes overvejende med følelser, billeder og symboler. Det er også her to andre vigtige områder, når vi taler om traumer og psykiske lidelser, bør; hippocampus og amygdala.
- Menneskehjernen også kaldet neo (den nyeste del). Den kognitive del; herfra vi kan tænke, planlægge og træffe rationelle valg.

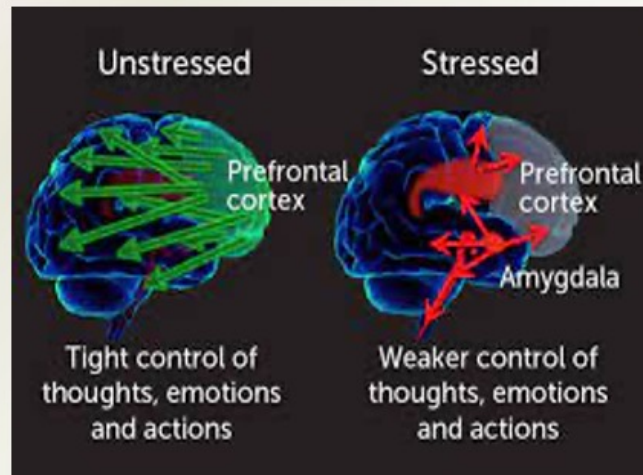
Hippocampus og amygdala spiller en central rolle i forståelsen af vores nervesystems respons på stress, belastninger og traumer.

Amygdala fungerer som en alarmcentral, der ikke kun opdager trusler, men også husker dem og planlægger strategier for at undgå truslerne fremover. Amygdala har været og er ekstrem vigtig for vores overlevelse. Måske er det derfor den ikke har udviklet sig særlig meget gennem evolutionen og altså fungerer på samme måde som for 12.000 år siden. Amygdalas opgave er at igangsætte kroppens alarmsystem, når den opfanger noget der virker farligt eller truende. Det gør den bl.a. ved at aktivere det autonome nervesystem og sende besked til binyrerne om at frigive stresshormon.

Ved at se muligheder og finde løsninger, beroliger hippocampus hjernen og kroppen under stress. Hippocampus er desuden vigtig for hukommelse og orienteringsevne.

Ved længerevarende belastninger og uforløste traumer ser man ændringer i amygdala og hippocampus' struktur og funktion. Hjernens plasticitet - dvs. dens evne til at ændre sig som respons på specifikke stimuli - er også det der gør, at skaderne kan udbedres og nervesystemet igen kan fungere ubesværet.

Stress – belastning- og tilpasningsreaktion (F43)



Der findes ikke en specifik kode for stress i ICD-10 systemet. Diagnoserne der bruges i tilfælde af stress, er belastnings- og tilpasningsreaktionerne.

Symptomer:

Der findes uendeligt mange symptomer der kan tilskrives stress, så her vil kun nævnes et udpluk. Stresssymptomer kommer til udtryk fysisk, kognitivt, mentalt, adfærdsmæssigt og følelsesmæssigt.

- Indre uro
- Søvnproblemer
- Hjertebanken
- Muskelspændinger
- Infektioner
- Let til tårer
- Vredesudbrud
- Koncentrationsproblemer
- Hukommelsesproblemer

Årsager:

- Travlhed i en grad, hvor man overhører kroppens signaler om ro og hvile
- Mangel på natur, nære relationer og bevægelse
- Traumer og følelsesmæssigt overarbejde

...stress fortsat...

- Digital stress – konstante afbrydelser, overstimulering, 'informationsoverload'
- Usundt arbejdsmiljø
- Forkert kost; sukker, gluten, forarbejdede fødevarer, kemi, alkohol, koffein
- Perfektionisme, mangel på grænser, lavt selvværd
- Der behøver ikke være en ydre faktor, bekymringer og tanker kan sætte gang i stressresponsen

Behandling:

- Psykoterapi
- Psykoedukation
- Diverse tiltage for at reducere belastning
- Korterevarende behandling med sove- eller beroligende medicin

- Styrk kroppen og sindets naturlige evne til at falde til ro igen
- Godt at kende hvilke ting, der belaster os og hvilke der øger vores modstandskraft
- Stressreducerende bevægelse, såsom yoga, gåture og lign., fremfor hård motion, som kan stresse kroppen yderligere
- Brug naturen
- Det kan være svært at meditere, men det kan gavne at finde en aktivitet, hvor man bliver opslugt og glemmer omverdenen
- Tag en digital detox
- Skær ned på sukker, gluten osv.

Andet:

- Andelen af den danske befolkning, der føler betydeligt stress i dagligdagen, er steget fra knap 6% i 1989 til knap 17% i 2017 (fra 16 år og opefter)
- 1 ud af 7 af børn og unge i 6.-9. klasse føler sig stressede til dagligt. For piger i 9. klasse er tallet helt op på 30%

PTSD (F43.1)

Fem facts:

- Sandsynlighed for at udvikle PTSD efter traume er 10-20% for kvinder og 5-10% for mænd
- I USA har 6-9% PTSD, hvorimod 1-2% af den europæiske befolkning har diagnosen
- Efter forskellige krige i USA blev PTSD kendt som 'soldiers heart', krigsneurose og granatchok
- Barndomstraumer øger risikoen for PTSD
- Kompleks PTSD bliver formentlig inkluderet i ICD-11



Symptomer:

- Vedvarende symptomer på et nervesystem i alarmberedskab (se stress)
- Flashbacks – kan være visuelle, men kan fx også indeholde kropsfornemmelser, lyde og dufte
- Mareridt
- Undgåelsesadfærd; undgår hvad som helst der kan minde om traumet
- Mistet forbindelse til dig selv

Årsager:

- Oplevelsen af et traume/chok, for de fleste vil oplevelsen integreres og nervesystemet formå at regulere sig tilbage til 'normaltilstand', men for nogle vil nervesystemet stadig være aktiveret i en grad, der giver langvarige symptomer og vanskeligheder
- Menneskeskabte traumer vil som regel være mere belastende end 'tilfældige' traumer
- Den enkeltes sårbarhed og en række forhold før, under og efter har betydning for risikoen for udvikling af PTSD

Behandling:

- Psykoterapi + antidepressiva (højere dosis end ved depr.)
- EMDR
- Reduktion af daglig stress
- Krops- og traumeterapi

Angsttilstande (F40-42)

Man skelner mellem 3 typer angst:

- Fobisk angst (F40)
- Panikangst (F41.0)
- Generaliseret angst (F41.1)
- OCD (F42)



Hvad er angst

Man skelner mellem angst og frygt på den måde, at frygt er vores reaktion på en reel fare, hvor angst er reaktionen på en *oplevet* fare. Når vi oplever en objektiv fare, som en sabeltiger i det høje græs, reagerer kroppen med frygtresponsen også kaldet kamp-flugt-frys-mekanismen. Frygtresponsen aktiveres automatisk og ubevidst og gør i os stand til at reagere instinktivt. Angst behøver ikke en ydre trigger, den skabes eller vedligeholdes ofte af *indre trusler*: ubevidste følelser og impulser og tanker.

Hensigten med frygtresponsen er altså, at den gør dig i stand til at handle, hvorimod angst kan paralisere dig, da der ikke umiddelbart er nogen ydre trussel, du kan handle på, og da angst i sig selv kan være så skræmmende, at du har svært ved at håndtere det.

Fobisk angst

Vedvarende irrationel angst, der er udløst af nærvær af eller forventning om specifikke situationer eller objekter.

Panikangst

Pludselig, uventet anfald med intens angst (panik).

Generaliseret angst

Udtalt bekymring, angst, nervøsitet og anspændthed en størstedel af tiden, sammen med symptomer på autonom hyperaktivitet.

...angsttilstande fortsat...

Fem facts:

- Hænger ofte tæt sammen med depression
- I DK lever ca. 52.000 mænd og 84.000 kvinder med forholdsvis alvorlig angst
- 13% af alle henvendelser i psykiatrisk regi og til psykologer handler om angst
- Forekomsten af angst hos børn og unge er tredoblet de seneste 12 år
- Fra juni 2019 til juni 2020 er der sket en stigning på 69%



Behandling:

- Psykoedukation – i nogle tilfælde har dette i sig selv en beroligende effekt
- Kognitiv adfærdsterapi er den bedst dokumenterede form for behandling, der arbejdes med eksponering og hjemmeopgaver
- Medicinsk behandling med antidepressiv. Det er symptombehandling og angsten må forventes at komme tilbage, når behandlingen stoppes. Desuden viser undersøgelser, at 60% har lige så god effekt ved placebo.
- Angst = utryghed. Hvad kan give mere tryghed? Have nervesystemet til at falde til ro.
- Systemisk brug af afspænding har dokumenteret effekt. Yoga, meditation, visualiseringer, gåture.
- Kost. Skære ned på stimulanser, spis mad der stimulerer den naturlige mikrobiologiske balance, det hjælper også nervesystemet i balance
- Systemisk terapi (familieopstilling) – er det klientens egen angst eller er han/hun symptombærer?
- EMDR
- Krops- og traumeterapi

OCD (F42)

Fem facts:

- Optræder ved 2-3% af befolkningen og er lige hyppig hos mænd og kvinder.
- 80% har debuteret med symptomer før 18-års alderen
- OCD kan også komme til udtryk som samlermani/hoarding, seksuelle og aggressive tvangstanker, hvor tankerne handler om at man gør andre fortræd enten forsætligt eller ved uheld
- Kvinder med OCD har en højere risiko end andre for at udvikle anoreksi
- En dansk undersøgelse viser at lidt mere end halvdelen har et kronisk forløb, en fjerdedel har ingen symptomer og en fjerdedel har kun lette symptomer



Symptomer:

- Tvangstanker (tanker, forestillinger, billeder der vender tilbage i patientens bevidsthed igen og igen)
- Tvangshandlinger (handlemønstre som patienten føler sig nødsaget til at udføre igen og igen). Handlingerne tjener det formål at afværge, at en frygtet katastrofe indtræffer eller tjener til at reducere spændingstilstande, ubehag eller angst
- For at diagnosen OCD stilles, skal tvangssymptomerne have et omfang, så de medfører lidelse hos patienten eller i væsentlig grad påvirker den sociale funktion
- Patienten er ikke psykotisk og er altså bevidst om det stammer fra deres egne tanker
- Gentagelsesritualer, fx udføre en bestemt handling et bestemt antal gange – tit er symmetri også et issue, så når noget fx udføres med den ene hånd, skal det også udføres med den anden hånd
- Kontrolritualer er ofte en del af sygdomsbilledet, de har et konstant behov for at tjekke om de fx har husket at låse døren, men uanset om de så har tjekket døren 20 gange, så er de stadig i tvivl om den er låst
- Mentale ritualer er tvangshandlinger der udføres inden i hovedet på den ramte, det er altså ikke synligt for omverdenen at vedkommende fx tælle til et bestemt tal, remse navnene op på alle de der ikke skal rammes af sygdom

Årsager:

- Som med mange af de andre psykiske lidelser, mener man i dag, at det er en neuropsykiatrisk lidelse med en vis grad af arvelighed, men at sociale og psykologiske faktorer ligeledes spiller ind
- Neurobiologisk set er vi genetisk programmeret til rituel udfoldelse. Det er sådan det lille barn tilegner sig færdigheder, det er en del af vores videre udvikling som socialt individ. Det er altså mekanismer der er dybt rodfæstede i hjernen. Man kan sige at ritualisering øger chancen for overlevelse. Ud fra hvor ensartet sygdommen udfolder sig over hele verden, mener man at lidelsen skyldes en dysfunktion i det system af neurale ledningsbaner, der forbinder hjernens basalganglier, thalamus og den frontale cortex – og hvor impulsen moduleres af serotonin.
- Angst og OCD hænger uløseligt sammen
- Ved relationelle traumer kan OCD fungere som en form for affektregulering

Behandling:

- Der findes to former for dokumenteret effektiv behandling til OCD: Psykoterapi i form af kognitiv adfærdsterapi og medicinsk behandling.
- De allervigtigste adfærdsterapeutiske metoder ved OCD er eksponering og responshindring. Ved eksponering udsætter den OCD-ramte sig gradvist og forsigtigt (og i små doser) for ting og situationer, der udløser tvangssymptomer. Dette gøres sammen med responshindring, der betyder, at man undlader at udføre tvangshandlinger. Den OCD-ramte lærer herved dels at angsten eller ubehaget daler af sig selv uden brug af tvangsadfærd, dels får han eller hun konkret erfaring med at katastrofetankerne er overdrevne og urealistiske
- Medicinsk behandling består af SSRI eller klomipramin
- Psykoedukation

Affektive lidelser (F30-39)



Affektive lidelser

Depression, mani og bipolar lidelse er diagnoser, der hører til denne gruppe.

Affektiv betyder følelsesbetonet.

Kendetegnende ved:

- Sygelige ændringer i stemningsleje, aktivitetsniveau og selvvurdering
- Ofte episodiske, men kroniske tilstande (>2 år) er ikke ualmindelige

Ved affektive lidelser er stemningslejet typisk ændret, enten i depressiv retning med nedsat stemningsleje eller i manisk retning med løftet stemningsleje.

Ved klinisk vurdering af stemningslejet stilles detaljerede spørgsmål om klienten kan opleve glæde eller fornøjelse i forskellige situationer:

- I samvær med nærtstående familiemedlemmer
- Ved arbejde eller uddannelse
- Ved vanlige fritidsinteresser/hobber
- Andre aktiviteter der bringer glæde og opleves glæden på samme måde som tidligere

Depression (F32)

Fem facts:

- Psykiatrifonden anslår at ml 100.000 og 200.000 danskere lever med depression
- 17-18% af alle danskere får en depression i løbet af deres liv (depressionforeningen.dk)
- Forekommer i alle aldre, starter ofte i 20-30 års alderen
- Ved moderat depression får 50% nye depressioner senere
- I 2011 købte 460.000 danskere antidepressiv medicin, hvilket er en fordobling på 10 år.



Symptomer:

Kernesymptomer (mindst 2)

- 1) Nedtrykthed
- 2) Nedsat lyst eller interesse
- 3) Nedsat energi eller øget træthedsfølelse

Ledsage symptomer (mindst 2)

- 1) Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- 2) Selvbefrygtelser eller skyldfølelse
- 3) Tanker om død eller selvmord
- 4) Tænke- eller koncentrationsbesvær
- 5) Agitation eller hæmning
- 6) Søvnforstyrrelser
- 7) Appetit- og vægtændring

...depression fortsat...

Årsager:

- Stress-sårbarhedsmodellen
- Arvelighed - fx en variant af genet der bestemmer bindingen af signalstoffet serotonin til nervespalten. Man mener at gener i sig selv ikke er årsag, men kan give øget risiko, når individet samtidig oplever stressende livsbegivenheder. Arvelige forhold skønnes at forklare 40-50% af tilfældene.
- Opvækstvilkår – forældres skilsmisse eller død samt vold og overgreb medfører øget risiko
- Personlighed – følelsesmæssig sårbarhed, tendens til at være bekymret, afhængig af andre, mindreværdsfølelse, tendens til tvangspræget tankegang
- Stress og traumer
- Stoffer som hash, kokain og amfetamin
- Fysisk sygdom

Behandling:

- Psykoterapi
- Kropsterapi
- Mindfulness/yoga
- Gruppeterapi
- Miljøterapi – god klinisk praksis, selvom der foreligger ringe dokumentation af effekt
- Psykoedukation
- Medicinsk behandling
- ECT (Elektrokonvulsiv terapi) – ved manglende effekt af medicinsk behandling, angiveligt effektiv med behandlingsrespons på 80
- Andet; fjerne stressorer, fjerne skyld, sikre håb, evt vurdering af selvmordsrisiko

Bipolar lidelse (F31)

Fem facts:

- I DK lider ca. 1% (60.000) af bipolar lidelse
- Begynder ofte i tidlig voksenalder, men kan starte allerede i teenageårene
- Oplever depressive symptomer 30% af tiden, mens de oplever maniske- eller blandingssymptomer 15% af tiden
- Mani udvikles ofte ret akut over få dage, ubehandlet varer den ca. 2 mdr.
- Ofte henvender patienten sig ikke alene, men kommer med familie, bekendte eller kollegaer



Symptomer:

- Stærk opstemthed
- Urealistisk selvopfattelse/øget selvfølelse samt manglende sygdomserkendelse
- Nedsat søvnbehov (viser sig ofte i starten)
- Øget social aktivitet, taler ofte højt, meget og hurtigt
- Økonomisk uansvarlighed
- Vrede og irritabilitet (særligt hvis den syge møder modstand på de vilde idéer)
- Ses ofte med psykotiske symptomer, storhedsvanvid, overdrevet selvsikkerhed, paranoia
- Risiko for selvmord (10-15%)

Årsager:

- Arvelighed
- Traumatiske begivenheder (i barndommen og/eller aktuelle)
- Stress og langvarig belastning
- Følelsesmæssig sårbarhed
- Hash og andre euforiserende stoffer kan udløse mani såvel som depression
- Forstyrrelser i neurotransmittersystemer (kun delvist kendt)
- Nedsat nydannelse af nerver og nerveforbindelser og dermed nedsat nerveforbindelser, særligt i hippocampus (hypotese)

...bipolar lidelse fortsat...

Behandling:

- Behandlingen kan inddeles i behandling af mani, depression og forebyggende behandling
- Ved lette til moderate manier, kan patienten ofte behandles i ambulant regi og med stemningsstabiliserende medicin
- Ved svære manier indlægges patienten ofte. Dels fordi de ofte har svært ved at tage medicinen som aftalt, dels til observation pga risikoen for manisk delirium. Behandles med antipsykotisk medicin.
- Ved lette til moderat depression øges dosis af stemningsstabiliserende medicin.
- Ved svær depression suppleres med antidepressiv medicin. ECT tilbydes i nogle tilfælde.
- Forebyggende medicinsk behandling – varighed er ofte i årevis eller på livstid – består af litium (stemningsstabiliserende), antipsykotika samt antiepileptika.
- Også her er det vigtigt at vurdere selvmordsrisiko.
- Psykoedukation af patient såvel som pårørende
- Kognitiv adfærdsterapi (trænes i at identificere varselssymptomer mhp tidlige behandlingstiltag)
- Psykoterapi
- Arbejde med regulering af nervesystemet
- Andet; der ses hurtige tilbagefald når vedkommende stopper medicin, dette bør altid foregå i samarbejde med læge/psykiater

Skizofreni og psykoser (F20-29)



Psykoser:

Ordet psykose stammer fra græsk og består oprindeligt af to dele; 1) psyche = sind og 2) osis = sygdomstilstand. Psykose betyder altså sindssygdom. De psykotiske symptomer varierer fra person til person, også indenfor samme diagnosegruppe, men psykoserne har det tilfælles, at de forårsager en svært forvrænget opfattelse (vrangforestillinger) og perception (hallucinationer) af virkeligheden, en manglende evne til at skelne fantasi fra virkelighed eller opløsning af tankelivet (tankeforstyrrelser). Fra stress-sårbarhedsmodellen ved vi, at det er en persons generelle biopsykosociale sårbarhed, som bestemmer risikoen for om en person bliver psykotisk.

Der findes flere former for psykoser, bl.a.; akutte og forbigående, paranoide, stofudløste, skizofreniske samt dem der kan ses ved depression og mani.

Årsager til akut psykose:

- Akut psykose kan være starten på andre psykiatriske lidelser. Det kan fx være bipolar lidelse eller skizofreni.
- Forstås ud fra stress-sårbarhedsmodellen.
- Den akutte stresstilstand, som er en af kernepunkterne ved den akutte forbigående psykose, kan dels være et traume der i sig selv føles ubærligt og dels kan det have en kraftig påvirkning af identitetsfølelsen og opfattelsen af selvet.
- Psykose som en slags forbigående dissociering, fornægten eller forskydning af de uudholdelige følelser i forbindelse med belastningen/traumet.
- Psykosen bliver et udtryk for, at personligheden i den akutte situation ikke magtede at rumme de følelsesmæssige reaktioner og den belastende begivenhed.

...psykoser fortsat...

Akut forbigående psykose (F23) defineret ud fra tre karakteristika:

- 1) Den akutte begyndelse inden for 2 uger.
- 2) Forskellige symptomer såsom vrangforestillinger, hallucinationer, følelsesmæssigt kaos, ændring af aktivitetsniveau (enten hyperaktiv eller passiv) samt bevidsthedsforstyrrelser (usammenhængende tale, forvirring, desorientering i tid, sted og egne data). Symptomerne kan skifte fra dag til dag og time til time.
- 3) En akut stresstilstand, som har været tilstede indenfor de sidste to uger før psykosens udbrud.



Behandling:

- Alle med en akut psykose bør indlægges på en psykiatrisk afdeling. Det handler også om at skærme vedkommende fra at gøre ting de ellers aldrig ville gøre, fx skade sig selv eller andre.
- Næsten alle der bliver indlagt får antipsykotisk medicin for at afkorte forløbet og dæmpe symptomerne.
- Halvdelen får desuden angstdæmpende medicin.
- Omkring en fjerdedel får antidepressiv.
- Det er trods dette beskrevet, at det er vigtigt patienten ikke bliver overmedicineret, da det sløver og patienten skal kunne være i stand til at bearbejde baggrunden for psykosen samt selve psykosens forløb.
- Terapien vil ofte være jeg-støttende, problemlæsende og rette sig mod at finde nye copingstrategier.
- Derudover inddrages familien i samtaler, der er psykoedukation og der er socialrådgiver tilknyttet i fht hjælp til de sociale følger.

Andre overvejelser:

- Argumenter ikke mod psykotiske forestillinger
- Provoker ikke unødigt ved udsagn, påstande eller kritik
- Undgå fysisk konfrontation med mindre farlige hændelser skal undgås
- Lad patienten have kendte personer omkring sig, lad vedkommende få mad og drikke og eventuelt mulighed for at ryge

...skizofreni fortsat...

Fem facts:

- skizofreni, betyder oprindeligt et spaltet sind. Ikke personlighedsspaltning, men spaltning af tanker, følelser og adfærd.
- 29.000 mennesker i DK lever med skizofreni
- 25% får kun én sygdomsepisode, 25% får livslangt, kronisk forløb og de resterende 50% har et forløb mellem disse to yderpunkter
- Er lige udbredt i alle kulturer, i alle sociale lag, over hele verden.
- 4-13% begår selvmord og 25-50% forsøger at begå selvmord



Symptomer:

Psykotiske symptomer - Kan komme til udtryk ved hallucinationer, vrangforestillinger, sprog- og tankeforstyrrelser eller bevægeforstyrrelser

Negative symptomer – viser sig bl.a. ved følelsesafledning, initiativløshed, forringelse af kontakt, isolation, tvivl/ambivalens.

Tanke- og sprogforstyrrelser - Måden man tænker og taler på kan ændres, så det kan blive svært for andre at følge tankegangen. Sproget kan blive mindre udtryksfuldt med ord og sætninger, som kun giver mening for en selv.

Andre symptomer – svært ved at holde koncentrationen, bliver lettere forvirret, har brug for længere tid til at udføre dagligdagsopgaver, hukommelsesproblemer, svært ved at lære nye ting, vanskeligheder med problemløsning.

Misbrug

Ud af de personer, der får stillet diagnosen skizofreni, har mange samtidig et misbrug. Misbruget består oftest af alkohol eller hash. Men mange har også et brug af eksempelvis amfetamin, kokain eller lignende stoffer. Rusmidler modarbejder den medicin, der bruges i behandlingen af skizofreni, f.eks. ved at øge dopaminens virkning i hjernen. Rusmidler forværrer psykosen, men samtidig kan misbruget opleves som en lettelse og en måde at glemme, at man er syg. Nogle gange er misbrugsmiljøet måske det eneste sted, hvor man føler sig velkommen uanset de problemer, man har.

...skizofreni fortsat...

Årsager:

- Arvelighed, der skal som regel belastning til før sygdommen kommer til udtryk
- Forstås i dag ud fra Stress-sårbarhedsmodellen
- Belastninger i denne sammenhæng kan fx være:
 - problemer i fostertilstanden såsom virusinfektioner eller manglende sufficient ernæring hos moderen
 - fødselskomplikationer, som fx iltmangel
 - infektioner i hjernen i de første leveår
 - store ændringer i hormoner i puberteten
 - dødsfald eller andre større tab, som fx at slå op med en kæreste
 - eksamen, nyt arbejde, flytte hjemmefra, blive arbejdsløs

Behandling:

OPUS team – alle der får diagnosen får tilbudt 2 års intensiv behandling i et OPUS team, som er et tværfagligt team og behandlingen består af

- Fast behandler (relationsarbejde)
- Medicin
- Psykoedukation
- Inddragelse af pårørende
- Kognitiv terapi (individuel eller gruppe)
- Social træning
- Støtte til aktivering/arbejde/uddannelse
- Hjælp til samarbejde med kommunen
- Evt. samarbejde med bosted

Efter de 2 år kan behandlingen fortsætte i distriktpsychiatrien

Personlighedsforstyrrelser (F60-69)



Vi kan ikke tale om personlighedsforstyrrelser uden også at tale om tilknytning, affektregulering og mentalisering.

Når vi bliver født er vores hjerner ikke færdigudviklede. Det er i relation til vores omsorgspersoner, at vi udvikles. Det er gennem denne relation vores tilknytningssystem opbygges. Vi lærer vores følelser at kende, ved at andre affektspejler dem for os. Det er i samspillet med omsorgspersonerne vi lærer at regulere vores følelser på en hensigtsmæssig måde (affektregulering), have impuls kontrol og få oplevelsen af at være et 'handlende selv'. Vores evne til at tænke over egne og andres bevidsthedstilstande (mentalisering) udvikles i forlængelse heraf. Vi lærer hvem vi er ved at andre spejler det for os.

Det er særligt i de første 3 år, at vi udvikler vores personlighed, men personligheden er under udvikling helt indtil 10-12 års-alderen. De mønstre, der er grundlagt i de tidlige år kan forstærkes, hvis den kontakt barnet har med andre, fortsætter i samme spor. Omvendt kan mønstrene justeres, hvis samværet ændrer sig.

Hvordan forstår vi personlighed:

- Udtryk for den måde, vi sædvanligvis tænker, handler, oplever og udtrykker vores følelser
- Udtryk for vores selvopfattelse – vores billede af hvem vi selv er
- Udtryk for måden vi forholder os til andre på

Hvordan forstår vi personlighedsforstyrrelser:

- Vanskeligheder/forstyrrelser i ovenstående
- "afviger væsentligt fra den måde, hvorpå et gennemsnitsmenneske i en given kultur føler, tænker, opfatter og især forholder sig til andre" (ICD-10)

Personlighedsforstyrrelser (F60-69)

Fem facts:

- Er generelt underdiagnosticerede, da mange ikke finder behov for at opsøge hjælp
- 10-15% af befolkningen opfylder de diagnostiske kriterier for en personlighedsforstyrrelse
- Kvinder er hyppigst ramt af borderline og den ængstelige PF, hvor mænd i højere grad er ramt af den dyssociale og tvangsprægede PF
- Fra midten af 30'erne vil mennesker med lette/middel tilfælde, opleve spontan bedring pga modning af personlighedsstrukturen
- Ml. 66 og 97% af mennesker med PF har anden behandlingskrævende psykisk lidelse



De forskellige typer af personlighedsforstyrrelser:

De fleste mennesker med personlighedsforstyrrelser (medmindre de har en diagnose) er ikke i stand til at fortælle en eventuel terapeut om kernen i hans/hendes vanskeligheder. Det er en del af forstyrrelsen, at man ikke er klar over, at man har en personlighedsforstyrrelse og derfor heller ikke er i stand til at fortælle om problemets kerne ("sådan har jeg jo altid været/haft det"). Det vil komme til udtryk i deres relationelle samspil med terapeuten og indirekte 'fortælle' hvad vanskelighederne handler om.

Der findes flere forskellige typer personlighedsforstyrrelser. ICD-10 kriterierne for den enkelte forstyrrelse er ikke opremset her, da det ikke har relevans for jer at kende dem alle dybdegående her og nu. I stedet vedlægges et tillæg med en ultrakort beskrivelse af kerneproblematikkerne ved de forskellige forstyrrelser. Her vil borderline forstyrrelsen blive beskrevet lidt mere dybdegående, da det er den mest udbredte og problemerne de oplever (eller de traumatiske årsager), vil få dem til at søge hjælp.

Behandling for personlighedsforstyrrelser generelt:

Psykoterapi med fokus på affektregulering og mentalisering – i grupper eller individuel – minimum 1 år, gerne 2 år.

Psykoedukation; baggrunden for en PF, hvordan den kommer til udtryk og hvad behandlingen går ud på.

Evt medicinsk behandling med stemningsstabiliserende, antidepressiv eller antipsykotisk.

Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (F60.3)

Fem facts:

- 60.000 lever med borderline i DK. 75% af dem er kvinder
- 75% af mennesker med borderline vil forsøge selvmord, ofte flere gange. Det vil lykkes for 10% af dem
- Desuden vil 75% af mennesker med borderline være selvskadende
- 20-30 % af de der bliver indlagt på psykiatriske afdelinger og får ambulant psykiatrisk behandling, har borderline
- 70% af mennesker med borderline har været udsat for voldelige eller seksuelle overgreb i barndommen



Symptomer:

Borderline er en kompleks diagnose i og med, at man kan opfylde de diagnostiske kriterier på 256 forskellige måder. Derfor vil det også kunne komme til udtryk på vidt forskellige måder i det enkelte menneske. De afgørende symptomer på borderline er, at vedkommende er præget af intense og ustabile forhold til andre og har en udtalt tendens til at undgå at blive ladet alene. Et andet centralt kendetegn er den manglende følelse af et 'kerneselv'.

Årsager:

Borderline er forbundet med hyperaktiv amygdala og dysfunktion i dele af de højere hjernefunktioner samt i hippocampus (bl.a. reduktion af hippocampus, som er involveret i hukommelse og aggressionsforvaltning). Der er desuden fundet mindre frontallapper og anormaliteter i de limbiske strukturer (mindre hippocampus og mindre amygdala).

Ligeledes er der fundet forstyrrelser i flere neurotransmittersystemer ved patienter med borderline (bl.a. serotonerge, dopaminerge og noradrenerge)

En undersøgelse der søger at belyse borderline fra det polyvagale perspektiv, har vist at gruppen med borderline var i en tilstand af fight or flight, hvorimod kontrolgruppen var i en psykologisk tilstand, der understøtter social engagement.

Så høj forekomst af traumatiske oplevelser, at den bør opfattes mere som en kronisk udgave af PTSD, det der kaldes kompleks PTSD.

Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (F60.3)



Behandling:

- Relationelt arbejde. Personlighedsforstyrrelsernes essens er mangelfuld tilknytning. Det eneste, der kan hele mangelfuld tilknytning er tilknytning
- Langvarig terapiforløb med fokus på relation, overføring/modoverføring, lys på kerne
- Hjælp til affektregulering/mentalisering, undersøge hvad andre menneskers følelser, motiver osv kan være
- Identitet/kerne – lys på, spejle affekter (men varsomt, da vedkommende kan have så lidt forbindelse til sig selv, at de internaliserer det du siger fremfor at mærke om det ressonerer)
- Fortæl mig hvem du er dyad, hvor klienten i den ene runde taler og den næste tegner på mandala
- Traumeterapi/kropsterapi
- Ro på nervesystemet gennem daglig praksis; yoga, taknemlighedsdagbog, bøn, andre lignende øvelser
- Eksistentielle temaer (frihed/ansvar, isolation/forbundethed)
- Sorgarbejde, der kan være en dybdeliggende sorg, når klienten erkender sin daværende barndomssituation
- Familieopstillinger
- Åndedrætsterapi

Selvskade

Fem facts:

- Har endnu ikke sin egen diagnosekode i ICD-10
- Selvskade og selvmord adskiller sig væsentligt fra hinanden ud fra intention, hyppighed og metode. Dog ses en højere risiko for selvmordsforsøg og selvmord.
- Gennemsnitsalderen for debut med selvskade er 12-16 år
- 21,5% af de danske gymnasieelever har skadet sig selv med vilje
- Selvskade er mest udbredt blandt piger



Symptomer:

Selvskade kan både forekomme som en enkeltstående hændelse eller som en gentagende handling. Vedkommende vil påføre sig fysisk skade, fx ved at skære, kradse, brænde, bide eller slå sig selv.

I situationen kan man opleve, at man ikke kan rumme eller justere sin følelsesmæssige reaktion. Man kan ikke finde ord til at fortælle andre om sine oplevelser, og man er heller ikke i stand til at berolige sig selv på en passende måde. I stedet forsøger man at komme væk fra/bekæmpe følelsen ved at selvskade.

Årsager:

Selvskade er et alvorligt symptom på forstyrret eller uudviklet evne til at rumme intense eller negative følelser. Selvskade fungerer altså som en mestringsstrategi, der har til formål at lindre psykiske smerter og svære tanker. Baggrunden for den svigtende affektregulering kan bl.a. findes i barndomstraumer, psykiske lidelser (som borderline), usundt fokus på skønhedsidealer, ensomhed og mobning.

Modsat hvad nogle tror, så handler det ikke om at få opmærksomhed, tværtimod vil vedkommende ofte forsøge at skjule ar og mærker efter selvskaden.

Behandling:

Krops- og psykoterapi med fokus på affektregulering og traumebehandling.

Anoreksi (F50.0)

Fem facts:

- Begynder ofte i puberteten
- Mere end 10 gange så hyppig ved kvinder end ved mænd
- 45% opnår fuld helbredelse, 35% opnår bedring, 20% har kroniske forløb eller dør
- Kan sidestilles med en psykotisk tilstand og kan om nødvendigt tvangsindlægges
- 50% af patienter med anoreksi udvikler bulimiske symptomer



Symptomer:

Kontrolleret spising (og dermed vægt)

Overdreven motion – eller andre måder at forbrænde kalorier på (fx hoppe i havnen)

Forvrænget billede af kroppen, form og vægt overvurderes groft

Skjuler sin undervægt under løsthængende tøj

BMI på 17,5 (>18 år) – BMI er vægt divideret med højde x højde

Kontrollen af fødeindtagelsen kan også være motiveret af konkurrence, selvdisciplinering og selvafstraffelse

På sigt kan der opstå fysiske symptomer, herunder alvorlig skade på organer

Vrede udtrykkes gennem vægning og stædighed

Årsager:

Genetiske, sociale, familiemæssige, udviklingsmæssige og kulturelle faktorer.

Traumer fra opvæksten

Der er beskrevet et generelt fravær af grænser mellem generationerne og mellem de forskellige familiemedlemmer. De er overinvolveret i hinandens liv i sådan en grad, at det er svært at finde sin egen identitet.

Overdreven optagelse af mad og vægt i omgivelserne, fx hos mor eller veninder

Et urealistisk skønhedsideal i medier/social medier, som den unge kvinde spejler sig i på et kritisk tidspunkt af hendes identitetsopbyggelse.

...anoreksi fortsat...

Behandling:

- Støttes til at følge en udarbejdet kostplan
- Vejning til alle samtaler
- Individuel terapi
- Mentaliseringsbaseret terapi som til pt'er med borderline
- Kan være vanskelig og langvarig
- Modoverføring! Det kan vække voldsomme følelser i alle, selv terapeuten, at være vidne til et ungt menneske næsten sulter sig ihjel.
- Pt'en kæmper for at opnå selvstændighed og individualitet, der er derfor en stærk tendens til opposition og oprør hos den unge, som må håndteres

Andet:

I vil formentlig ikke møde klienter, som kommer for at få hjælp til deres anoreksi, da sygdomsbenægtelse er en del af sygdomsbilledet. Da den ofte rammer unge mennesker, vil det måske være forældrene til den unge, der søger behandling.

Det er min erfaring, at det her er vigtigt at se den ramte som symptombærer for tilstande i familiodynamikken. Derfor er det også vigtigt at forældre og evt søskende får hjælp – evt af en anden terapeut. Så den unge ikke bliver "problemet" med "ansvaret" for at løse det hele.

Bulimi (F50.2)

Fem facts:

- Omkring 30.000 lider af bulimi
- Begynder hyppigst i 16-20 års alderen
- Børn før puberteten har sjældent bulimi
- Over 90% af personer med bulimi er kvinder
- En del har anden selvskadende adfærd



Symptomer:

Spisetrang (craving) der fører til spiseanfald flere gange ugentligt, hvilket efterfølges af provokerede opkastninger eller andre måder at modvirke vægtøgning på

Forstyrret kropsopfattelse og frygt for fedme

Har ofte svært ved at udtrykke vrede

Svært ved at identificere, erkende og acceptere sine behov for andre

Mavesyren i munden kan ødelægge tandemaljen samt give symptomer på reflux

Nogle kan have synlige forstørrelser af spytkirtlerne og kan se ud som brede kæber

Madindtaget kan bringe økonomien under pres og nogle stjæler derfor maden

Årsager:

Som ved anoreksi

Generelt vil hændelser i form af separation og tab, præstation og konflikt føre til øget pres på pt'ens tilpasningsevne. Bulimiske anfald indeholder dels en midlertidig tilfredsstillelse (opfyldning), dels en følelse af at have kontrol (udtømning) samt en efterflg. afslapning og ro efter anspændelsen.

Behandling:

Spisedagbog + følelsesmæssig reaktion, vejes 1 x måned, gruppeterapi, relationsarbejde (i gruppen + til terapeuten), SSRI i 6 mdr da virkningen aftager derefter i denne pt.gruppe.

Selvmondsforebyggelse



"Selvmord er resultat af en midlertidig tilstand"

(Orbach 1999)

Tre forudsætninger for samtalen

- 1) At man tør stille spørgsmål
- 2) At man tør høre svarene
- 3) At man har ro og fred til samtalen

Grundlæggende elementer for samtalen

- Vind tid (find ud af hvad det handler om)
- Acceptér aldrig selvmord som en løsning
- Styrk menneskelig kontakt/vær nærværende
- Indgiv håb ("det er min erfaring at det lindrer/bliver bedre)
- Modvirk tunnelsyn (fra det sted du står, er det dét du kan se. Jeg tænker at...)
- Hjælp med løsningen af akutte problemer
- Afstå fra at nævne gode grunde til at leve videre

...selvmordsforebyggelse fortsat...

Risikofaktorer:

- Udskrivelse fra psykiatrisk afdeling (seneste uger)
- Tidligere selvmordsforsøg (+ i familien)
- Aktuell psykisk lidelse (+ misbrug)
- Nyligt tab af nærtstående (særligt ved selvmord i familien)
- Nydiagnosticeret alvorlig fysisk sygdom
- Enlig civilstand
- Detaljerede planer for selvmordet

Beskyttelsesfaktorer:

- Er klienten i stand til at angive gode grunde til at leve
- Relationer; ansvar for andre. Gode relationer til forældre, venner. God social støtte.
- Mestringsstrategier; evne til at håndtere stress, frustrationstolerance, hjælpsøgende adfærd.
- Omgivelser; beskyttende foranstaltninger, åben/lukket afdeling, skærmning, fast vagt

Sikkerhedsplan - En konkret og nedskrevet plan over patientens handlemuligheder og tilgængelige ressourcer i omgivelserne i tilfælde af påtrængende selvmordstanker i kommende risikosituationer.

Det støttende og ledsagende princip – Ved alvorlige, akutte situationer --> følg klienten; en instans må ikke slippe før en anden har taget over.

...selvmordsforebyggelse fortsat...

Indenfor psykiatrien laver man risikovurdering ud fra 5 punkter og det er også dem man dokumenterer i journalen

- 1) Undersøg for selvmordsadfærd – handlinger? Tanker? Planer?
- 2) Aktuel kliniks tilstand – forpint? Præget af håbløshed/desperation? Impulsiv? Pårørende bekymret?
- 3) Risikofaktorer – se tidligere
- 4) Beskyttende faktorer – se tidligere
- 5) Risiko? Handlingsplan? – inddrag pårørende, løs akutte problemer, indgiv håb, overvej hyppig kontakt, overvej andre instanser

Kriterier for tvangsindlæggelse

- 1) Tilstand → psykotisk eller sidestilles hermed (forvrænget, ikke-korigérbar)
- 2) Til fare for sig selv eller andre

Hvis klient ikke indvilger i behandling → Ring til akuttelefon mhp at få tilsyn af vagtlæge, som kan tvangsindlægge

Hvor alvorligt er det?

- 1) Har du tanker om at livet ikke er værd at leve?
- 2) Har du tanker om at det ikke ville gøre noget, hvis du ikke vågnede op i morgen? (passiv)
- 3) Har du tanker om at tage dit eget liv?
- 4) Har du tænkt på hvordan?
- 5) Købt/skaffet...?
- 6) Afskedsbrev...?

Dokumentér spørgsmål og svar i journal

Lav plan med klienten:

Eksempel: Hvis du får det rigtig skidt → vagtlæge → psykiatrisk skadestue → veninde

Man kan godt opleve forværring i løbet af terapien, lav plan inden klient får det så skidt

Man bør lave plan med alle de klienter, der har ustabil affektregulering, kendt med selvskade, tidl. selvmordsforsøg og lignende

Øg evt. intensiteten af kontakt, hvis man har arbejdet med noget meget sårbart

Selvmondsforebyggelse

Fem facts om selvmord/selvmondsforsøg:

- Hver gang 10 mænd begår selvmord, begår 4 kvinder selvmord (2018 tal).
- Hver gang 10 kvinder har et selvmondsforsøg, er der 6 mænd der forsøger selvmord.
- Selvmondsrisikoen er størst den første uge efter udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling, hvor den er mere end 500 gange forhøjet i forhold til normalbefolkningen.
- 3 ud af 4 personer med borderline forsøger selvmord. 10% af personer med borderline begår selvmord.
- Ud af alle dødsfald blandt mennesker med spiseforstyrrelser, skyldes 20% selvmord



Hvem kan der henvises til

Livslinien – telefon 70 201 201 Livslinien er en anonym telefonrådgivning samt netrådgivning for bl.a. mennesker med selvmordstanker, pårørende og efterladte. De har åbent hver dag fra kl. 11.00-3.00.

Startlinien – telefon 35 36 26 00 Linien har åbent hver dag mellem kl.16 og 23.

Headspace – telefon 25 97 00 00 For unge mellem 12-25 år. Yder både telefonrådgivning, netrådgivning og personlig rådgivning.

MinPlan – kriseapp

Hvad vækker det i dig, hvis du forestiller dig at sidde med en selvmordstruet klient?

ADHD (F90)

Fem facts om ADHD:

- 80% har andre psykiatriske lidelser/diagnoser
- I Danmark har 4,5 procent af børn og unge mellem 10 og 24 år en ADHD-diagnose
- Der er langt flere drenge end piger, som har diagnosen. Flere studier peger dog på, at ADHD hos særligt piger er underdiagnosticeret
- Det skønnes at 3-4% af den voksne befolkning har ADHD
- De sidste ti år er antallet af børn og unge under 18 år med diagnosen ADHD mere end tredoblet i Danmark



Symptomer ved ADHD hos voksne:

Opmærksomhedsvanskeligheder

- manglende opmærksomhed på detaljer og laver ofte sjuskefejl
- problemer med at opretholde koncentration, både under udførelse af arbejdsopgaver og under fritidsaktiviteter
- reagerer ofte ikke på tiltale
- opfatter ikke instruktioner og formår ikke at fuldføre påbegyndte opgaver
- har vanskeligheder med at organisere aktiviteter
- lader sig let aflede af udefrakommende stimuli
- er ofte glemsom i det daglige

Hyperaktivitet

- kropslig uro, er pillende med hænderne, sidder uroligt med benene eller skifter stilling hele tiden
- har svært ved at blive på sin plads under møder eller i andre sammenhænge, hvor det forventes
- har en konstant følelse af rastløshed eller indre uro
- virker ofte lidt agiteret/'hyper'

- har en tendens til at tale meget

...ADHD fortsat...

Impulsivitet

- begynder ofte at svare, før et spørgsmål er stillet færdigt
- har en tendens til at afbryde andre eller bryde ind i deres aktiviteter
- har vanskeligt ved at vente på, at det bliver hans eller hendes tur

Årsager:

- Arvelige forhold spiller den største rolle (80%)
- Scanninger viser ændringer i hjernens frontallapper
- nedsat mængde af signalstofferne dopamin og noradrenalin (medicinen øger disse stoffer)
- Alkohol og/eller tobaksrygning under graviditet (fx 10 cigaretter dagl. = 4 x øget risiko)
- Lav fødselsvægt og for tidlig fødsel
- Iltmangel under fødsel eller hjerneinfektioner i de første leveår
- traumer, overgreb, mobning og svære tab kan forværre symptomerne, men er formentlig ikke i sig selv årsag til symptomerne
- Dysreguleret nervesystem

Behandling:

- Samtaler – med læge, psykolog eller sygeplejerske, vil ofte dreje sig om medicinjustering samt vejledning i fht vanskeligheder
- Psykoedukation
- Medicinsk behandling for ADHD og evt. ledsagetilstande (effekt hos 80% børn og 60% voksne)
- Psykoterapi – ”Psykoterapi kan ikke stå alene som behandling af ADHD og kan heller ikke kurere kernesymptomerne” (psyk auh) – Simonsen og Møhl åbner dog op for at man ser ADHD som en relationsforstyrrelse selvom den primære defekt er neurofysiologisk
- Sociale støttemuligheder – fx mentorordninger eller hjælp til ændring af fysiske rammer på arbejdsplads eller lignende

I den europæiske ICD-10 er diagnosekriterierne beregnet til børn, i den amerikanske DSM er diagnosekriterierne rettet mod voksne. F90 kaldes 'hyperkinetisk forstyrrelse' i ICD-10.

Autisme (F84)

Fem facts:

- Findes hos 1-3% af befolkningen (stigende)
- Medfødt lidelse, tidlig diagnose
- Op mod 80% har samtidig en psykisk eller fysisk sygdom
- Over 10 mill børn har været med i et studie, der viser, at der ikke er forbindelse til vacciner
- Ses hyppigere hos drenge



Symptomer:

- Afvigende socialt samspil
- Afvigende social kommunikation
- Begrænset, stereotyp og gentagende adfærd
- Anderledes sensorisk oplevelse

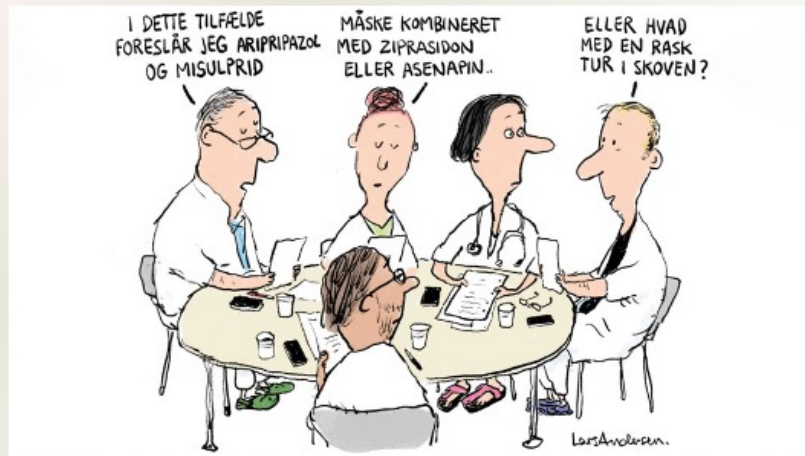
Årsager:

- Anderledes udvikling af hjernen, der starter tidligt i fosterstadiet – genetisk bestemt?
- For tidlig fødsel
- Infektioner og andre toksiske påvirkninger i fostertilstanden

Behandling:

- Anskues som en tilstand, der ikke kan helbredes og behandlingen er tilrettelagt derefter
- Socialpædagogisk indsats for at opnå bedst mulig livskvalitet, selvstændighed og udvikling
- Kost og ernæring (glutenfri og fedtstoffer)
- Udrensning af den tungmetalbelastning, der i nogle kredse anses som årsag
- Son-rise metoden

Psykofarmaka



Psykofarmaka

Man har gennem flere hundrede år forsøgt at behandle psykiske lidelser medicinsk. I 1800-tallet brugte man opiumsdråber og i 1900-tallet, barbituater (fx fenemal), som virker dæmpende på CNS. Det er først i slutningen af 1950'erne, at man udviklede lægemidler til behandling af psykiske lidelser, som vi kender det i dag. De seneste 60 år er der samtidig sket et kvantespring i fht hvor meget vi forstår om hjernens funktion og man forsøger naturligvis at bruge denne viden til udvikling af psykofarmaka. Man har endnu ikke set en dramatisk forbedring, men bivirkningerne er i mange tilfælde blevet mere acceptable.

Psykofarmaka virker overvejende ved at interagere med transmittere (klassiske transmittere er glutamat, GABA, dopamin, noradrenalin og acetylcholin) og receptorer i centralnervesystemet. Fx:

- Midler mod psykose → dopamin D2-receptorer
- Midler mod depression → serotonin og/eller noradrenalin transportproteinet
- Midler mod angst → GABA-receptorer
- Midler mod demens → acetylcholintransmissionen

Som med alt andet i sundhedsvæsenet, så arbejder man også her med evidens. Der findes utallige studier vedrørende de forskellige lægemidler, så den enkelte behandler

læner sig op ad de retningslinjer/behandlingsalgoritmer, som laves af hospitalsafdelinger og videnskabelige selskaber.

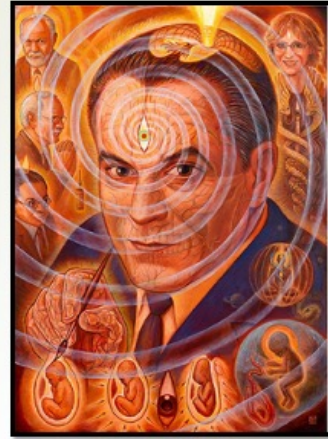
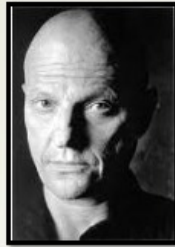
...psykofarmaka fortsat...

Complianceproblemer ved medicinsk behandling er særligt udtalt i psykiatrien. Compliance beskriver i hvilket omfang patienten er i stand til at følge anvisninger vedrørende behandlingen. Undersøgelser viser manglende compliance ved helt op til 60% af patienterne. Patientens frygt for bivirkninger eller modvilje mod at opgive følelsen af at tilhøre de raske, er de vigtigste forhindringer for god compliance.

Vigtigt at vi kender egne kompetencer og hvad vi kan støtte klienten med. Diagnosticering og medicinering er psykiater eller egen læges ansvar.

Reflektér evt over din egen holdning til medicinsk behandling af psykiske lidelser.

Grof og Mindell



Stanislav Grof

Født i Tjekkiet i 1931, flyttede til USA i 1960'erne. Betragtes som en af grundlæggerne af den transpersonlige psykologi. Forskede i brugen af psykedeliske stoffer i psykoterapi. Da det senere blev forbudt, fandt han en anden metode til opnå lignende tilstande, han døbte metoden holotropisk åndedrætsterapi.

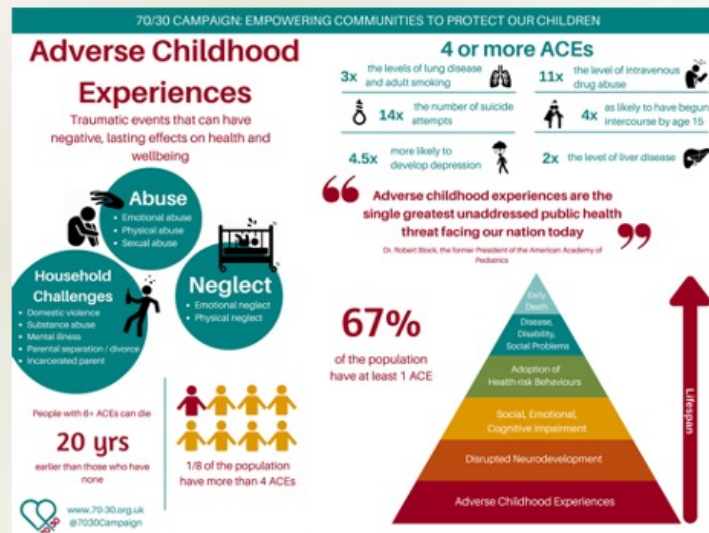
Grof (og hans kone, som er medforfatter) opfatter de fleste psykoser som en 'spiritual emergency'. De fandt at psykoser ofte har rødder i fysiske eller psykiske traumer og at det er en form for transpersonlig oplevelse, som dem vi fx ser i åndedrætsterapi, som blot er opstået 'spontant'. De ser det som en bevidsthedsudvidelse, der – hvis oplevelsen integreres - giver mulighed for forløsning af traumer og for spirituel og psykologisk udvikling.

Arnold Mindell

Født i USA i 1940, hvor han grundlagde procesorienteret psykologi efter en uddannelse som jungiansk psykoanalytiker. Ligeledes en pioner indenfor transpersonlig psykologi.

Mindell anser ikke mennesker med psykiske lidelser, som syge og kalder det derfor ikke lidelserne for psykisk sygdom, men for 'extreme states'. Disse ekstreme tilstande, såsom skizofreni, bipolar lidelse, psykoser, er undertrykte sider i os alle, som udleveres af denne gruppe mennesker. Han mener de er bedst hjulpet, ved at arbejde med deres kropssprog og indre verden, gennem procesorienteret terapi. Hvad hvis vi trådte ind i den psykotiske klients verden, ligesom vi træder ind i en drøm?

Psycovery og ACE



Psycovery

Begreb som psykologen, Olga Runciman, arbejder med, når hun giver håb til mennesker med psykoser, depressioner og andre svære psykiske lidelser. Hendes tilgang er at psykisk lidelse fremfor at være 'sygdomme', nærmere er menneskelige tilstande, eksistentielle kriser, reaktioner på traumer og oplevelser af meningsløshed – og skal behandles som sådan. Fokus er at disse ekstreme tilstande opstår som følge af overvældende belastninger og traumer. Hun arbejder, ligesom Grof og Mindell, med at give oplevelsen mening for den enkelte, hun mener der altid er en logik i stemmerne. Åben dialog eller stemmehøring er en metode hun anvender og som hun arbejder på at få udbredt, bl.a. gennem Dansk Stemmehørernetværk. Metoden benyttes særligt til mennesker med psykotiske symptomer/skizofreni og handler om at lære stemmerne at kende; hvad er deres formål, hvordan påvirker ens liv osv. Desuden har hun stor erfaring med at hjælpe mennesker med at trappe ud af deres psykofarmaka, mere info om dette kan findes på hendes hjemmeside www.psycovery.com.

Adverse Childhood Experiences (ACE)

Det første større studie fra slutningen af 1990'erne, der viser sammenhængen mellem barndomstraumer, kronisk stress og helbredsproblemer i voksenlivet. Den inkluderer data fra over 17.000 mennesker og viser med al tydelighed, hvor stor betydning barndomstraumer har for resten af ens liv. For at gøre det målbart, har de inddelt det i 10 forskellige former for traumer, som de deltagende har oplevet inden de fyldte 18 år. Jo flere traumer, desto større risiko for diverse fysiske sygdomme, psykiske lidelser og generel kortere levetid.