

Boks 1.1. To typer videnskab

Nomotetisk	Idiografisk
• Forklarende • Årsag/virkning • Hypotetisk-deduktiv • Adfærd • Biologi • Objektiv • Kvantitativ • <i>Universelle lovmæssigheder</i>	• Forstående • Mening • Hermeneutisk • Følelser • Psykologi • Subjektiv • Kvalitativ • <i>Unikke, individuelle aspekter</i>

Boks 1.2. Definitioner på normalitet

- Normalitet som *sundhed* er den klassiske biomedicinske tilgang, hvor fravær af sygdom indikerer sundhed og normalitet. Denne definition passer med en tilgang til patienten, hvor det handler om at fjerne tegn og symptomer på sygdom.
- Normalitet som *utopi* refererer til den ideelle eller optimale funktion. Denne definition bruges ofte af psykoanalytikere, når de definerer den ideelle person eller kriterier for succesfuld behandling. Den viser tilbage til Freuds klassiske formulering om normalitet: „Et normalt ego er som normalitet generelt en ideel fiktion.“
- Normalitet som *gennemsnit* bruger man ofte, når det drejer sig om at undersøge, hvad der er normal adfærd i en given gruppe eller population. Antagelsen er, at normalitet er sammenfaldende med gennemsnittet i en normalfordeling (en Gauss-kurve), hvilket fx gælder for højde, intelligens og vægt. Dette normalitetsbegreb anvendes ofte implicit i psykiatrien i relation til ratingscales og spørgeskemaer.
- Normalitet som *proces* refererer til normal adfærd som et resultat af forskellige interagerende systemer. Et eksempel er Erik Eriksons definition af normalitet som evnen til at mestre de skiftende udviklingsopgaver i løbet af livet.

Boks 1.3. Psykisk sundhed

Psykisk sundhed er

- Funktionsniveau over det normale med hensyn til fx uddannelse, arbejde, samliv. Problemer i livet synes ikke at blive for store, og personen er eftertragtet af andre på grund af sine kvaliteter.
- At leve efter „positive psykologiske“ værdier, som består i at udvikle kvaliteter såsom en vis grad af selvtilstrækkelighed og positiv forvaltning af ens medfødte talent og sociale muligheder samt styrke i form af karaktertræk som åbenhed og nysgerrighed.
- Modenhed defineret ud fra evnen til kærlighed, håb, fravær af stereotype, uproduktive problemløsningsstrategier, realistisk accept af ens livsskæbne og passende forventninger til og mål for en selv, der udspringer af en positiv håndtering af Erik Eriksons livstemaer (se kapitel 2).
- Følelsesmæssig intelligens, dvs. evnen til at læse og forstå andre menneskers følelser. Vaillant anser følelsesmæssig intelligens for at være den enkeltfaktor, der er vigtigst for psykisk sundhed.
- Subjektivt velvære: „Intet menneske er lykkeligt, hvis ikke han selv synes, at han er det.“
- Resiliens og velfungerende copingmekanismer.

KILDE: Valliant (2003)

Boks 1.4. Generelle overvejelser med hensyn til behandling ved forskellige GAF-scores

GAF-score	Level of care
• Symptomscore < 60 • Funktionsscore < 50	• Behandling må overvejes • Kan aktuelt ikke arbejde, men kan have god funktion på andre områder
• Funktionsscore < 40 • Symptomscore < 40	• Funktionssvigt på mere end et område • Psykosegrænse (hvis der er psykotiske symptomer, er score under 40)
• Symptomscore < 30 • Symptomscore < 20	• Hospitalisering oftest nødvendig • Skærmet, lukket afsnit

Boks 2.1. De fire selvforannelnelser

Det gryende selv (0-2 måneder)

I denne periode får barnet en første fornemmelse af sig selv og den omgivende verden. Barnet er allerede tidligt i livet meget målrettet og aktivt udforskende. Relationen til omsorgspersonen er rettet mod at fastholde samspillet samt støtte den fysiologiske regulering. Omsorgspersonen bruger ansigtsmimikken til at udtrykke og opretholde barnets tilknytning. Barnets kropslige fornemmelse i forbindelse med at mærke sult/mæthed, træthed/vågenhed, kulde/varme, at blive badet, taget op, kærtegnet osv. danner kernen i dets selvforannelmelse. Specielt i starten af perioden er barnet optaget af vitaliteten i form af intensitet, bevægelse og tid, som er med til at udvikle den grundlæggende selvforannelmelse.

Kerneselve (2-6 måneder)

Barnet oplever i stigende grad at være en viljebetonet, sammenhængende fysisk enhed med sit eget følelsesmæssige liv. Det er klar over forskellen på egne og andres handlinger, og allerede i 2-3-månedersalderen kan barnet tage direkte øjenkontakt, smile og pludre til omsorgspersonen. Det kan i stigende grad regulere sit arousalniveau ved at kigge væk eller lukke af for yderligere stimulation. Dette er starten på en tidlig evne til selvmestring. Mod slutningen af perioden bliver barnet i stand til at fremkalde indre billeder af omsorgspersonen, når hun ikke er til stede. Stern taler om en „fremkaldt ledsager“, som giver spædbarnet en subjektiv oplevelse af at være sammen med en anden, der bl.a. kan hjælpe det med at regulere spænding, tilknytning, angst og andre indre oplevelser. At kunne aktivere en „fremkaldt ledsager“ er af stor betydning for evnen til at kunne være alene. Objektrelations-teorien taler om, at barnet med afsæt i positive samspil med andre etablerer et godt indre objekt.

Det intersubjektive selv (7-15 måneder)

Det centrale i denne fase er, at barnet oplever, at det har sit eget indre subjektive selv, og at andre har deres, samt at fysiske begivenheder kan være udtryk for bagvedliggende mentale processer. Barnet kan tillægge andre motiver og forstå, at deres følelser kan være de samme som barnets egne eller forskellige fra dem. Det begynder at udvikle en „theory of mind“ – en teori om, at mennesker består af adskilte psyker. Barnet overskrider hermed sin snævert egocentriske virkelighedsopfattelse, hvilket er starten på udviklingen af evnen til mentalisering. Intersubjektivitet består i en gensidig anerkendelse af hinanden som subjekter, hvilket er et vigtigt skridt i retning af oplevelsen af nærhed og fællesskab.

Det verbale selv (15-30 måneder)

Med udviklingen af sproget øges barnets evne til selvrefleksion og fornemmelse af et tidsmæssigt perspektiv. Med sproget kan det strukturere hændelser i fortid, nutid og fremtid, men udviklingen af sproget er imidlertid også forbundet med tab. Sproget gør det muligt at adskille tanker fra følelser og skelne mellem ord og oplevelse, men rummer samtidig en risiko for fremmedgørelse i forhold til barnets oprindelige, sanselige oplevelse af virkeligheden. Forholdet mellem livet, som det opleves, og livet, som det genfortælles, er to adskilte fænomener. Sproget og symboliseringsevnen giver også barnet mulighed for at lege „som om“-lege, hvor det kan eksperimentere med sin skabende fantasi og derigennem få en mere sikker fornemmelse af, hvem det er. Leg er uhyre vigtig for barnets oplevelse af at have en forankring i sig selv, hvorfra tanker, følelser og handlinger kan udgå.

Boks 2.2. Tilknytningsmønstre hos børn

Ængstelig, afvisende tilknytning

Disse børn udviser kun moderate reaktioner, når moderen forlader lokalet, og ignorerer hende, når hun kommer tilbage. De er anspændte og hæmmede i deres leg. Deres mødre fremstår følelsesmæssigt tillukkede og undgår kropskontakt med barnet.

Sikker tilknytning

Disse børn bliver tydeligt kede af det, når moderen forlader lokalet, men lader sig trøste, når hun kommer tilbage. Leg og udforskning bliver genoptaget efter nogen tid, når moderen vender tilbage. Mødrene beskrives som sensitive og reagerer hurtigt på barnets signaler.

Ængstelig, ambivalent tilknytning

Børnene i denne gruppe bliver meget kede af det, når mødrene forlader dem, og de er vanskelige at trøste, når hun kommer tilbage. De beskrives som på en gang kontaktsøgende og aggressivt modstræbende; de er ambivalente i kontakten. Mødrene fremstår som uforudsigelige og svingende i deres kontakt med barnet.

Ængstelig, desorganiseret tilknytning

Disse børn har tydeligvis svært ved at klare stress, og deres adfærd er præget af forvirring og uforudsigelighed. Når moderen kommer tilbage, kan barnet fx søge trøst, men på vej over til hende stivne, smide sig på gulvet og foretage stereotype bevægelser. Mødrene viser sig ofte at have haft mange tab med svigt og overgreb i opvæksten, og nogle udviser en ombytning af roller, således at de støtter sig til barnet.

Boks 2.3. Mentaliseringsevne

En veludviklet mentaliseringsevne indebærer:

- At der er kontinuitet i oplevelsen af det psykologiske selv
- At andres handlinger bliver meningsfulde, forståelige (i lyset af mentale tilstande) og til dels forudsigelige
- At der er en skelnen mellem den indre og den ydre verden
- En forståelse af, at det, at en person opfører sig på en bestemt måde, ikke betyder, at der ikke findes alternative måder at opføre sig på
- At kommunikation med andre bliver bedre, fordi repræsentationen af den andens mentale tilstande ikke begrænses
- At relationen til andre beriges, fordi evnen til at indtage og rumme forskellige perspektiver på egne og andres subjektive oplevelser uddybes

Boks 2.4. Kernbergs tre niveauer af personlighedsorganisering

	Neurotisk (NPO)	Borderline (BPO)	Psykotisk (PPO)
Identitetsintegration	Klar adskillelse af og god integration af forestillinger om selv og andre.	Identitetsdiffusion. Mangelfuld integration af forestillinger om selv og andre.	Mangelfuld adskillelse af forestillinger om selv og andre – og af indre og ydre realitet.
Forsvarsmekanismer	Modne: fortrængning, rationalisering, humor, intellektualisering og isolering. Anvendes primært til at håndtere indre konflikter.	Primitive: splitting, projektiv identifikation, primitiv idealisering. Anvendes til at håndtere konfliktfyldte ydre og indre objektrelationer og konflikter mellem personlighedens instanser (det, jeg, overjeg).	Primitive som ved BPO, men anvendes her primært som beskyttelse mod disintegration, dekompenisering og psykotisk sammenbrud.
Realitetstestning	Intakt: Klar adskillelse af selv og anden, af indre og ydre. Dybtgående, nuanceret og realistisk forståelse af selv og andre.	Der optræder ændringer og forvrængninger i oplevelsen af realiteten. Idiosynkratiske fortolkninger af virkeligheden. Der kan forekomme psykose-lignende symptomer i forbindelse med svær belastning.	Alvorligt svækket og tidvist helt fraværende.
KILDE: Otto Kernberg (1984:38)			

Boks 2.5. Faktorer, der fremmer sundhed og livskvalitet i sen alderdom

- Et godt ægteskab før 50-årsalderen (evne til at indgå i modne relationer)
- Evne til at klare svære situationer i livet (gode copingmekanismer og adaptive strategier)
- Altruistisk adfærd (evne til at engagere sig i andre mennesker og sætte sine egne behov i baggrunden)
- Fortsat intellektuel udvikling i form af uddannelse og mestring af nyt stof
- Fortsat kreativitet og leg efter pensioneringen
- Ophør med rygning
- Alkoholforbrug på acceptabelt niveau, der ikke „skæmmes dig selv eller din familie“
- Fysisk aktivitet
- Sund livsstil og normal vægt

Boks 3.1. Neurotransmittere og modulatorer

Små molekyler	Neuropeptider
Biogene aminer • Dopamin • Noradrenalin • Serotonin • Acetylkolin • Histamin	Opioider • Enkefalin • Endorphen
Aminosyrer • Gamma-aminobutyrat (GABA) • Glutamat	Gastrointestinale peptider • Cholecystokinin • Substans P
Gasser • Nitrogenoxid	Andre peptider • Angiotensin • Bradykinin • Neuropeptid Y

Boks 3.2. Miljøfaktorer i bred forstand

Biologiske

- Ernæring (fx kalorier, vitaminer)
- Ilt, hormoner
- Rusmidler (fx alkohol, kokain)
- Toksiske forbindelser i naturen
- Støj, varme/ kulde, lys
- Infektioner (fx bakterier, virus)
- Andre sygdomme

Psykologiske

- Opvækst (fx incest, forældre med misbrug eller psykisk sygdom)
- Skole (fx kammerater, mobning, eksamen)
- Samlivsforhold (fx skilsmisse, tabet af en nær ven)
- Arbejde (fx dårligt arbejdsklima, arbejdsløshed)

Sociale

- Kulturelle værdier og normer (fx regulerende for adfærd, såsom seksualitet og kønsroller)
- Lovgivning (fx lov mod brug af rusmidler)

Boks 3.3. Holmes-Rahe Scale

Begivenhed	Vægt	Begivenhed	Vægt
• Ægtefælles død	100	• Vanskeligheder med svigerfamilie	29
• Skilsmisse	73	• Stor personlig præstation	29
• Separation	65	• Ægtefælle begynder eller ophører med at arbejde	26
• Fængselsophold	63	• Begynder eller afslutter skole	26
• Pårørendes død	63	• Ændring i livsbetingelser	25
• Tilskadekomst, sygdom	53	• Ændring i personlige vaner	24
• Giftermål	50	• Vanskeligheder med chef	23
• Afskedigelse	47	• Ændret arbejdstid og/eller -betingelser	20
• Ægteskabelig forsoning	45	• Flytning	20
• Ændring i familiemedlemmers helbred	44	• Skoleskift	20
• Graviditet	40	• Ændring i fritidsvaner	19
• Seksuelle vanskeligheder	39	• Ændret religiøs aktivitet	19
• Familieforøgelse	39	• Ændret social aktivitet	19
• Ændringer på arbejdspladsen	39	• Lån under 100.000 kr.	17
• Økonomiske forandringer	38	• Ændrede sovevaner	16
• Nær vens død	37	• Ændring i antal familiesammenkomster	15
• Nyt arbejde	36	• Ændrede spisevaner	15
• Ændring i antal ægteskabelige skænderier	36	• Ferie	13
• Overtagelse af prioriteter eller lån over 10.000 kr.	30	• Jul	12
• Ændrede arbejdsforhold	29	• Bøde for mindre lovovertrædelse	11
• Søn eller datter flytter hjemmefra	29		

Boks 5.1. Centrale elementer i individualistiske og kollektivistiske kulturer

Individualistiske kulturer	Kollektivistiske kulturer
• Individet betragtes som autonomt, selvstændigt og styret af egne frie valg	• Individets selvopfattelse og handlinger er til dels bestemt af sociale faktorer
• Det accepteres, at individet primært forfølger egne behov	• Individets egne behov betragtes som sekundære i forhold til fællesskabet
• Vægt på at „skille sig ud“, være „unik“ og „realisere sig selv“	• Vægt på social harmoni, at alle bidrager til fællesskabet (familien m.v.)
• Organisering af den enkeltes liv hviler på indre, psykologiske strukturer	• Organisering af den enkeltes liv hviler på ydre strukturer (sociale roller, „tildelt“ identitet, sociale hierarkier m.v.)
• Det enkelte individ skal selv skabe mening og sammenhæng i sit liv	• Mening og sammenhæng er i nogen grad givet med indlejringen i det sociale fællesskab
• Afhængighed opfattes som tegn på svaghed	• Almindeligt accepteret og forventet, at den enkelte tilpasser sig fællesskabet og dets autoriteter
For uddybet behandling, se Triandis (1995) og Jørgensen (2008).	

Boks 7.1. Definition af illness og disease

Illness – patientens egen oplevelse af sin sygdom – „*den lidelse, patienten går til lægen med*“

Disease – behandlerens/lægens opfattelse af sygdommen, evt. udtrykt i en diagnose – „*en sygdom, han har, når han går hjem fra lægen*“

Boks 7.2. Den gode lytter

- Start med åbne spørgsmål
- Lad patienten fortælle sin historie – patienten er i centrum
- Tilskynd patienten til at fortsætte ved at nikke eller spørge uddybende
- Undgå at styre samtalen
- Undlad at komme med løsningsforslag
- Giv plads, og lad være med at afbryde
- Lad pauserne være, og stimuler patienten til at fortsætte: „Kan du sige mere om ...“
- Anerkend patientens følelser og fremstilling
- Spejl patienten ved at formulere vedkommendes fremstilling med dine egne ord: „Det, jeg forstår, er, at du ...“
- Sammenfat patientens pointer ved en formulering a la „Er det rigtigt forstået, at du ...?“

Boks 7.3. Faktorer, der kan lægge hindringer i vejen for at lytte og forstå

Forskelle i

- Køn
 - Alder
 - Kultur
 - Religion
 - Socio-økonomisk baggrund
 - Sprog (fx dialekt)
 - Personlighed
-
- Tidspres
 - Manglende evne til at bære ikke-viden
 - Overdrevent fokus på teori
 - Modoverføringsreaktioner
 - Træthed
 - Præstationspres/-ambitioner

Boks 7.4. Grundlæggende antagelser i psykodynamisk udviklingsteori

- Det ubevidste
- Psykisk determinisme
- Udviklingsorientering
- Fokus på det enkelte menneskes individualitet
- Gentagelsesmønstre
- Overføring/modoverføring
- Modstand
- Forsvarsmekanismer

Boks 7.5. Eksempler på en række forsvarsmekanismer

Modne forsvarsmekanismer

Fortrængning: Følelsesmæssige konflikter eller impulser holdes aktivt uden for bevidstheden.

Forskydning: Følelsesmæssige konflikter forskydes fra ét objekt (en person) til et andet, mindre truende objekt. Barnet kan fx afreagere sin vrede mod sine forældre på sin bamse, ligesom den voksne kan få afløb for sine frustrationer over for sin chef ved at igangsætte en konflikt med sin partner.

Reaktionsdannelse: Uacceptable følelser, tanker eller handlinger erstattes med deres diametrale modsætning, fx kan voldsom vrede via reaktionsdannelse vise sig som overdreven venlighed.

Isolation: Følelsen isoleres fra indholdet og skydes bort fra bevidstheden. Individet kan fx fortælle om de frygteligste barndomstraumer uden at få kontakt med følelserne. En variant af isolation er intellektualisering, der indebærer, at individet forholder sig intellektuelt til et følelsesmæssigt provokerende emne.

Rationalisering: Beslægtet med intellektualisering. Individet finder en tilsyneladende rationel eller logisk grund til hændelser, der fremkalder ubehagelige følelser – og til sin symptomadfærd/uhensigtsmæssige adfærd, der er styret af ubevidste processer.

Identifikation: Træk fra andre personer indlemmes i én selv via introjektion (indoptagelse af det ydre, der er uden for én selv). Identifikation gælder især egenskaber, som man gerne vil have. Man kan identificere sig med en anden af beundring eller kærlighed, men også på grund af angst. Det klassiske eksempel fra den patriarkalske familie er den lille dreng, der identificerer sig med den frygtede faderfigur.

Regression: Som forsvarsmekanisme fungerer regression ved, at individet i pressede situationer vender tilbage til tidligere udviklingstrin, hvorved vedkommende i handling og/eller psykologisk fungerer mere primitivt. I regressionen kan ligge et element af flugt, fx ved hjælp af alkohol, stoffer eller gennem dagdrømmeri, men regression kan også foregå i jegets tjeneste som en positiv evne til at hengive sig til fx seksualitet, kunstnerisk produktion eller leg.

Primitive eller umodne forsvarsmekanismer

Dissociering: En form for bevidsthedsspaltning, hvor forskellige psykiske funktioner, mentale tilstande eller dele af selvet (eksempelvis den fysiske krop og følelser), der normalt hænger sammen, adskilles og virker uafhængigt af hinanden (se også kapitel 23).

Fornægtelse eller benægtelsen: Følelsesmæssigt provokerende aspekter af den indre eller ydre virkelighed ignoreres.



Boks 7.5. Eksempler på en række forsvarsmekanismer – fortsat

Projektion: Uacceptable følelser tillægges andre, fx kan aggressive følelser opleves som forbudte og i stedet projiceres over på en anden. Tyv tror, at hvermand stjæler, er et klassisk eksempel på en projektion.

Splitting: To modsatrettede impulser/følelser holdes aktivt adskilt fra hinanden. Det viser sig fx ved, at verden eller personen selv opleves som sort-hvid. Enten hader man, eller også elsker man. Der er ingen grå mellemnuancer. Splitting er en helt central forsvarsmekanisme hos mennesker med borderline-tilstande (se også kapitel 29).

Idealisering/devaluering: I forlængelse af splittingmekanismen kan man se idealisering/devaluering som forsvar. Enten er der tale om en grænseløs idealisering eller det modsatte, en voldsom devaluering. Idealiseringen kan hurtigt vendes til det modsatte, hvis objektet skuffer eller begår selv ubetydelige fejl.

Projektiv identifikation: Er både en forsvarsmekanisme, en ikke-sproglig kommunikationsform og en primitiv objektrelation. Den forudsætter to personer, hvor den ene (afsenderen) projicerer og den anden (modtageren) modtager projektionen. Dele af individets (afsenderens) selv fraspaltes og projiceres over på objektet (en anden person), der subtilt og mere eller mindre bevidst presses/manipuleres til at overtage det projicerede materiale.

Boks 7.6. Eksempler på, hvordan forskellige forsvarsmekanismer fungerer

Forsvarsmekanisme	Konfliktforvaltning
Intet forsvar	Jeg hader min far!
Fortrængning	Jeg kan ikke forstå, at jeg er så vred og bekymret
Forskydning	Jeg hader min fars hund
Reaktionsdannelse	Jeg elsker min far
Isolation/rationalisering	Jeg er utilfreds med min fars adfærd
Identifikation	Jeg er ligesom far (derfor kan jeg ikke hade ham)
Dissociering	Jeg fortæller min far jokes, har det hyggeligt med ham (og kan slet ikke mærke mit had til ham)
Fornægtelse eller benægten	Jeg har slet ingen far
Projektion	Min far hader mig

Boks 8.1. Målet for det psykiatriske interview

I forhold til patienten:

- At skabe tillid
- At forstå patienten
- At indleve sig i patientens verden
- At få beskrevet patientens oplevelser præcist
- At få patienten til at reflektere over sin situation

Fagligt at besvare spørgsmålene:

- Er patienten psykisk syg?
- Hvad er diagnosen?
- Hvor alvorlig er lidelsen?
- Hvor omfattende er funktionstab i dagligdagen?
- Spiller sociale forhold ind for lidelsen?
- Spiller psykologiske forhold en rolle?
- At foreslå en behandling
- Vurdere, om patienten er motiveret for relevant behandling

Boks 8.2. Interventionsformer

Intervention	Interviewers spørgsmål eller ageren
Åbne spørgsmål	Fortæl, hvad der falder dig ind, lad mig høre, hvad du tænker
Gentagelse	Intervieweren gentager brudstykker af patientens udsagn for at tilskynde patienten til at gå videre eller uddybe
Nonverbal opmuntring	Intervieweren nikker eller smiler for at indbyde patienten til at gå videre
Verbal opmuntring	Intervieweren påskønner, at patienten har beskrevet svære ting, som ikke er blevet sagt tidligere til andre, og tilskynder patienten til videre uddybning
Aktiv lytning	Intervieweren giver patienten tid til at udleve sine følelser uden at afbryde, selv ikke under længerevarende tavshed
Opsummering	Intervieweren samler op, hvad patienten har fortalt af vigtige ting, og inviterer patienten til at gå videre derfra
Empati	Intervieweren viser med sin krop, sit ansigtsudtryk og bevægelse i stemmen, at det må have været svært for patienten, hvilket skaber tillid hos patienten og ønske om at gå videre
Brede spørgsmål	Hvad har belastet dig i dit arbejde?
Brug af eksempler	For nogle mennesker vil et kompliceret forhold til faderen genopstå senere som en oprørstrang over for autoriteter. Kunne det også være tilfældet for dig?
Konfrontation	Du viser ét med din krop, men siger noget andet. Hvordan hænger det sammen?
Fokuserede spørgsmål	Hvor gammel var du, da du flyttede hjemmefra? Hvilken måned mærkede du først dine symptomer?
Grænsesætning	Det synes jeg ikke, vi behøver bruge mere tid på. Jeg vil meget hellere...

Boks 8.3. Psykodynamiske aspekter

- Det subjektive og unikke ved patientens oplevelse
- Helhedsaspektet og den dynamiske forståelse af symptomerne
- Patienten som aktiv medansvarlig med-spiller
- Patientens modstand og forsvar over for det ubehagelige
- Overførings- og modoverføringsaspekter i interaktionen

Boks 8.4. Opvækst og psykosocial udvikling

- Fødested, etnisk oprindelse
- Ønsket af forældrene?
- Prænatale og perinatale traumer
- Tidligste erindring
- Hvordan var barndommen overordnet set?
- Hvordan var patienten som barn (temperament)?
- Familiesituation
- Separation, fysisk overlast, emotionel negлект
- Relation til far i barn- og ungdom
- Relation til mor i barn- og ungdom
- Søskende og relationer til disse
- Erindringer om spædbarns- og småbarnsperioden (mad, søvn, toiletræning, sprog, motorisk udvikling, skrive, læse)
- Hospitaliseringer, børnesygdomme
- Skolegang (adfærd, venner, aktiviteter, forhold til lærere, resultat)
- Familiehistorie (senere og nuværende relation til forældre og søskende, traumatiske begivenheder i familien og patientens reaktioner, forældres forventninger, flytte hjemmefra)
- Venner (udvikling af venne- og venindeforhold, kvalitet, nærhed)
- Seksualitet (pubertet, orientering, første erfaring, senere forhold, intimitet, masturbation, seksuelle dysfunktioner, seksuelle praktikker, erfaringer med homoseksualitet)
- Parforhold og børn (valg af partnere, længerevarende forhold, typer af konflikter, ægteskaber, skilsmisser, børn, beskrivelse af børnene)
- Uddannelse (skolegang, videreuddannelse, efteruddannelse)
- Fritidsinteresser (hobbyer, rejser, gruppeaktiviteter, talenter)
- Militær
- Kriminalitet
- Religion
- Økonomi
- Arbejde (ansættelser, erfaringer med arbejde, ansvar, tilpasningsevne, omstillingsevne, relation til arbejdskammerater, ledighed)
- Aktuelle sociale forhold (parforhold, arbejde, økonomi, børn)

Boks 8.5. Beskrivelse af tidligere sygdomme, misbrug og psykopatologi

Misbrug	• Alkohol • Medicin
Somatiske lidelser	• Neurologiske lidelser • Medicinske og kirurgiske lidelser
Den præmorbide psyke (personlighedsbeskrivelse)	• Temperament og karaktertræk
Nuværende psykiske lidelse	• Hvornår og hvordan begyndte det? • Variationer i forløbet • Udløsende begivenheder • Forværrende og/eller formildende omstændigheder • Tidligere og igangværende behandling • (medicinsk behandling, psykoterapi, indlæggelser)

Boks 8.6. Beskrivelse af patienten

Fænomen	Patologi
Fremtoning	Ansigtsudtryk, kropsholdning, ansigtskulør, gang, blik, påklædning, motorik
Adfærd	Tonen i talen, imødekommende, nedladende, afvisende, tilbagetrukket, mimik og gestikuleren, tvangshandlinger, tics, grimasse-ring
Bevidsthedstilstand	Klarhed, intensitet
Orientering	Tid, sted og egne data
Realitetssans	Er realitetssansen intakt (er patienten psykotisk?)
Stemningsleje	Neutralt, løftet, forsænket, skiftende
Kontaktform	Åben, sky, mistænksom, hjælpsøgende, klæbende, manipulerende, ambivalent, indyndende, passiv, ængstelig
Affekter og følelser	Livligt eller hæmmet følelsesudtryk, aggression, anspændthed, ængstelse, irritabilitet, eufori, affektlabilitet, affekt-affladning
Psykomotorik	Talens hastighed, motorisk uro, agitation, katatoni, manglende initiativ, passivitet
Tankegang og sprogbrug	Klangassociationer, tankeflugt, tankeforstyrrelser, snørklet sprog, betydningsglidninger, neologismer, inkohærens, afasi, sprogfattigdom
Tankeindhold	Tvangstanker, hypokondri, selvforringende ideer, diffus selvhenførende eller mere systematiserede vrangforestillinger, bizarre ideer, påvirkningsfornemmelser, vrangagtige sansebe- drag, tanker om disintegration, depersonalisation, tankehørighed, tanketyveri, tanketomhed, tankepåføring
Perception	Hallucinationer på syn, hørelse, smags-, lugte- og følesans
Kognition	Koncentration (100-7-prøven), opmærksomhed, indprentnings- evne og hukommelse, lakuner, konfabuleringen
Intelligens	Kapacitet, ordforråd, evne til fantasieren, abstraktionsevne
Personlighed	Temperament og personlighedstræk: tilbagetrukket, genert, afhængig, selvcentreret, overlegen, per- tentlig, stædig, vedholdende, impulsiv, mistænksom, sær, kold og beregnerende

Boks 9.1. Kognitive test og intelligenstest

- WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)
- Ravens Progressive Matrices

Boks 9.2. Neuropsykologiske test vurderer

- Indlæringsevne og hukommelse
- Koncentrationsevne
- Motoriske færdigheder og hastighed
- Opfattelse af sanseindtryk, analyse og syntese af helheder
- Sproglige funktioner
- Evne til planlægning og problemløsning

Boks 9.3. Selvvurderingstest Personlighedstræk og personlighedsforstyrrelser

- MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory)
- DAPP (Dimensional Assessment of Personality Pathology)
- TCI (Tridimensional Character Inventory)
- MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 2. udgave)
- NEO-PI-R (Neuroticism, Extraversion, Openness Personality Inventory, Revised)
- IIP (Inventory of Interpersonal Problems)

Boks 9.4. Performancebaserede test Personlighedstræk

- Rorschach
- TAT
- MAPS
- Associationstesten
- Sætningsudfyldelsestest

Boks 9.5. Observatørbaseret rating Personlighedstræk og personlighedsforstyrrelser

- SCID-II: akse II i DSM-IV
- KAPP (Karolinska Psychodynamic Profile)
- AAI (Adult Attachment Interview)

Boks 9.6. Selvvurderingstest Symptomskalaer og diagnoser

- Almene symptomer: SCL-90 (Symptom Checklist)
- Depression: MDI (Major Depression Inventory)
- Depression: BDI (Bech Depression Inventory)
- Alkoholmisbrug: CAGE Questionnaire
- Angst: STAI (State-Trait Anxiety Inventory)
- Traumer: HTQ (Harvard Trauma Questionnaire)
- Spiseforstyrrelser: EDI (Eating Disorder Inventory)
- ADHD: ASRS (ADHD Symptom Rating Scale – selvrapportering)
- Impulsforstyrrelser: BSI-11 (Barratt Impulsiveness Scale)

Boks 9.7. Eksempler på Observatørbaseret rating Symptomskalaer og diagnoser

Diagnostik efter DSM-IV og ICD-10

- PSE-10 (Present State Examination, 10. udgave)
- SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)

Vurdering af skizofreni og affektive lidelser

- OPCRIT (OPerational CRITeria)

Vurdering af generelle psykopatologiske symptomer

- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)
- PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)
- SAPS/SANS (Scale Assessment of Positive (Negative) Symptoms)

Vurdering af depression

- Ham-D17 (Hamilton Depression Rating Scale, 17 items)
- MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale)
- GDS (Geriatric Depression Scale)

Vurdering af andre psykopatologiske tilstande

- Angsttilstande: CMDQ (Common Mental Disorder Questionnaire)
- Spiseforstyrrelser: EDE (Eating Disorder Examination)
- OCD: Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)
- ADHD: ASRS (ADHD Symptom Rating Scale)
CAARS (Connors Adult ADHD Rating Scale)
- Alkoholmisbrug: Audit (Alcohol use disorder identification test)
MAST (Michigan Alcoholism State Examination)
- Misbrug generelt: ASI (Addiction Severity Index)
- Demens: MMSE (Mini Mental State Examination)

Vurdering af risiko for vold

- HCR-20 (Assessing Risk for Violence, 20 items)

Global klinisk vurdering

- CGI-S (Clinical Global Impression Scale)

Vurdering af livskvalitet, social funktion

- WHO-5 (WHO-5 trivselsindeks)
- GAF-f (Global Assessment of Functioning)

Boks 10.1. Årsager til somatiske undersøgelser af psykiatriske patienter

- Diagnostisk udredning med henblik på at udelukke somatisk årsag til psykiatriske symptomer
- Diagnosticere somatisk komorbiditet
- Monitorering af medikamentel behandling og eventuelle bivirkninger
- Forskning i psykiatriske sygdommes neurobiologi

Boks 10.2. Eksempler på somatiske sygdomme/tilstande, der kan ledsages af psykiatriske symptomer

Neurologiske sygdomme	Infektiøse sygdomme	Mangelsygdomme	Toksiske tilstande
• Demenstilstande • Huntingtons chorea • Parkinsons sygdom • Dissemineret sklerose	• HIV • Neurosyfilis • CNS-infektioner • Tuberkulose	• Cobalaminmangel • Thiaminmangel	• CO-forgiftning • Forgiftning med/bivirkninger af medikamenter • Forgiftning med psykoaktive stoffer
Neuroplastiske sygdomme	Metaboliske/endokrine tilstande	Autoimmune sygdomme	
• Tumorer i CNS • Endokrine tumorer • Fæokromocytom	• Hypoglykæmi • Uræmi • Elektrolytforstyrrelser • Hepatisk encephalopati • Thyreoidealidelser • Parathyreoidealidelser	• SLE • Sarcoidose	

Boks 10.3. Standardudredning

Hæmatologi

Hæmoglobin, leukocytter, thrombocytter

Væsketal

Natrium, kalium, creatinin

Infektionsparametre

C-reaktivt protein

Levertal

Alaninaminotransferase (ALAT), basisk fosfatase

Stofskifte

Thyreoideastimulerende hormon (TSH)

Andet

Ioniseret calcium, blodsukker

Boks 10.4. Demensudredning

- Standardudredning
- „Rødt blodbillede“: erythrocytter, middelcellehæmoglobinkonc. (MCHC), middelcellevolumen (MCV)
- Carbamid
- Albumin
- Cobalamin
- Folat
- Total kolesterol, LDL og HDL, triglycerid
- HIV, WR (Wassermann-reaktion)

Boks 10.5. Akut organisk psykosyndrom

- Standardudredning
- Koagulationsfaktorer
- Albumin
- Magnesium
- Serum-ethanol
- A-punktur

Boks 10.6. Spiseforstyrrelser

- Standardudredning
- Phosphat, magnesium, jern, transferrin, zink
- Cobalamin
- Albumin
- Amylase

Boks 10.7. Alkoholmisbrug

- Standardudredning
- Koagulationsfaktorer
- Bilirubin, gammaglutamyl transferase
- Albumin
- Serum-ethanol (eller måling af alkohol-promille med alkometer)

Boks 10.8. Blodprøvekontrol ved medikamentel behandling

Antipsykotika	• Totalkolesterol, LDL, HDL, triglycerid, blodsukker
Clozapin	• Leukocytter og differentialtælling, thrombocytter
Litium	• Creatinin, thyroideastimulerende hormon (TSH), se-litium
Valproat	• Levertal (alaninaminotransferase (ALAT), basisk fosfatase, bilirubin), hæmoglobin, leukocytter, thrombocytter, koagulationsfaktorer amylase, creatinin

Boks 10.9. Psykofarmaka, der kan plasmamonitoreres

Antipsykotika	Antidepressiva	Stemningsstabiliserende	Andre
Haloperidol (Serenase)	Nortriptylin (Noritren)	Valproat (Deprakine)	Diazepam (Stesolid)
Perphenazin (Trilafon)	Amitriptylin (Saroten)	Oxcarbazepin (Trileptal)	Nitrazepam (Apodorm)
Zuklupentixol (Cisordinol)	Clomipramin (Anafranil)	Lamotrigen (Lamictal)	
Clozapin (Leponex)	Imipramin	Clonazepam (Rivotril)	
Penfluridol (Semap)	Citalopram (Cipramil)	Phenobarbital (Fenemal)	
Flupentixol (Fluanxol)	Escitalopram (Cipralex)	Topiramat (Topimax)	
Aripiprazol (Abilify)	Fluoxetin (Fontex)	Carbamazepin (Tegretol)	
Olanzapin (Zyprexa)	Sertralin (Zoloft)		
Risperidol (Risperdal)	Mirtazepin (Remeron)		
Quetiapin (Seroquel)	Venlafaxin (Efexor)		
Ziprasidon (Zeldox)	Litiumkarbonat (Litium)		

Boks 10.10. Eksempler på strukturelle forandringer påvist ved brainimaging ved forskellige sygdomme

Affektiv sygdom	• White matter hyperintensities (små beskadigelser af hvid substans, formentlig forårsaget af karlæsioner) • Generel atrofi • Reduceret volumen af specifikke områder af bl.a. hippocampus (relateret til varighed og antal af depressive episoder)
Skizofreni	• Forstørrede ventrikler • Atrofi af temporallapper, hippocampus, amygdala og frontallapper • White matter lesions (især sent i sygdommen)
Alkoholmisbrug	• Breddeøgede sulci • Forstørrede ventrikler
PTSD	• Atrofi af hippocampus • Ændring af anteriore cingulate cortex • Atrofi af corpus callosum

Boks 10.11. Eksempler på funktionelle ændringer påvist ved brainimaging ved en række psykiatriske sygdomme

Affektiv sygdom	• Nedsat blodgennemstrømning i præfrontal cortex • Nedsat serotonerg funktion • Ændringer i funktion af basalganglier og det limbiske system
Skizofreni	• Øget antal dopaminreceptorer • Øget dopaminfrigørelse ved psykotiske episoder udløst af centralstimulerende stoffer • Lav grad af dopaminblokada i præfrontal cortex hos skizofrene med høj grad af kognitive symptomer • Manglende aktivering af frontallapper ved kognitive test
Alkoholmisbrug	• Ændring i metabolisme i frontale regioner og cerebellum • Nedsat tæthed af dopamin-receptorer i nucleus caudatus og putamen
PTSD	• Ændringer i metabolisk aktivitet i „kredsløb“ mellem mediale præfrontale cortex og amygdala

Boks 11.1. De psykiatriske sygdomsbegreber

- Socialkonstruktivistisk (det konstru-
erede)
- Biomedicinsk (det påviselige)
- Fænomenologisk (det oplevede)

Boks 11.2. Formål med klassifikation

- Kommunikation mellem behandlere
- Opsamling og systematisering af viden
- Behandlingsplanlægning
- Uddannelse af behandlere
- Kortlægning af psykiske sygdommes forekomst
- Sundhedsplanlægning

Boks 11.3. Styrker og svagheder ved kategoriel klassifikation

Styrke

- Velkendt fra somatikken med de medicinske diagnoser
- Let at anvende
- Svarer til et heuristisk syn på fænomener
- Viden om ætiologi, sygdomsudvikling, forløb og prognose
- Kliniske beslutninger beror ofte på et enten-eller

Svagthed

- Overlap mellem kriterier for forskellige diagnoser
- Skaber en kunstig komorbiditet (samsygelighed)
- Ikke dækkende for alle syndromer
- Væsentlig forskellighed inden for samme diagnoser
- Arbitrære kriterier for overgang til sygdom
- Ikke videnskabeligt validerede

Boks 11.4. Styrker og svagheder ved dimensionel klassifikation

Styrke

- Intet informationstab
- Tillader beskrivelse af grader af psykopatologi
- Giver en mere individuel karakteristik af patienten
- Tillader beskrivelse af atypiske tilfælde
- Er lettere at bruge ved tilrettelæggelse af behandling

Svaghed

- Der er ikke enighed om, hvilke dimensioner man bør anvende
- Bliver let et låst system, når dimensioner er valgt
- Bryder med helhedsprincippet
- Er svær at kommunikere

Boks 11.5. Kriterier til vurdering af personlighedsmæssige egenskaber

- At have en kompleks, stabil og nøjagtig opfattelse af sig selv og andre (identitet)
- At kunne opretholde intime, stabile og tilfredsstillende relationer (objektrelationer)
- At kunne opleve og opfatte et fuldt register af alderssvarende følelser, både i sig selv og hos andre (affekttolerance)
- At kunne regulere impulser og følelser på en tilpasset og tilfredsstillende måde og være fleksibel i brugen af forsvars- og copingmekanismer (affektregulering)
- At leve i henhold til et vedvarende og modent moralsk kodeks (integration af overjeg, ideelt selvbillede, jeg-ideal)
- At anerkende hvis ikke ligefrem indrette sig efter konventionelle ideer om virkeligheden (virkelighedstestning)
- At kunne takle stress og komme sig over smertefulde begivenheder uden unødige besværligheder (jeg-styrke og resiliens)

Boks 11.6. Robins' & Guzes kriterier for diagnostisk validitet

- Klinisk beskrivelse
- Laboratorieprøver
- Afgrænsning fra andre sygdomme
- Forløb
- Familiestudier

Boks 11.7. Kriterier for validitet (testning)

- Kriterievaliditet
- Indholdsvaliditet
- Deskriptiv validitet
- Samstemmende validitet
- Prognostisk validitet

Boks 11.8. Brugere af de psykiatriske diagnoser

- Psykiateren og den kliniske psykolog
- Forskeren
- Det sociale sikringssystem
- Retsvæsenet
- Patienterne

Boks 11.9. Hovedkategorierne efter ICD-10 i voksenpsykiatri

- Organiske psykiske lidelser
- Psykisk lidelse forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
- Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser
- Affektive sindslidelser
- Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer
- Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
- Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd
- Mental retardering

Boks 11.10. Modificeret kort version af ICD-10 til brug for almen praksis

- Demens
- Delirium
- Alkoholmisbrug
- Medicinmisbrug
- Stofmisbrug
- Akut psykose
- Skizofreni
- Paranoia
- Bipolar affektiv sindslidelse
- Depression
- Blandet angst-depressionstilstand
- Generaliseret angsttilstand
- Lægeligt uforklarede somatiske symptomer
- Fobisk angst
- Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)
- Panikangst
- Dissociativ (konversions-) tilstand
- Seksuel dysfunktion
- Spiseforstyrrelse
- Neurasteni
- Belastningsreaktion
- Posttraumatisk stresstilstand (PTSD)
- Personlighedsforstyrrelse
- Søvnforstyrrelse

Boks 11.11. Undersøgelser, der giver viden om diagnosernes natur og gyldighed

- Followup-undersøgelser, hvor en kohorte af patienter følges over en årrække gennem brug af standardiserede forskningsinstrumenter, således at symptomatologien kan blive beskrevet detaljeret og forløbet belyst i forhold til standardiserede behandlingsprogrammer.
- Kliniske undersøgelser, primært randomiserede, hvor behandlingsformer kan blive efterprøvet over for velafgrænsede diagnostiske grupper.
- Tvillingeundersøgelser, hvor diagnostiske gruppers arvelighed kan udforskes ved monozygote og dizygote tvillinger.
- Familiestudier, hvor sygdomme optræder i familier.
- Molekylærgenetiske, neurofysiologiske, neuroanatomiske og neuropsykologiske undersøgelser af diagnostiske grupper.
- Kulturanthropologiske og sociologiske studier af sygdommes fremtrædelsesformer under forskellige etniske, geografiske, religiøse etc. betingelser.

Boks 12.1. Diagnostisk profil i psykiatrisk sygehusvæsen¹ og i psykiatrisk speciallægepraksis²

Diagnoser	Indlagte ³ (n = 24.126) %	Sygehusambulatorier ⁴ (n = 79.619) %	Speciallægepraksis ⁵ (n = 5.009) %
Organiske psykiatriske lidelser	6,6	15,5	1,6
Psykiske lidelser ved misbrug	13,8	2,3	2,2
Skizofreni	19,3	10,8	1,6
Andre skizofrenilignende sygdomme	8,6	5,2	2,5
Bipolar affektiv sygdom	7,9	3,8	4,6
Andre affektive sygdomme	19,3	15,7	43,4
Nervøse lidelser	12,8	15,1	30,9
Adfærdsforstyrrelser	1,2	3,6	1,1
Personlighedsforstyrrelser	5,3	6,6	7,4
Mental retardering	0,5	2,3	0,4
Psykiske udviklingsforstyrrelser	0,7	4,6	0,3
Børne-/ungdomspsykiatriske lidelser	1,0	9,1	3,0
Andre psykiske lidelser	2,8	5,0	1,0
Ingen diagnose	0,2	0,4	

1. KILDE: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

2. KILDE: Quality Assurance Database in (Danish) Private Psychiatric Practice

3. Alle med mindst én indlæggelsesdag i 2007, sidste diagnose ved flere indlæggelser

4. Alle med mindst ét ambulant besøg i 2007, sidste diagnose ved flere behandlingsperioder

5. Alle med mindst ét ambulant besøg i 2007 ved en af de deltagende speciallæger, sidste diagnose ved flere behandlingsepisoder

**Boks 12.2. Epidemiologisk basisviden – med skizofreni som eksempel
(alle værdier er cirkatal)**

Incidens	15-20/100.000
Prævalens	0,5 %
Livstidsprævalens	0,5-0,6 %
Sygdomsrisiko	1 %
1. gradsslægtnings livstidsrisiko	10 %
SMR	1,3-1,4
Livstidsselvmondsrisiko	15 %
Geografi (prævalens)	
• Landområde: provinsby: metropol	1: 2: 4
Prognose	
• Bliver rask	20 %
• Bliver bedre, med tilbagefald	60 %
• Langtidssyg	20 %

Boks 13.1. ICD-10-kriterier for Demens (F00-F03)

I (1) Svækkelse af hukommelsen, især for nyere data

(2) Svækkelse af andre kognitive funktioner (abstraktion, dømmekraft, tænkning, planlægning)

Mild: interfererer med normale dagliglivsaktiviteter

Moderat: kan ikke klare sig uden hjælp fra andre

Svær: kontinuerlig pleje og overvågning nødvendig

II Bevaret bevidsthedsklarhed i et omfang tilstrækkeligt til at bedømme I

III Svækkelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med ≥ 1 af følgende:

(1) emotionel labilitet

(2) irritabilitet

(3) apati

(4) forgrovet social adfærd

IV Varighed ≥ 6 måneder

Boks 13.2. Nogle årsager til demens

Neurodegenerative

- Alzheimers sygdom
- Lewy body demens/Parkinsons sygdom
- Frontotemporale demensformer
- Progressiv supranukleær parese
- Corticobasal degeneration
- Amyotrof lateralsklerose
- Multipel systematrofi
- De cerebellare degenerative sygdomme
- Huntingtons chorea

Vaskulære

- Multiple infarkter
- Få strategiske infarkter
- Binswangers sygdom
- Følger af hjerneblødning
- Hypoksisk/iskæmiske følger (fx hjerte-stop)
- Vaskulitis (fx lupus, polymyalgia reumatica)

Infektiøse

- Encephalitis/meningitis
- AIDS-associeret demens
- Creutzfeldt-Jakobs sygdom
- Syfilis

Rumopfyldende processer

- Tumorer
- Hydrocephalus

Andre

- Dissemineret sklerose
- Alkohol/forgiftninger
- Kranietraumer
- Wilsons sygdom
- Vitaminmangel (fx thiamin, folat, B12)

Boks 13.3. Mini Mental State Examination (MMSE)

	Orientering	Point
1	Tid: Hvilket år? årstid? dato? ugedag? måned?	5
2	Sted: Hvor er vi? land? by? bydel? gade? etage?	5
	Registrering	
3	Nævn tre genstande. Brug et sekund til hver. Bed så patienten gentage alle tre. Giv et point for hvert rigtigt svar. Med henblik på senere genkaldelse gentages alle tre ord, indtil de er lært.	3
	Opmærksomhed og regning	
4	100-7 testen: Bed patienten trække 7 fra 100 og efterfølgende 7 fra resultatet 5 gange (93, 86, 79, 72, 65). Alternativt stav penge bagfra. 1 point for hvert rigtigt svar.	5
	Genkaldelse	
5	Bed patienten gentage de tre ord fra registreringsopgaven. 1 point for hvert rigtigt ord.	3
	Sprog, praksis og konstruktion	
6	Patienten benævner forevist blyant og ur.	2
7	Gentag følgende sætning: Ingen hvis'er, og'er eller men'er!	1
8	Følg en tretrins-ordre: Tag papiret i højre hånd, fold det på midten, og læg det på gulvet!	3
9	Patienten instrueres: Læs og adlyd dette! og vises en tekst med opfordringen: Luk øjnene!	1
10	Giv patienten blyant og papir, og bed ham skrive en hel sætning efter eget valg.	1
11	Vis patienten en tegning af to delvist overlappende identiske femkanter, og bed ham kopiere den nøjagtigt.	1
	Maksimumpoint	30

Boks 13.4. ICD-10-kriterier for Organisk amnestisk syndrom (F04)

A. (1) defekt korttidshukommelse i en grad, der interfererer med dagliglivsaktiviteter
(2) reduceret langtidshukommelse

B. Fravær af:

- (1) defekt umiddelbar genkaldelse
- (2) bevidsthedsforstyrrelse
- (3) demens

C. Objektiv eller anamnestisk evidens for relevant hjerneorganisk lidelse, undtagen alkoholisk encephalopati

Boks 13.5. ICD-10-kriterier for Delirium (F05)

A. Bevidsthedsuklarhed i form af nedsat opfattelse af omgivelserne (apperception) og svækket opmærksomhed (vigilitet og tenacitet)

B. Kognitive forstyrrelser:

- (1) svækkelse af umiddelbar genkaldelse og korttidshukommelse med relativt velbevaret langtidshukommelse
- (2) desorientering i tid, sted og egne data

C. Psykomotorisk forstyrrelse med ≥ 1 af følgende:

- (1) hurtige skift fra hypo- til hyperaktivitet
- (2) øget reaktionstid
- (3) øget eller nedsat talestrøm
- (4) tendens til sammenfaren

D. Forstyrret nattesøvn med ≥ 1 af følgende:

- (1) søvnløshed eller inverteret søvnrytme
- (2) natlig forværring af symptomerne
- (3) urolige drømme og mareridt, evt. med hypnopompe hallucinationer eller illusioner

E. Akut indsætten og fluktuerende forløb

F. Evidens for hjerneorganisk ætiologi

Boks 13.6. Vigtige årsager til delirium

Prædisponerende faktorer

- Høj alder
- Demens
- Kronisk sygdom
- Sansedefekter
- Alkoholafhængighed
- Benzodiazepinafhængighed

Ekstrakranielle sygdomme

- Urinvejs- eller lungeinfektion
- Mave- eller tarminfektioner og diarré
- Sepsis
- Nyre-, lever- eller hjerteinsufficiens
- Thyreoidealidelse
- Hypo- eller hyperglykæmi
- Hypoksi eller hyperkapni
- Vitaminmangel (specielt thiamin)
- Elektrolytforstyrrelse
- Anæmi
- Hypoalbuminæmi
- Dissemineret cancer

Intrakranielle sygdomme

- Meningitis, encephalitis, absces
- Hovedtraume
- Apopleksi (infarkt, blødning)
- Subduralt hæmatom
- Tumorer
- Epilepsi

Farmaka og giftstoffer

- Antikolinerge farmaka (især mange psykofarmaka)
- Digoxin
- Barbiturater
- Benzodiazepiner (+abstinens)
- Polyfarmaci
- Alkohol (+abstinens)
- Opiater
- Kulilte

Stressfaktorer

- Operation (+langvarig anæstesi)
- Immobilisation
- Søvndeprivation
- Smerte
- Fremmede omgivelser (især hos ældre)
- Psykisk sygdom

Boks 14.1. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brugen af alkohol

- Akut intoksikation
- Skadelig brug
- Afhængighedssyndrom
- Abstinensstilstand
- Delirøs abstinensstilstand
- Psykotisk tilstand
- Amnestisk syndrom
- Residualtilstande

Boks 14.2. ICD-10- kriterier for Alkoholafhængighed (F 10.2)

Ifølge ICD-10 er man afhængig, hvis man opfylder tre af nedenstående 6 kriterier:

- (1) trang („craving“)
- (2) svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
- (3) abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse
- (4) toleransudvikling
- (5) dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- (6) vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

Boks 14.3. ICD-10-kriterier for Skadeligt brug (F 10.1)

A. Fysisk eller psykisk skade

B. Skaden er klart påviselig

**C. Varighed mindst 1 måned eller
gentagne gange inden for 1 år**

**D. Symptomerne opfylder ikke kriterierne
for nogen anden alkoholrelateret psykia-
trisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse
bortset fra akut intoksikation**

V

Boks 14.4. DSM-IV-kriterier for alkoholmisbrug

Et eller flere af nedenstående kriterier skal være opfyldt inden for de sidste 12 måneder. Herudover må den pågældende aldrig have opfyldt DSM-IV-kriterierne for afhængighed.

- (1) Fortsat alkoholforbrug på trods af vedvarende eller gentagne problemer med sociale relationer.
- (2) Gentagen indtagelse af alkohol i situationer, hvor alkoholforbrug er fysisk farligt, fx ved bilkørsel eller betjening af maskiner.
- (3) Gentagent alkoholforbrug, der forhindrer varetagelse af vigtige rolleforpligtelser på arbejde, i skole eller hjemme.
- (4) Fortsat alkoholforbrug på trods af gentagne alkoholrelaterede problemer med overtrædelse af lovgivning.

Boks 14.5. Abstinenssyndromet i henhold til DSM-IV

A. Ophør eller nedsættelse af et stort eller langvarigt alkoholforbrug.

B. To eller flere af følgende symptomer udviklet inden for få timer til få dage efter A:

1. Autonom hyperaktivitet (sved eller puls >100)
2. Øget håndtremor
3. Søvnproblemer
4. Kvalme og opkastning
5. Forbigående syns-, berørings- eller hørehallucinationer eller -illusioner
6. Psykomotorisk agitation
7. Angst
8. Kramper

C. Symptomerne skal medføre oplevet ubehag eller funktionsnedsættelse.

D. Symptomerne må ikke være forårsaget af andre medicinske tilstande eller psykiatriske lidelser.

Boks 14.6. ICD-10-kriterier for Amnestisk syndrom fremkaldt af alkohol og andre psykoaktive stoffer (F10.6)

A.

- (1) Defekt korttidshukommelse i en grad, der interfererer med dagliglivsaktiviteter
- (2) Reduceret langtidshukommelse

B. Fravær af:

- (1) defekt umiddelbar genkaldelse (1-3 min.)
- (2) bevidsthedsforstyrrelse
- (3) demens

C. Ingen objektiv eller anamnestisk evidens for relevant hjerneorganisk lidelse, undtagen alkoholisk encefalopati

Boks 14.7. AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)

En pointsum på 8 eller derover taler for, at den pågældende har et alkoholproblem. Høje pointsummer i de tre første spørgsmål taler for sundhedsskadeligt forbrug, høje point i spørgsmål 4-6 taler for alkoholafhængighed, mens høje point i de resterende spørgsmål taler for skadeligt brug.

	Scoring	0	1	2	3	4
De første spørgsmål handler om dine vaner i den seneste tid						
1	Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol? (Hvis svaret er aldrig, så gå til spm. 4.)	Aldrig	Højst én gang om måneden	2-4 gange om måneden	2-3 gange om ugen	4 gange om ugen eller oftere
2	Hvor mange genstande drikker du almindeligvis, når du drikker noget?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere
3	Hvor tit drikker du seks genstande eller flere ved samme lejlighed?	Aldrig	Ikke hver måned	Månedligt	Ugentligt	Næsten dagligt eller dagligt
De næste fem spørgsmål handler om dine alkoholvaner inden for det sidste år						
4	Har du inden for det sidste år oplevet, at du ikke kunne stoppe, når du først var begyndt at drikke?	Nej	Ikke hver måned	Månedligt	Ugentligt	Næsten dagligt eller dagligt
5	Har du inden for det sidste år oplevet, at du ikke kunne gøre det, du skulle, fordi du havde drukket?	Nej	Ikke hver måned	Månedligt	Ugentligt	Næsten dagligt eller dagligt
6	Har du inden for det sidste år været nødt til at tage en lille én om morgenen, efter at du havde drukket meget dagen før?	Nej	Ikke hver måned	Månedligt	Ugentligt	Næsten dagligt eller dagligt
7	Har du inden for det sidste år haft dårlig samvittighed eller fortrudt, efter at du havde drukket?	Nej	Ikke hver måned	Månedligt	Ugentligt	Næsten dagligt eller dagligt
8	Har du inden for det sidste år oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket?	Nej	Ikke hver måned	Månedligt	Ugentligt	Næsten dagligt eller dagligt
De sidste to spørgsmål handler om dine alkoholvaner gennem livet						
9	Er du selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi du havde drukket?	Nej		Ja, men ikke det seneste år		Ja, inden for det sidste år
10	Har nogen i familien, en ven, en læge eller andre været bekymret over dine alkoholvaner eller foreslået dig at skære ned?	Nej		Ja, men ikke det seneste år		Ja, inden for det sidste år

Boks 14.8. Modificeret CAGE-spørgeskema

Positiv test defineres som to positive svar i spørgsmål 1-5 eller et positivt svar i spørgsmål 1-5 + > 3 dage om ugen i spørgsmål 5

	Sæt kryds	Ja	Nej					
1	Har du <i>inden for det sidste år</i> følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?							
2	Er der nogen, der <i>inden for det sidste år</i> har „brokket“ sig over, at du drikker for meget, fx samlever, børn, chef, arbejdskolleger, venner og bekendte?							
3	Har du <i>inden for det sidste år</i> følt dig skidt tilpas eller skyldig pga. dine alkoholvaner?							
4	Har du <i>inden for det sidste år</i> jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at „berolige nerverne“ eller blive „tømmermændene“ kvit?							
	Sæt kryds	0-1 dag	2 dage	3 dage	4 dage	5 dage	6 dage	7 dage
5	Hvor mange dage om ugen bruger du alkohol?							
	Sæt kryds	Ja	Nej					
6	Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?							
7	Uanset dine svar på ovenstående, er du så interesseret i en samtale med en alkoholbehandler om dit alkoholforbrug?							

Boks 14.9. Den hyppigste psykiatriske komorbiditet hos patienter med alkoholafhængighed

- Angstlidelser
- Depression
- Personlighedsforstyrrelser
- ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
- PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)

Boks 14.10. Alkoholrelateret dødelighed og sygelighed i Danmark

3.000 dødsfald per år
5 % af alle dødsfald

Mænd: 50.000 tabte leveår
Kvinder: 20.000 tabte leveår
Reduktion i middellevetid

- Mænd: 1 år 4 måneder
- Kvinder: 6-7 måneder

Alkohol dødsfald¹

- Mænd: mister 23 år
- Kvinder: mister 24 år

Reduktion i QUALY²

- Mænd: 5,1 år
- Kvinder: 3,3 år

Alkoholrelateret sygelighed

- 28.000 hospitalsindlæggelser
- 10.000 skadestuebesøg
- 72.000 ambulante besøg
- 150.000 ekstra kontakter med egen læge
- 325.000 ekstra sygedage

500 førtidspensioner

Økonomiske konsekvenser

- Merforbrug i sundhedsvæsenet:
947 mio. kroner, netto: 597 mio. kroner
- Produktionstab:
human kapital: 7.229 mio. kroner
friktion: 585 mio. kroner

¹Alkohol dødsfald er dødsfald direkte forårsaget af alkohol, dvs. cirrose, alkoholisme, pankreatitis og forgiftning.

²QUALY = kvalitetsjusterede leveår.

KILDE: Tal fra Juel m.fl. (2006)

**Boks 15.1. Psykiske lidelser og
adfærdsmæssige forstyrrelser
forårsaget af brugen af stoffer
ifølge ICD-10**

- Akut intoksikation
- Skadelig brug
- Afhængighedssyndrom
- Abstinenstilstand
- Delirøs abstinenstilstand
- Psykotisk tilstand
- Amnestisk syndrom
- Residualtilstande

**Boks 15.2. ICD-10-kriterier for
diagnosen Skadeligt brug (F1x.1)**

A. Fysisk eller psykisk skade
(herunder skadet dømmekraft og adfærd)

B. Skaden klart påviselig

**C. Varighed mindst 1 måned eller gen-
tagne gange inden for 1 år**

D. F1x.2-.9 udelukkes

Boks 15.3. ICD-10- kriterier for diagnosen Afhængighedssyndrom (F1x.2)

≥ 3 af følgende samtidigt i mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år:

A.

- (1) trang („craving“)
- (2) svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
- (3) abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse
- (4) toleransudvikling
- (5) dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- (6) vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

Boks 15.4. Misbrug og risici for psykiatriske følgetilstande

	Afhængighedssyndrom	Skadeligt brug	Forgiftning	Abstinensstilstand	Delirøs forgiftningstilstand	Delirøs abstinensstilstand	Demens	Amnestisk syndrom	Psykotisk tilstand	Stemmingsforstyrrelse	Angsttilstande	Seksuel dysfunktion	Søvnforstyrrelser
Amfetamin	x	x	x	x					x	x	x	x	x
Cannabis	x	x	x	x	x				x		x		x
Kokain	x	x	x	x	x				x	x	x	x	x
Hallucinogener	x	x	x		x				x*	x	x		
Opløsningmidler	x	x	x		x		x		x	x	x		
Opioider	x	x	x	x	x				x	x		x	x
Sedativa, hypnotika eller anxiolytika	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Note: x indikerer, at lidelsen (forstyrrelsen) indgår i ICD-10
 * inkluderer tilbagevendende hallucinationer (flashbacks)

Boks 15.5. Livstidsprævalensen af stof- og/eller alkoholmisbrug/-afhængighed i forskellige patientkategorier (USA 1990)

	Stofmisbrug/-afhængighed	Alkoholmisbrug/-afhængighed	Stof- og/eller alkoholmisbrug/-afhængighed
Normalbefolkningen	6,1 %	13,5 %	16,7 %
Skizofreni	27,5 %	33,7 %	47,0 %
Depression	18,0 %	16,5 %	27,2 %
Bipolare forstyrrelser	33,6 %	43,6 %	56,1 %
Angstlidelser	11,9 %	17,9 %	23,7 %
Obsessive-kompulsive tilstande	18,4 %	24,0 %	32,8 %

Boks 15.6. Brug af hash og andre illegale rusmidler i aldersgruppen 16-44 år

	1994	2000	2005	2008
Hash nogensinde	37,2 %	42,4 %	46,1 %	45,1 %
Hash det sidste år	7,4 %	9,8 %	8,4 %	9,1 %
Andre illegale stoffer end hash nogensinde	4,4 %	11,3 %	13,5 %	13,4 %
Andre illegale stoffer end hash det sidste år	0,5 %	3,4 %	2,7 %	3,6 %

KILDE: Sundhedsstyrelsen (2008a)

Boks 15.7. Brug af illegale stoffer i aldersgruppen 16-24 år

	Seneste år (2008)	Nogensinde
Hash	21,3 %	41,1 %
Amfetamin	5,4 %	10,2 %
Kokain	5,6 %	9,2 %
Psilocybinsvampe	1,1 %	3,6 %
Ecstasy	2,3 %	5,1 %
Lsd	0,2 %	1,1 %
Heroin	0,0 %	0,3 %
Andre stoffer (ketamin, GHB, m.fl.)	2,3 %	1,8 %
Andre illegale stoffer end hash, i alt	8,0 %	14,2 %

KILDE: Sundhedsstyrelsen (2008a)

Boks 15.7. Misbrug og andre problemer

Unge med hashmisbrug/-afhængighed har samtidig:

- 37 % alkoholmisbrug
- 25 % stofmisbrug
- 14 % depression
- 13 % angst
- 53 % adfærdsforstyrrelser
- 38 % ADHD
- 83 % kriminalitet
- 57 % vanrøgt eller seksuelle overgreb
- 5 % ingen andre problemer

Boks 15.8. De væsentligste metoder i behandlingen

- Case-management
- Psykosocial rådgivning baseret på metoder med dokumenteret effekt strækkende sig fra kortvarig rådgivning til længerevarende psykoterapeutiske forløb.
- Medikamentel behandling. Afgiftning og substitutionsbehandling. Behandling af somatiske og psykiske lidelser.
- Omsorg. Tag over hovedet, mad og social kontakt.

Boks 16.1. ICD-10-kriterier for Skizofreni (F20)

I ≥ 1 førsterangssymptomer (FRS) eller vedvarende „bizarre“ vrangforestillinger eller	Førsterangssymptomer Tankepåvirkningsoplevelser • Tankefradrag • Tankeudspredning • Tankepåføring • Tankehørighed	Bizarre vrangforestillinger Vrangforestillingens indhold er • åbenlyst absurd, fuldstændig umuligt eller højst usandsynligt og kulturelt uacceptabelt
II ≥ 2 af følgende: • Vedvarende hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt indhold • Sproglige tankeforstyrrelser • Kataton adfærd • Negative symptomer	3. persons hørelsesshallucinationer • Kommenterende stemmer • Diskuterende stemmer Styringsoplevelser • Påførte handlinger • Påførte viljesimpulser • Påførte følelser	Negative symptomer • Træghed • Sløvhed • Affektaffladning • Initiativløshed • Passivitet • Sprogfattigdom • Kontaktforringelse • Manglende fremdrift • Tom eller formålsløs adfærd • Indsynken i sig selv • Social tilbagetrækning
III Varighed ≥ 1 måned	Legemlige påvirkningsoplevelser	
IV Udelukkes: • Primær affektiv sindslidelse • Organisk ætiologi	Vrangagtige sansningsoplevelser	

Boks 17.1. De psykotiske tilstande

- Skizofrenierne (se kapitel 16)
- Psykoser ved mani og depression (se kapitel 18)
- Stof- og abstinenspsykoser (se kapitel 14 og 15)
- Organiske psykoser (se kapitel 13)
- De akutte forbigående psykoser
- De skizoaffektive psykoser
- De paranoide psykoser

Boks 17.2. Historiske rødder til Akutte forbigående psykoser

- **1876 Westphal**
Paranoia acuta
- **1885 Magnan & Legrain**
Bouffée delirante
- **1911 Bleuler**
Acute-onset forms of schizophrenia
- **1913 Jaspers**
Reactive states
- **1916 Wimmer**
Psychogenic psychoses
- **1933 Kasanin**
Acute schizoaffective psychoses
- **1939 Langfeldt**
Schizophreniform psychoses
- **1957 Leonhard**
Cycloid psychoses
- **1986 Strömberg**
- **1987 Retterstøl**
Reactive psychoses

Boks 17.3. ICD-10-kriterier for Akutte forbigående psykoser (F23)

I Akut udvikling inden for 2 uger af ét eller flere af følgende:

- (1) vrangforestillinger
- (2) hallucinationer
- (3) uforståelig eller usammenhængende tale

II Eventuelt forbigående forvirring, mistydning eller svækkelse af opmærksomhed eller koncentration ikke så udtalt som ved delirium (F05)

III Affektiv sindslidelse ikke til stede

IV Psychoaktivt stof-betinget tilstand ikke til stede

V Organisk ætiologi udelukkes

Boks 17.4. ICD-10-kriterier for Skizoaffektiv psykose (F25)

I Kriterierne for mani eller depressiv enkeltepisode af middelsvær eller svær grad opfyldte

II Mindst 1 symptom i ≥ 2 uger af følgende:

- (1) førsterangssymptomer (FRS)
- (2) „bizarre“ vrangforestillinger
- (3) irrelevant, inkohærent 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

Boks 17.5. Fælles fremtrædende forhold ved alle former for paranoide psykoser

- Personen opfatter sine forestillinger som indlysende rigtige
- Forestillingerne har væsentlig personlig betydning for den pågældende
- Personen er fuldkommen overbevist om forestillingernes rigtighed, lader sig på ingen måde røkke eller tale til fornuft
- Forestillingens indhold er usandsynligt
- Forestillingen deles ikke af andre med samme kulturelle og socio-økonomiske baggrund
- Forestillingen har en ekstraordinær og overdreven indflydelse på personens samlede liv
- Personen kan til tider virke bister, bitter tillukket og hemmelighedsfuld om sine tanker
- Personen kan fremstå bedrevidende og arrogant over for ignoranter, som ikke kan indse „realiteter“
- Personen kan opfatte og udtrykke andres afvisning af forestillingerne som en bekræftelse på deres rigtighed
- Personen søger i bemærkelsesværdig grad at undgå at skulle føre beviser for sine forestillinger

Boks 17.6. Typer af paranoia i den amerikanske klassifikation

- Forfølgelsesforestillinger
- Jalousiparanoia
- Erotomani (indbildt forelskelse)
- Somatisk (hypokonder) paranoia
- Storhedsforestillinger

Boks 17.7. Karakteristika ved patologisk jalousi

- Jalousitanker og -adfærd er overdrevne i udtryk og intensitet
- Den jaloux er helt overbevist om partnerens skyld, men for andre er beviserne tvivlsomme
- I en del tilfælde har den jaloux person enten psykiatrisk lidelse, som kan forklare den abnorme jalousireaktion, eller personlighedstræk som mistænksomhed eller overdreven besiddertrang
- Jalousien er uberettiget og forstærker sig selv
- Patologisk jalousi retter sig sædvanligvis mod en bestemt person

Boks 17.8. ICD-10-kriterier for Skizotypi (F21)

A. 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, omstændelig, metaforisk, kunstig eller stereotyp tankegang og tale
- (9) mikropsykotiske episoder med intense illusioner, hallucinatoriske oplevelser eller vragt ideer, sædvanligvis optrædende uden ydre provokation.

Boks 18.1. De affektive lidelser

Enkeltepisode	Episodisk forløb	Kronisk forløb
1. Depressiv enkeltepisode	3. Tilbagevendende depression	5. Dystymi
2. Manisk enkeltepisode	4. Bipolar lidelse	6. Cyklotymi

Boks 18.2. ICD-10-kriterier for Depressiv episode uden psykotiske symptomer (F32.0)

A. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldte

B. Mindst 2 (alle 3 ved svær depression) af følgende depressive kernesymptomer:

- (1) nedtrykthed
- (2) nedsat lyst eller interesse
- (3) nedsat energi eller øget trætheds

C. Mindst 2 (4 ved moderat og 5 ved svær depression) af følgende depressive ledsagesymptomer:

- (1) nedsat selvtillid eller selvfølelse
- (2) selvbefrydelse eller skyldfølelse
- (3) tanker om død eller selvmord
- (4) tænke- eller koncentrationsbesvær
- (5) agitation eller hæmning
- (6) søvnforstyrrelser
- (7) appetit- og vægtændring

Boks 18.3. ICD-10-kriterier for Dystymi (F 34.1)

A. Varighed $\geq$ 2 år med konstant eller hyppigt tilbagevendende depressiv forstemning

B. Kriterierne for moderat eller svær depressiv episode ikke opfyldte inden for 2-årsperioden

C. Ingen hypomane episoder

D. Depressiv forstemning med $\geq$ 3 af følgende symptomer:

- (1) nedsat aktivitet eller energi
- (2) søvnbesvær
- (3) nedsat selvtillid eller utilstrækkelighedsfølelse
- (4) koncentrationsbesvær
- (5) lethed til tårer
- (6) interessesvækkelse eller glædesløshed, nedsat libido
- (7) håbløshedsfølelse
- (8) uoverkommelighedsfølelse
- (9) pessimistisk indstilling eller rugen over fortiden
- (10) indadvendthed
- (11) fåmælted

Boks 18.4. Hvordan opstår depression?

Depression synes at opstå i et komplekst samspil mellem:

- Arvelige forhold
- Opvækstvilkår
- Personlighed
- Stress og psykosociale traumer
- Evne til at håndtere stress
- Netværk og social/kulturel/religiøs kontekst

Boks 18.5. Indikationer for ECT

Absolutte indikationer for ECT

- Depressiv stupor
- Akut suicidalfare
- Behandlingsresistens

Relative indikationer

- Behov for hurtig indsættende virkning
- Udtalt forpintethed
- Depressive vrangforestillinger
- Melankoliiform depression
- Hjerte-kar-sygdomme

Boks 18.5. Definition på Bipolar affektiv lidelse ifølge ICD-10 (F31)

- Forekomst af mindst to sygdomsepisoder, hvoraf mindst den ene skal være en mani, hypomani eller blandingstilstand.
- Patienter, som har haft gentagne episoder af hypomani eller mani, men ikke depressive episoder, klassificeres også som bipolare.

Boks 18.6. ICD-10-kriterier for en Manisk episode (F30.1 eller F30.2)

(F30.1) Manisk enkeltepisode uden psykotiske symptomer

A. Opstemthed, eksaltation, eller eretisme $\geq$ 1 uge eller indlæggelse nødvendig

B. $\geq$ 3 (4 ved eretisk stemning) af følgende med udtalt påvirkning af dagliglivsfunktioner:

- (1) hyperaktivitet, rastløshed, uro
- (2) talepres
- (3) tankeflugt
- (4) hæmningsløs adfærd
- (5) nedsat søvnbehov
- (6) øget selvfølelse, grandiositet
- (7) distraktibilitet eller usamlethed
- (8) hensynsløs, uansvarlig adfærd
- (9) øget sex-drift

C. Ingen hallucinationer eller vrangforestillinger

D. Organisk ætiologi udelukkes

(F30.2) Manisk enkeltepisode med psykotiske symptomer

A. Mani-kriterierne opfyldte (undtagen C)

B. Vrangforestillinger eller hallucinationer til stede, undtagen FRS og „bizarre“ vrangforestillinger

C. Opfylder ikke samtidigt kriterierne for skizofreni eller skizo-affektiv psykose

D. Organisk ætiologi udelukkes

Boks 18.7. ICD-10-kriterier for en Hypomanisk episode (F30.0)

A. Løftet eller irriteret stemningsleje $\geq$ 4 dage

B. $\geq$ 3 af følgende, med nogen påvirkning af dagliglivsfunktioner:

- (1) øget aktivitet eller rastløshed
- (2) øget taletrang
- (3) koncentrationsbesvær eller letafledelighed
- (4) nedsat søvnbehov
- (5) øget seksuel energi
- (6) købetrang, overmodig adfærd
- (7) øget selskabelighed, overfamiliaritet

C. Opfylder ikke kriterier for mani eller anden affektiv sindslidelse eller tilstand

D. Organisk ætiologi udelukkes

Boks 18.8. ICD-10-kriterier for Cyklotymi (F34.0)

A. Varighed $\geq$ 2 år med stemningssvingninger i begge retninger

B. Kriterierne for mani, moderat eller svær depressiv episode eller blandingstilstand ikke opfyldte inden for den 2-årige periode

C. Subdepressive perioder med $\geq$ 3 af følgende symptomer:

- (1) nedsat energi og aktivitet
- (2) søvnbesvær
- (3) nedsat selvtillid, utilstrækkelighedsfølelse
- (4) koncentrationsbesvær
- (5) indesluttethed
- (6) interessesvækkelse, glædesløshed, nedsat libido
- (7) fåmæltthed
- (8) pessimistisk indstilling eller rugen over fortiden

D. Hypomane episoder med $\geq$ 3 af følgende symptomer:

- (1) øget energi eller aktivitet
- (2) nedsat søvnbehov
- (3) øget selvfølelse
- (4) skærpet eller usædvanligt kreativ tænkeevne
- (5) øget selskabelighed
- (6) øget taletrang, vittig munterhed
- (7) øget livsglæde og interesser, øget libido
- (8) over-optimistisk indstilling

Boks 18.9. Mistanke om bipolar lidelse hos patient med depression

- Bipolar lidelse i familien
- Patienten har haft mere end tre depressioner
- Tidlig debut af depression (< 25 år)
- Gentagne korte depressive episoder
- Udvikling af hypomani ved behandling med antidepressiv medicin
- Fødselsdepression

Boks 18.10. Andre situationer, hvor der kan være mistanke om bipolar lidelse

- Affektiv lidelse i familien (depressiv eller bipolar lidelse)
- Gentagne skilsmitter
- Gentagne umotiverede jobskift
- Store og umotiverede indkøb
- Pludselige rejser
- Fødselspsykose er oftest mani eller blandingstilstand
- Alkohol- og stofmisbrug (herunder kokain)
- Hypomani udviklet i forbindelse med prednisonbehandling eller anden medicinsk behandling

**Boks 18.11. Langtidsforløb hos
patienter med bipolar lidelse,
på trods af behandling**

**146 patienter med bipolar lidelse fulgt
prospektivt i gennemsnitligt 12,8 år:**

- Affektive symptomer i 47,3 % af ugerne
- Depressive symptomer i 31,9 % af ugerne
- Maniske symptomer i 8,9 % af ugerne
- Blandingssymptomer i 5,9 % af ugerne

KILDE: Judd m.fl. (2002)

Boks 18.12. Litiumbehandling

Kontraindikationer

- Nyreinsufficiens, hjerteinsufficiens
- Forsigtighed i **risikosituationer**: somatisk sygdom med feber, større kirurgiske indgreb, forstyrrelse i væske- og elektrolytbalance (diuretika, slankekure, dehydrering)

Risiko-patienter

- Ældre skal monitoreres tættere, da de muligvis er mere påvirkelige af høje serum-litium-værdier
- Fertile kvinder i litiumbehandling bør anvende antikonception, da behandling med litium under første trimester er forbundet med øget risiko for fosterskader (Ebsteins anomali). Behandling med litium under graviditet er en specialistopgave, som bør foregå i special-klinikker

Interaktioner

- NSAID, ACE-hæmmere og diuretika nedsætter renal udskillelse og øger se-litium

Forprøver

- Serum-kreatinin, TSH, EKG

Dosering

- Start med 600 mg litiumcarbonat x 1 aften (ved normal serum-kreatinin). Serum-litium: 0,6–0,8 mmol/l (for enkelte patienter dog: 0,9–1,0 mmol/l)

Monitorering

- Serum-kreatinin og serum-litium tages en gang ugentligt de første uger og herefter hver 3. måned. Der er ligefrem proportionalitet mellem dosis og serumkoncentration. TSH kontrolleres halvårligt
- **Seponering** af litium bør om muligt foregå over mindst to til fire uger og gerne over adskillige måneder, idet flere undersøgelser tyder på, at hurtig seponering øger risikoen for affektivt recidiv

Boks 19.1. Angstens udtryksformer

Fysiologisk reagerer kroppen ved at gå i alarmberedskab med øget udskillelse af kortisol og adrenalin, stigende puls og blodtryk osv. som led i en motorisk kamp/flugt-reaktion.

Følelsesmæssigt viser angsten sig som uro, anspændthed eller panik blandet med vrede, skam eller depressive følelser.

Kognitivt viser angsten sig ved tanker og forestillinger om den faretruende situation, mulige undvigelsesmanøvrer og dens konsekvenser, også på det mentale plan. Disse forestillinger kan være vage og diffuse, men også lysende klare og realistiske.

Adfærdsmæssigt kan angsten dels vise sig i kropsholdning, ansigtsudtryk m.m., dels som undgåelsesadfærd (flugt eller andre fysiske undvigelsesmanøvrer) eller kampadfærd, der sigter mod at undgå eller imødegå den oplevede eller forestillede truende fare.

Boks 19.2. Angsttilstande i ICD-10

F40 Fobiske tilstande

F40.0 Agorafobi

F40.00 Agorafobi uden panikangst

F40.01 Agorafobi med panikangst

F40.1 Socialfobi

F40.2 Enkelfobi

F41 Andre angsttilstande

F41.0 Panikangst

F41.1 Generaliseret angst

Andre tilstande

F42 Obsessiv-kompulsiv tilstand

F43.0 Akut belastningsreaktion

F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion

Boks 19.3. ICD-10-kriterier for Agorafobi (F40.0)

A. Angst i, eller undgåelse af ≥ 2 af følgende situationer:

- (1) menneskemængder
- (2) offentlige steder
- (3) færden alene
- (4) færden uden for hjemmet

B. ≥ 2 angstsymptomer samtidigt, heraf mindst 1 autonomt

Autonome:

- (1) hjertebanken
- (2) sveden
- (3) rysten
- (4) mundtørhed

Andre:

- (5) vejtrækningsbesvær
- (6) kvælningss fornemmelse
- (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

C. Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd

D. Erkendelse af at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig

E. Optræden begrænset til frygtede situationer eller tanken herom

F. Psykotiske og affektive lidelser og organisk ætiologi udelukkes

Boks 19.4. ICD-10-kriterier for Socialfobi (F40.1)

A.

- (1) Frygt for at blive genstand for andres kritiske opmærksomhed eller for at opføre sig pinligt
- eller
- (2) undgåelse af situationer hvor man udsættes herfor

B. ≥ 2 angstsymptomer i frygtede situationer, som ved F40.0, heraf mindst 1 autonomt, ledsaget af mindst 1 af følgende:

- (1) rødmen
- (2) frygt for at kaste op
- (3) vandladnings- eller afføringstrang, eller frygt herfor

C. Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd

D. Erkendelse af at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig

E. Symptomerne begrænset til eller dominerende i frygtede situationer eller ved tanken herom

F. Psykotiske og affektive lidelser og organisk ætiologi udelukkes

Boks 19.5. ICD-10-kriterier for Enkelfobi (F40.2)

A.

- (1) Frygt for objekter eller situationer,
andre end ved agorafobi og socialfobi
eller
- (2) undgåelse af sådanne objekter eller
situationer

**B. ≥ 2 angstsymptomer ved udsættelse
for sådanne objekter eller situationer,
som ved F40.0, heraf mindst 1 autonomt**

**C. Betydelig gene fra angst eller
undgåelsesadfærd**

**D. Erkendelse af at angst eller undgåelse
er overdreven eller urimelig**

**E. Symptomerne begrænset til frygtede
situationer eller tanken herom**

Boks 19.6. ICD-10-kriterier for Panikangst (F41.0)

A. ≥ 4 panikanfald inden for 4-ugers periode med mindst 4 af følgende, heraf mindst 1 autonomt ((1)-(4)):

- (1) hjertebanken
- (2) sveden
- (3) rysten
- (4) mundtørhed
- (5) åndedrætsbesvær
- (6) kvælningss fornemmelse
- (7) smerter eller trykken i brystet
- (8) kvalme eller maveuro
- (9) svimmelhed
- (10) uvirkelighedsfølelse
- (11) frygt for at miste selvkontrollen
- (12) dødsangst
- (13) kuldegysninger eller hedeture
- (14) dødhedsfølelse eller paræstesier

B. Ikke forbundet med specifik situation eller objekt, reel fare eller fysisk belastning

C. Ikke forårsaget af fysisk eller af anden psykisk lidelse

Boks 19.7. ICD-10-kriterier for Generaliseret angst (F41.1)

A. Periode på ≥ 6 måneder med anspændthed, bekymringstendens og almen ængstelighed over for dagligdags begivenheder og problemer

B. Mindst 4 angst-spændingssymptomer, heraf mindst 1 autonomt:

Autonome symptomer:

(1) palpitationer, hjertebanken eller hurtig puls

(2) sveden

(3) rysten

(4) mundtørhed

Symptomer fra bryst og mave:

(5) følelse af åndenød

(6) kvælningss fornemmelse

(7) trykken eller smerte i brystet

(8) kvalme eller uro i maven

Psykiske symptomer:

(9) svimmelhed eller ørhed

(10) uvirkelighedsfølelse

(11) frygt for at blive sindssyg

(12) dødsangst

Almene symptomer:

(13) varme- eller kuldefølelse

(14) dødheds- eller sovende fornemmelser

Tensionssymptomer:

(15) muskelspænding eller -smerte

(16) rastløshed, vanskelighed ved at slappe af

(17) psykisk spændingsfølelse

(18) følelse af synkebesvær

Uspecifikke symptomer:

(19) tendens til sammenfaren

(20) koncentrationsbesvær

(21) irritabilitet

(22) indsovningsbesvær

C. Organisk ætiologi, psykotiske lidelser, depressiv episode, andre angsttilstande og obsessiv-kompulsiv tilstand udelukkes

Boks 19.8. Karakteristiske træk ved personer med generaliseret angst

Konstitutionelt grundlag:

- Ængsteligt temperament

Central affekt:

- Frygt

Central spænding / opmærksomhed:

- Tryghed / fare

Karakteristisk syn på sig selv:

- Jeg er et konstant mål for ukendte kræfter

Karakteristisk syn på andre:

- De andre er kilden til enten fare eller beskyttelse

Forsvarsstrategier:

- Mangelfuldt forsvar mod angst. Diffus ængstelse kan maskere mere specifikke angstformer, som holdes ude af bevidstheden

Boks 19.9. Relativ hyppighed af komorbid lidelse ved en given specifik lidelse

	Depres- sion	Genera- liseret angst	Social- fobi	Enkel- fobi	Agora- fobi	Panik- angst
Generaliseret angst	33,7					
Socialfobi	10,2	13,5				
Enkelfobi	6,2	6,7	9,7			
Agorafobi	25,8	25,7	21,6	24,2		
Panikangst	29,4	20,3	11,6	7,8	25,8	
Alkoholmisbrug	2,6	2,5	2,7	2,0	2,9	3,3

KILDE: Referenceprogram for angstlidelser hos voksne (2007)

Boks 19.10. 12-måneders- og livstidsforekomst i internationale befolkningsundersøgelser

	DSM-IV – Europa		DSM-IV – USA	
	12 mdr.	Livstid	12 mdr.	Livstid
Panikangst	0,8 %	2,1 %	2,7 %	4,7 %
Agorafobi	0,4 %	0,9 %	0,8 %	1,4 %
Enkelfobi	3,5 %	7,7 %	8,7 %	12,5 %
Socialfobi	1,2 %	2,4 %	6,8 %	12,1 %
Generaliseret angst	1,0 %	2,8 %	3,1 %	5,7 %
OCD	-	-	1,0 %	1,6 %
Alle angstlidelser	6,4 %	13,6 %	18,1 %	28,8 %

KILDE: Referenceprogram for angstlidelser hos voksne (2007)

Boks 19.11. Angstens udviklingsmæssige hierarki

- Samvittighedsangst
- Kastrationsangst
- Angst for tabet af kærlighed
- Separationsangst
- Paranoid angst
- Desintegrationsangst

Boks 19.12. Sundhedsstyrelsens referenceprograms anbefalinger til psykoterapeutisk behandling af angstlidelser

Diagnose	Psykoterapeutisk behandling	Antal sessioner
Panikangst uden agorafobi	Kognitiv adfærdsterapi	10-15 sessioner
Panikangst med agorafobi	Kognitiv adfærdsterapi og eksponering	10-15 sessioner
Generaliseret angst	Kognitiv adfærdsterapi	10-20 sessioner
Enkelfobi	Eksponering	Enkelt session
Socialfobi	Kognitiv adfærdsterapi og eksponering	12-15 sessioner
Obsessiv-kompulsiv tilstand	Kognitiv adfærdsterapi og eksponering	10 – 20 sessioner

KILDE: SfR (2007)

Boks 20.1. ICD-10-diagnoser

- F42.0 Overvejende obsessiv tilstand
- F42.1 Overvejende kompulsiv tilstand
- F42.2 Blandet obsessiv-kompulsiv tilstand
- F42.8 Andre obsessive-kompulsive tilstande
- F42.9 Obsessiv-kompulsiv tilstand, uspecificeret

Boks 20.2. Hvad er en tvangstanke?

- Tanken erkendes som et produkt af egen tankevirksomhed (således ikke påført udefra)
- Tankerne er uafslædt tilbagevendende
- Tankerne er ubehagelige
- Tankerne erkendes af patienten som overdrevne, bizarre eller urimelige
- Tankerne søges oftest afvist eller imødegået (i hvert fald i starten)
- Tankerne søges ofte holdt skjult for omverdenen
- Tvangstanker medfører lidelse eller påvirker den sociale funktion

Boks 20.3. Mest almindelige tvangstanker hos OCD-patienter

- Angst for snavs og smitte
- Angst for, at noget frygteligt skal ske med en selv eller andre
- Angst for sygdom
- Angst for død
- Behov for symmetri
- Religiøse tanker/ruminationer, overvejelser om „godt og ondt“
- Angst for at forvolde sig selv eller andre skade

Boks 20.4. Mest almindelige tvangshandlinger hos OCD-patienter

- Gentagelsesritualer
- Vaskeritualer
- Mentale ritualer (tælle, sige bestemte ord/navne m.v.)
- Tjekking/kontrolritualer
- Symmetritvang

Boks 20.5. Hyppighed af OCD

- USA 2,3 %
- Canada 2,3 %
- Tyskland 2,1 %
- Korea 1,9 %
- Taiwan 0,7 %
- Puerto Rico 2,5 %
- New Zealand 2,2 %
- Sydafrika 2,1 %

Boks 20.6. Teknikker til at bryde OCD-symptomer

Metode	Beskrivelse	Eksempel
Udsætte ritualet	Aftale udsættelse længere og længere tid, indtil ritualet helt er fadet ud	Udsætte vaskeritual 1 time
Afkorte ritualet	Udføre ritualet, men kortere og kortere tid, indtil det ikke mere er nødvendigt at udføre det	Vaske i 10 min. i stedet for 15 min.
Ændre på ritualet	Ændre noget ved ritualet på en måde, der bryder OCD-symptomerne	Lade være med at vaske fingrene i rækkefølge
Udføre ritualet	I stedet for at jage igennem ritualet for at få det overstået udføres det langsomt og omhyggeligt med opmærksomheden på detaljerne i ritualet	Vaske hver finger én gang omhyggeligt i stedet for at vaske hænderne igen og igen

Boks 21.1. Det kliniske billede ved voksen-ADHD med kriterier som hos børn

Opmærksomhedsvanskeligheder

- Er i ringe grad opmærksom på detaljer og kan let lave sjuskefejl
- Har problemer med at opretholde koncentration, både under udførelse af arbejdsopgaver og under fritidsaktiviteter
- Reagerer ofte ikke på direkte tiltale
- Opfatter ikke instruktioner og formår ofte ikke at fuldføre påbegyndte opgaver
- Har vanskeligheder med at organisere aktiviteter
- Bryder sig ikke om – eller prøver at undgå – opgaver, som kræver mental udholdenhed (rutineprægede opgaver)
- Har tendens til at tabe genstande, som er nødvendige for arbejdsopgaver eller fritidsaktiviteter
- Lader sig let aflede af udefrakommende stimuli
- Er oftest glemsom i det daglige.

Hyperaktivitet

- Udviser 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 dette forventes
- Har en konstant følelse af rastløshed eller indre uro
- Har vanskeligheder med at optræde stille og roligt under spil eller andre fritidsaktiviteter
- Virker ofte lidt agiteret/“hyper“
- Har en tendens til at tale meget.

Impulsivitet

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

Boks 22.1. ICD-10-kriterier for Post-traumatisk belastningsreaktion (F43.1)

A. Tidligere udsættelse for exceptionelt 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

Boks 22.2. De hyppigste modificerende faktorer

Faktorer, der beskytter mod PTSD

- Godt socialt netværk
- Træning i udsættelse for stress
- En fleksibel og åben personlighedsstruktur
- Høj intelligens

Faktorer, der (stort set) er neutrale over for risikoen for udvikling af PTSD

- Minoritetsstatus
- Alder

Faktorer, der øger risikoen for PTSD

- Traumets sværhedsgrad (jo sværere, des større risiko)
- Køn (kvinder har størst risiko)
- Retraumatisering (senere udsættelse for andre eller lignende traumer)
- Stressfulde eller belastende livsomstændigheder
- Genetisk disposition for psykiatrisk sygdom
- Tidligere psykiatrisk eller somatisk sygdom
- Neurotiske personlighedstræk
- Barndomstraumer (fx svært omsorgssvigt, vold, mishandling og seksuelt misbrug)
- Dårligt socialt netværk

Boks 22.3. Oversigt over behandlingsformer

	Den akutte fase (op til 3-4 dage efter)	Den subakutte fase (fra 3.-4. dag til 3 mdr. efter)	Senfasen (1-3 mdr. og senere)
Praktisk og social støtte	Anbefales	Muligvis relevant	Muligvis relevant
Debriefing	Kontroversiel i sin oprindelige form. En nuancering af metoden må overvejes	Ikke relevant	Ikke relevant
Psykoterapi	Sjældent relevant	Anbefales til personer med svære PTSD-symptomer. Særlig god effekt af kognitiv adfærdsterapi	Anbefales til personer med svære kroniske PTSD-symptomer. Særlig god effekt af kognitiv adfærdsterapi
Farmakologisk behandling	Symptomlindring i særlige tilfælde	Især SSRI ved PTSD	Især SSRI ved PTSD

Boks 22.4. ICD-10-kriterier for Akut belastningsreaktion (F43.0)

A. Udsættelse for exceptionel svær fysisk eller psykisk belastning (af katastrofekarakter)

B. Umiddelbart (inden for 1 time) efterfulgt af symptomer

(1) symptomer som ved generaliseret angsttilstand

(2)

(a) tilbagetrukkethed

(b) bevidsthedsindsnævring

(c) desorientering

(d) vrede eller verbal aggressivitet

(e) fortvivelse eller håbløshed

(f) overdreven eller formåsløs hyperaktivitet

(g) ubehersket og overdreven sorgreaktion, i forhold til kulturelle baggrund

C. Symptomerne aftager hurtigt

(1) < 8 timer ved forbigående belastning

(2) < 48 timer ved bestående belastning

D. Anden psykisk lidelse udelukkes

Boks 22.5. ICD-10-kriterier for Tilpasningsreaktion (F43.2)

A. Kendt traume eller belastning (ikke af usædvanlig eller katastrofekarakter) inden for sidste 1 måned

B. Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, men uden at opfylde kriterierne for andre psykiske lidelser eller tilstande

C. Varighed < 6 måneder (undtaget 43.21: < 2 år)

Boks 22.6. ICD-10-kriterier for Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse (F62.0)

A. Vedvarende personlighedsændring efter udsættelse for exceptionel belastning (KZ-lejr, tortur, krigshandling, naturkatastrofe)

B. ≥ 2 af følgende:

- (1) fjendtlig eller mistroisk holdning
- (2) social isolationstendens
- (3) tomheds- eller håbløshedsfølelse
- (4) kronisk anspændthed eller vagtsomhed
- (5) følelse af fremmedgjorthed

C. Påvirkning af dagliglivsfunktioner, befindende eller af omgivelserne

D. Varighed ≥ 2 år

E. Ingen tidligere påfaldende personlighedstræk

F. Ikke forbundet med anden psykisk lidelse, undtagen evt. F43.1.

G. Organisk ætiologi udelukkes

Boks 23.1. De vigtigste ICD-10-diagnoser inden for de dissociative tilstande

ICD-10	DSM-IV
• F 44.0 Dissociativ amnesi • F 44.1 Dissociativ fugue • F 44.2 Dissociativ stupor • F 44.3 Dissociative trance- og besættelsestilstande • F 44.4 Dissociative bevægelsesforstyrrelser • F 44.5 Dissociative kramper • F 44.6 Dissociative sanseforstyrrelser • F 44.8 Andre dissociative tilstande eller forstyrrelser • F 44.80 Gansers Syndrom • F 44.81 Multipel personlighed • F 48.1 Depersonalisations-derealisationssyndrom	• Dissociative amnesia • Dissociative fugue • Dissociative Identity Disorder • Depersonalization Disorder

Boks 23.2. Generelle kriterier for Dissociative tilstande eller forstyrrelser (konversionstilstande)

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

Boks 23.3. ICD-10-kriterier for Dissociative trance- og besættelses- tilstande (F44.3)

A. Generelle kriterier opfyldte

B. Enten (1) eller (2) til stede

(1) Trance med forbigående bevidstheds-
ændring, visende sig ved mindst 2 af
følgende:

- (a) svækkelse eller tab af identitets-
følelse
- (b) indsnævret opmærksomhed over
for umiddelbare omgivelser, eller
usædvanlig snæver og selektiv
fokusering på visse stimuli
- (c) bevægelser, legemsholdning og
talen begrænset til gentagelser af
et snævert repertoire

(2) Besættelsestilstand med overbevis-
ning om at være besat af en ånd, kraft,
guddom eller af en anden person

**C. Tilstanden er uønsket og ubehagelig,
optrædende uden for eller i forlængelse
af tilsvarende tilstande i religiøs eller
anden kulturelt accepteret situation**

Boks 23.4. ICD-10-kriterier for Multipel personlighed (F44.81)

A. To eller flere adskilte personligheder i samme individ, men kun én til stede ad gangen

B. Hver personlighed har egne erindringer, præferencer og adfærdsmønstre og bestemmer fra tid til anden adfærden

C. Amnesi for væsentlige personlige forhold, for udtalt til at kunne forklares ved glemsomhed

Boks 24.1. Definition på vane- og impulshandlinger (patologiske) ifølge ICD-10 (F63)

Denne kategori omfatter visse adfærdsforstyrrelser, som ikke klassificeres andetsteds. De karakteriseres ved gentagne handlinger, som er uden fornuftsmæssig begrundelse og kontrol, og som almindeligvis er til skade for vedkommende selv eller andre. Adfærden angives forbundet med handlingsimpulser, som ikke lader sig beherske. Årsagen til disse forstyrrelser er ikke sikkert kendt, og de er samlet her på grund af fænomenologiske ligheder.

Boks 24.2. Fire typer selvskade

1. Den stereotype form for selvskade er karakteriseret ved en gentagen, monoton og ofte rytmisk selvskade, som kan være forbundet med autisme, psykisk udviklingshæmning og syndromer som Lesch-Nyhan, Prader-Willi og Cornelia de Langes. De ligger umiddelbart nærmere OCD end impulsivitet.

En kvinde i slutningen af tyverne slår flere timer om dagen hovedet mod væggen. Hun har udviklet et tykt, hævet område i panden, der næsten ligner et horn, som følge af sin adfærd, som hun udfører, når hun føler sig rastløs og anspændt, eller når hun keder sig. Hun er blevet gjort opmærksom på risiko for intrakranielle blødninger, men er umiddelbart ude af stand til at ophøre med sin selvskade.

2. Svære eller alvorlige selvskader kan være omfattende og dramatiske, som fx øjenoperationer, amputationer og lignende, der oftest er forbundet med psykotiske tilstande.

En 23-årig mand med skizofreni blev indlagt efter ca. et halvt års medicinsvigt. Han havde i sin psykose, hvor han syntes, at verden så ond og truende ud, opereret sit øje med en skalpel foran sit badeværelsesspejl. Hans vrangforestilling var, at han kunne forbedre sit syn på verden ved sit indgreb.

3. Kompulsiv selvskade er gentagen, ofte ritualiseret selvskadende adfærd som fx trichotillomani, neglebidning, skin-picking eller kradsning.

En 17-årig mand bider negle og piller i sine fingerspidser, så de i perioder er helt hudløse og blodige. Han har forsøgt at holde op, men kan ikke. Han har svært ved at finde ud af, hvorfor han gør det – han „gør det bare“, som han udtrykker det.

4. Impulsiv selvskade er den hyppigste form og inkluderer fx cutting, brænding og at slå sig selv. Impulsiv selvskade giver mulighed for at opnå en hurtig, men kortvarig lettelse af den indre spænding og kan således bruges som metode til affektregulering (nedregulering af pinagtige følelser). Imidlertid kan selvskaden udløses af forskellige følelser som selvhad, had mod andre, forladthedsangst, tomhedsfølelser, håbløshed, ønske om at opnå kontrol osv. Ofte vil den selvskadende person have svært ved præcist at angive, hvilke følelser der udløser selvskaden.

En 19-årig kvinde har skåret sig gennem godt et år som en form for affektregulering. Når hun føler sig anspændt eller tom, skærer hun sig, og umiddelbart efter har hun opnået en lettelse. Dette sker i perioder flere gange dagligt, og hun giver udtryk for en form for afhængighed af sin selvskade. Selvskade er blevet hendes dominerende form for copingstrategi, som hun gør brug af, når hun oplever problemer.

Boks 25.1. ICD-10-kriterier for Anorexia nervosa (F50.0)

A. Vægttab, hos børn manglende vægtøgning, førende til legemsvægt på $\geq$ 15 % under forventet normalvægt

B. Undgåelse af fedende føde

C. Forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme

D. Endokrine forstyrrelser af hypothalamiske-hypofysære-gonadale system med amenorrhoea, svækket libido og potens

E. Bulimi ikke til stede

Boks 25.2. ICD-10-kriterier for Bulimia nervosa (F50.2)

A. Spiseanfald ≥ 2 gange ugentligt i ≥ 3 måneder

B. Spisetrang (craving)

C. Forsøg på at modvirke vægtøgning ved ≥ 1 af følgende:

- (1) opkastning
- (2) laxation
- (3) fasten
- (4) afmagringspiller, diuretika, thyreoidin

D. Forstyrret legemsopfattelse med frygt for fedme

Boks 25.3. Psykodynamisk forståelse af anoreksi

- Et desperat forsøg på at være speciel og unik
- Et angreb på den falske følelse af et selv, som bliver næret af forældrenes forventninger
- En hævde af et mere sandt selv
- Et angreb mod et fjendtligt, moderligt introjekt, der ses som ækvivalent med kroppen
- Et angreb mod grådighed og begær
- Et forsøg på at få andre end patienten til at føle sig grådige og hjælpeløse

Boks 26.1. Tilstande med lægeligt uforklarede fysiske symptomer

- F44 Dissociative tilstande
- F45.0 Somatiseringstilstand
- F45.1 Udifferentieret somatoform tilstand
- F45.2 Hypokonder tilstand
- F45.3 Somatoform autonom dysfunktion
- F45.4 Vedvarende somatoform smertetilstand
- F45.8 Andre somatoforme tilstande
- F45.9 Somatoform tilstand, uspecifiseret
- F48.0 Neurasteni
- F68.0 Psykisk udbygning af somatiske symptomer
- F68.1 Sygdomsefterligning (helt eller delvist bevidst) [factitious disorder]
- Z76.5 Simulation (malingering)

Boks 26.2. ICD-10-kriterier for Somatiseringstilstand (F45.0)

A. Gennem > 2 år multiple, vekslende somatiske symptomer, som ikke kan forklares ved påviselig fysisk sygdom. (En tilstedeværende legemlig sygdom forklarer ikke sværhedsgraden, omfanget, kombinationen eller vedholdenheden af de somatiske symptomer eller den ledsagende funktionsnedsættelse). Autonome symptomer ikke fremtrædende

B. Optagetheden af symptomerne er generende og fører til gentagne (≥ 3) lægebesøg eller undersøgelses-runder

C. Patienten kan ikke (eller kun forbigående) acceptere forsikring om, at symptomerne ikke har fysisk årsag

D. Mindst 6 symptomer fra ≥ 2 organsystemer

Gastrointestinale symptomer:

- (1) mavesmerter
- (2) kvalme
- (3) oppustethed
- (4) belagt tunge eller dårlig smag i munden
- (5) opkastninger eller opstød
- (6) hyppige løse afføringer eller sekret fra anus

Kardiovaskulære symptomer:

- (7) åndenød uden forbindelse med anstrengelse
- (8) brystmerter

Urogenitale symptomer:

- (9) dysuri eller pollakisuri
- (10) ubehagelige fornemmelser i genitalregionen
- (11) udflåd

Hud- og smertesymptomer:

- (12) hudpletter eller misfarvning
- (13) ledsmerter eller smerter i arme og ben
- (14) dødhedsfornemmelse eller paræstesier

E. Symptomerne optræder ikke kun i forbindelse med andre psykiske lidelser (F2, F3 eller F41.0)

Boks 26.3. Somatiseringstilstand i henholdsvis ICD-10 og DSM-IV

ICD-10: Somatiseringstilstand	DSM-IV: Somatization Disorder
A. Gennem mere end 2 år multiple, vekslende somatiske symptomer	A. Startet før 30-årsalderen, har været til stede i flere år og resulterer i behandling eller betydelig forringelse af den sociale, arbejdsmæssige eller anden funktion
B. Fører til gentagne (≥3) lægebesøg eller undersøgelser	B. De følgende kriterier skal have været til stede under sygdomsforløbet: • Fire smertesymptomer • To gastrointestinale symptomer • Et seksuelt symptom • Et pseudoneurologisk symptom
C. Patienten kan ikke eller kun forbigående acceptere forsikring om, at symptomerne ikke har en fysisk årsag	C. 1. Efter grundig undersøgelse kan hvert enkelt symptom i kriterium B ikke forklares fyldestgørende ved en kendt medicinsk tilstand C. 2. Hvis der foreligger en beslægtet medicinsk tilstand, vil de fysiske klager eller den sociale og erhvervsmæssige forringelse være ud over det forventede
D. Mindst 6 symptomer fra ≥ 2 organsystemer: • Gastrointestinale symptomer • Kardiovaskulære symptomer • Urogenitale symptomer • Hud- og smertesymptomer	D. Symptomerne er ikke bevidst frembragt som i sygdomsefterligning (factitious disorder)

Boks 26.4. ICD-10-kriterier for Hypokonder tilstand (F45.2)

A.

(1) Gennem mindst 6 måneder frygt for alvorlig navngiven somatisk sygdom eller

(2) vedvarende optagethed af påstået deformitet

B. Optagetheden af frygten og symptomerne er ubehagelig eller interfererer med dagliglivsfunktionerne og fører til undersøgelser og behandling

C. Patienten kan ikke (eller kun forbigående) acceptere forsikringer om, at der ikke fysisk er forklaring på tilstanden

D. Symptomerne optræder ikke kun i forbindelse med anden psykisk lidelse (F2, F3)

Boks 26.5. Hypokondri i henholdsvis DSM-IV og ICD-10

DSM-IV	ICD-10
Sygdomsoverbevisning	Sygdomsoverbevisning
Sygdomsfrygt	Sygdomsfrygt
Sygdomsbekymring (ruminationer)	Sygdomsbekymring (ruminationer)
Mistolkning af kropslige fornemmelser → hypokondre symptomer (angst, rumination, overbevisning)	Hypokondre symptomer (angst, ruminationer, overbevisning) → mistolkning af kropslige fornemmelser
	Dysmorfofobi
	Sygdomsfobi

**Boks 26.6. Medicinske sygdomme,
som kan forveksles med en
somatoform tilstand**

- Systemisk lupus erythematosus (SLE)
- Intermitterende porfyri
- Dissemineret sklerose (DS)
- Hyperparathyreoidisme

Boks 26.7. Karakteristika ved somatoforme tilstande

- Somatiske symptomer er talrige, vage og skiftende
- Sygdomsforløbet er langstrakt, diffust, svært at afgrænse. Det er vanskeligt at finde perioder med forværring og bedring. Det er vanskeligt at pege på lindrende faktorer
- Symptomerne bliver sygdommen i sig selv. Diagnostiske undersøgelser tolkes som behandling
- Det er uklart, hvilken behandling somatoforme patienter har modtaget. Effekten af behandlingen er vanskelig at vurdere og synes forbigående
- Et langstrakt sygdomsforløb, uden at der udvikles klinisk objektive fund eller strukturelle tegn på sygdom og med fravær af positive parakliniske fund
- Det langstrakte sygdomsforløb fører ikke til en specifik samlende diagnose, men mange somatiske og psykiatriske diagnoser

Boks 26.8. Forklaringsmodeller for somatoforme tilstande

Stressmodel	Evidens for forstyrrede stress-systemer hos patienter med somatoforme tilstande. Stress kan give klassiske somatoforme symptomer. Stress bidrager til somatoforme tilstande, men er ikke den eneste faktor.
Kognitiv adfærds-terapeutisk model	Forholdet mellem kropslige sansninger og dysfunktionelle tolkninger former patientens oplevelse af sygdom og tilhørende adfærd. Der foreligger dels en model, hvor mistolkninger af almindelige kropslige fornemmelser vækker en sygdomsangst eller mere diffuse, negative kognitive reaktioner i retning af at være skrøbelig eller at blive ødelagt, dels en model med forstærkede kropslige sansninger (somatosensory amplification), hvor patienterne tror, at sundhed er en symptomfri tilstand, mens symptomer er ensbetydende med sygdom.
Sygdomsrolle	En bestemt form for sygdomsadfærd, hvor patienten gennem en kompenserende adfærd reducerer angst og belastning og etablerer mulighed for ro og hjælp. Indlæringsprincipper og betinget adfærd fremmer udvikling og vedligeholdelse af sygdomsrollen.
Konvertering af belastninger og emotioner	Somatisering er udtryk for konvertering af belastninger og stress til kropslige symptomer og vanskeligheder med at udtrykke og erkende følelser.
Aleksitymi	En funktionsmåde karakteriseret ved en manglende evne til at udtrykke, lokalisere og skelne følelser. Der skelnes mellem forskellige former for aleksitymi, hvor den primære form blev betragtet som en følge af en cerebral dysfunktion.
Psykodynamisk model	En manglende evne til at opleve og bearbejde affekter på grund af en defekt personlighedsorganisation, hvor affekter kommer direkte til udtryk som kropslige oplevelser uden symbolsk betydning. Den somatoforme patient kan ikke i tilstrækkelig grad mediere mellem det ubevidste og det bevidste. Der foreligger en mangelfuld symboliserings- eller mentaliseringsevne. Det kan enten være udtryk for multiple defensive spaltninger i personligheden og mellem psyke og soma eller for en sårbarhed, som afspejler sig i de mentale processer.

Boks 27.1. Tre hovedgrupper af seksuelle forstyrrelser

Seksuelle dysfunktioner	Dysfunktioner, der medfører, at traditionelt samleje med penis i vagina vanskeliggøres eller ikke kan finde sted
Seksuelle afvigelser (parafili)	Ændrede seksuelle lyst- og adfærdsformer (fx fetichisme, pædofili, ekshibitionisme)
Kønsidentitetsproblemer	Større eller mindre grad af utilfredshed med sit biologiske køn

Boks 27.2. Forekomsten af seksuelle dysfunktioner

	Mænd	Kvinder
Manglende lyst til sex	15,7 %	33,4 %
Manglende evne til orgasme	8,2 %	24,1 %
Klimaks for tidligt	28,5 %	10,3 %
Smerte ved samleje	3,0 %	14,4 %
Oplevelse af sex som ubehageligt	8,1 %	21,2 %
Præstationsangst	17,0 %	11,5 %
Problemer med erektion/lubrikation	10,4 %	18,8 %
KILDE: Laumann, Gagnon, Michael & Michaels (1994)		

Boks 27.3. Farmaka og deres seksuelle bivirkninger. Risiko for bivirkninger er afhængig af dosis

	Nedsat lyst	Erektile dysfunktion (rejsningsproblemer)	Forsinket/udeblivende sædafgang	Nedsat orgasme-evne	Smerter ved orgasme	Priapisme (langvarig, smertefuld erektion)	Nedsat sædvolumen
Antidepressiva	+	+	+	+			
Antipsykotika	+	+	+	+	+	+	
Anabole steroider	+	+					
Blodtryksmedicin (betablokkere)	+	+				+	
Hjertemedicin (Digoxin)	+	+					
Epilepsimedicin (fx Tegretol)	+	+					
Kolesterol-sænkende midler	+	+					
Gigtmedicin (NSAID)		+					
Mavesårsmedicin (Cimetidin)	+	+					
Prostatamedicin	+	+					+

Boks 27.4. Seksuelle bivirkninger ved behandling med antidepressiv medicin

Mange bivirkninger	Færre	Få
• Tricykliske antidepressiva (fx Saroten, Anafranil) • Marplan • SSRI (fx Paroxetin, Cipramil, Fontex, Zoloft) • Efexor	• Cymbalta • Edronax	• Aurorix • Tolvon • Remeron • Zyban

KILDE: Kristensen (2007)

Boks 27.5. Seksuelle afvigelser (perversioner, parafilier)

Asfyksiofili: lystfølelse ved forsætlig iltmangel (fx gennem fingeret strangulation eller kvælning) i forbindelse med seksuel ophidselse og udløsning.

Ekshibitionisme: lystfølelse ved at fremvise sine kønsorganer over for fremmede (sædvanligvis af det modsatte køn).

Fetichisme: ophidselse og lystfølelse knyttet til særlige genstande eller materialer (fx lak, læder, perler, sko, støvler, undertøj).

Frotteurisme: seksuel tilfredsstillelse ved at gnide sig op ad andre menneske, fx i overfyldte busser eller tog.

Infantilisme: lystfølelse ved at klæde sig ud (fx bære ble) og lade sig behandle som et lille barn.

Koprofili: seksuel ophidselse ved synet, lugten og/eller smagen af afføring.

Narratofili: seksuel ophidselse ved at sige eller høre „frække“ ord eller seksuelle lyde.

Nekrofili: seksuel fascination af eller omgang med lig.

Obskøne telefonopkald: lystfølelse ved at formidle seksuelle lyde gennem telefon med fremmede mennesker („stønnere“).

Partialisme: ophidselse ved bestemte kropsdele (fx arm, fod).

Pædoofili: seksuel forkærlighed for børn, ofte i sen barnealder eller tidlig pubertet.

Sadomasochisme: rituel form for seksualitet, hvori indgår dominans (sadisme) eller underkastelse (masochisme), fx gennem smerte, ydmygelse eller undertrykkelse.

Transvestitisk fetichisme: ophidselse ved at iføre sig det modsatte køns tøj. Skelnes fra transvestisme ved den seksuelle ophidselse samt ved et udtalt ønske om at fjerne udklædningen, når den seksuelle ophidselse klinger af efter orgasme.

Urofili: seksuel ophidselse ved synet, lugten, følelsen og/eller smagen af urin.

Voyeurisme: lystfølelse ved at belure andres seksuelle adfærd.

Zoofili: seksuel omgang med dyr.

Boks 27.6. ICD-10-beskrivelser af Transvestisme og Transseksualitet

F64.0 Transseksualisme

Transsexualismus

Karakteriseres ved et ønske om at leve og blive anerkendt som et medlem af det modsatte køn, sædvanligvis ledsaget af en følelse af ubehag eller utilstrækkelighed ved egne anatomiske kønskarakteristika og et ønske om hormonbehandling eller kirurgisk behandling for at ændre disse i retning af det foretrukne køn.

F64.1 Transvestisme

Transvestismus

Karakteriseres ved et ønske om at iføre sig det modsatte køns klædedragt for, i hvert fald for en tid, at kunne føle sig som tilhørende det modsatte køn, men uden ønske om mere permanent kønsforandring, herunder kirurgiske indgreb, og uden at seksuel ophidselse er det primære i forbindelse med udklædningen.

Boks 27.7. Vigtige temaer i samlivsterapi

Seksualiteten udspiller sig (oftest) mellem to mennesker, og derfor kan det være indiceret at foretage en vurdering af par-dynamikken:

- forholdets kvalitet og bæredygtighed
- følelser parterne imellem (positive, vrede, manglende respekt)
- udenomsægteskabelige relationer
- seksuelle tændingsmønstre/fascinationsformer. Passer de sammen?
- seksuelle traumer i barndom og voksenliv
- negative forældreoverføringer
- stressfaktorer fx på arbejde
- sygdomme

Boks 28.1. Søvnens forskellige faser

Non-REM-søvn, der opdeles i

- Overfladisk søvn (stadium 1 og 2, der udgør henholdsvis ca. 5 % og 45 % af søvntiden)
- Dyb søvn (stadium 3 og 4, i alt ca. 25 %, jævnt fordelt)

REM-søvn (ca. 25 %)

Boks 28. 2. Forskelle på dyb søvn og REM-søvn

	Dyb søvn	REM-søvn – drømmesøvn
Hjernens elektriske aktivitet (EEG)	• Langsomme, store bølger (theta, delta)	• Hurtige svingninger, lav amplitude
Øjenbevægelser (EOG)	• Ingen, evt. langsomme bevægelser	• Periodisk hurtige bevægelser
Kroppens muskler	• Delvis afslappede	• Muskellammelse
Pupiller	• Normale	• Myopiske
Svedtendens	• Maksimal	• Varierende
Blodtryk	• Nedsat	• Varierende
Puls	• Nedsat	• Varierende
Hjernens blodgennemstrømning	• Nedsat	• Uændret eller øget
Kroppens sukkerforbrug	• Nedsat	• Øget
Temperatur	• Nedsat	• Øget
Åndedrætshyppighed	• Nedsat	• Varierende, evt. hurtig
Nyrefunktion	• Nedsat urinvolumen (ADH)	• Varierende urinvolumen
Penis/clitoris	• Sjældent rejsning	• Rejsning, øget blodfylde
Drømme, tankevirksomhed	• Enkle, vage	• Livlige, følelsesladede, dramatiske
Eksempler på søvnforstyrrelser	• Søvnrædsel, søvngænger	• Mareridt, narkolepsi

Boks 28.3. Non-organiske søvnforstyrrelser i henhold til ICD-10

- F51.0 Non-organisk søvnløshed – insomnia non-organica
- F51.1 Non-organisk øget søvntrang – hypersomnia non-organica
- F51.2 Non-organisk søvnrytmeforstyrrelse – disordo rythmi somni vigiliae
- F51.3 Søvnngængerier – somnambulismus
- F51.4 Søvnrædsel – pavor nocturnus
- F51.5 Natligt mareridt – oneirodynia nocturna
- F51.8 Andre non-organiske søvnforstyrrelser

Boks 28.4. Dyssomnier og parasomnier, henholdsvis søvnsygdomme og natlige ledsagefænomener

De specielle søvnsygdomme

– *dyssomnier*

- Søvnrytmeforstyrrelse (F51.2)
- Søvnapnø
- Restless legs – rastløse ben
- Natlige benbevægelser
- Narkolepsi, REM-søvnanfald

Andre natlige søvnfænomener

– *parasomnier*

- Søvnngænger (F51.3)
- Søvnrædsel (F51.4)
- At tale i søvne
- At skære tænder
- At spise i søvne
- Mareridt (F51.8)
- REM-søvn-handlinger
- Natlig vandladning – Nykturi

Boks 28.5. Søvnhygiejniske råd

En god nattesøvn forudsætter, at man respekterer følgende søvnhygiejniske råd:

- Søvn skal være en nydelse – og ikke betragtes som et nødvendigt onde. Søvn be-
slaglægger en tredjedel af livet og betyder meget for de resterende to tredjedele.
- Et godt sovemiljø er et must: en god madras, et mørkt, stille og køligt soveværelse, ingen
forstyrrende husdyr i sengen – eller snorkende partner (bør føre til adskilte soverum).
Soveværelset og sengen er kun til søvn og sex.
- Slap af mindst en time før sovetid med stille musik, læsning, meditation, afspænding.
- Undgå stimulerende drikke om aftenen såsom kaffe, te eller cola. Eventuel alkohol skal
være ude af kroppen før sengetid. Alkohol kan ganske vist sløve og fremkalde søvn hos
nogle, men det giver en overfladisk søvnkvalitet.
- Respekter det indre ur. Døgnet skal være nogenlunde regelmæssigt. Op til faste tider, i
seng til faste tider. Som psykisk syg er man tilbøjelig til at udvikle et forsinket døgnryt-
mesyndrom ved at stå senere op og gå senere i seng.
- Motionér en halv time hver dag.
- Gå ikke sulten eller overmæt i seng.
- Med alderen får man mindre dyb søvn og vågner flere gange. Det er normalt og gør ikke
noget, men stiller ekstra krav til, at man efterlever disse otte søvnhygiejniske råd.

Boks 29.1. ICD-10-kriterier for specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen (F60)

I Karakteristiske vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde, som afviger fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede for ≥ 2 af følgende områder:

- (1) erkendelse, holdning
- (2) følelsesliv
- (3) impuls kontrol og behovstilfredsstillelse
- (4) interpersonale forhold

II Adfærden gennemgribende unuanceret, utilpasset, uhensigtsmæssig

III Adfærden går ud over patienten selv eller omgivelserne

IV Varighed siden barndom eller adolescens

V Ikke udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse

VI Organisk ætiologi udelukkes

Boks 29.2. ICD-10-kriterier for de otte personlighedsforstyrrelser (F60.0-F60.8)

F60.0 Paranoid personlighedsstruktur

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. ≥ 4 af følgende:

- (1) overfølsomhed for nederlag og afvisning
- (2) tendens til at bære nag
- (3) mistroiskhed og mistydnings-tendens
- (4) stridbarhed og rethaveriskhed
- (5) ubegrundet jalousi
- (6) selvhøfver-tendens med øget selvfølelse
- (7) optagethed af »konspiration«- forklaringer

F60.1 Skizoid personlighedsstruktur

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. ≥ 4 af følgende:

- (1) almen ulystbetoning
- (2) emotionel kølighed og fjernhed, affektaffladning
- (3) nedsat evne til at udtrykke følelser
- (4) indifferens over for ros og kritik
- (5) ringe seksuel interesse
- (6) soloaktiviteter foretrukne
- (7) optagethed af introspektion og fantasier
- (8) manglende interesse for venskab og fortrolighed
- (9) manglende situationsfornemmelse

F60.2 Dyssocial personlighedsstruktur

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. ≥ 3 af følgende:

- (1) grov ligegyldighed over for andres følelser
- (2) manglende ansvarsfølelse og respekt for sociale normer eller forpligtelser
- (3) manglende evne til at fastholde forbindelser med andre
- (4) lav frustrationstolerance og aggressionstærskel
- (5) manglende evne til at føle skyld eller lade sig påvirke af erfaringer, inklusive straf
- (6) bortforklarings- og udadprojektionstendens

F60.3 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. ≥ 3 af følgende, heraf altid (2):

- (1) tendens til at handle impulsivt og uoverlagt
- (2) stridbarhed, især ved impulsfrustration
- (3) affektlabilitet, eksplosivitet
- (4) manglende udholdenhed
- (5) ustabil og lunefuldt humør



F60.31 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline-type

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. Foruden 3 fra F60.30 B, mindst 2 af følgende:

- (1) forstyrret og usikker identitetsfølelse
- (2) tendens til intense og ustabile forhold til andre
- (3) udtalt tendens til at undgå at blive ladet alene
- (4) tendens til selvdestruktivitet
- (5) kronisk tomhedsfølelse

F60.4 Histrionisk personlighedsstruktur

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. ≥ 4 af følgende:

- (1) dramatiseringstendens, teatralisk holdning, overdrevne følelsesudtryk
- (2) suggestibilitet
- (3) overfladisk og labilt følelsesliv
- (4) spændings- og opmærksomhedssøgende adfærd
- (5) pseudo-seduktivitet
- (6) overdreven optagethed af udseende og tiltrækningsevne

F60.5 Tvangspræget personlighedsstruktur

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. ≥ 4 af følgende:

- (1) tendens til tvivlen og overforsigtighed
- (2) overdreven ordenssans og optagethed af detaljer, regler eller skemaer
- (3) overdreven perfektionisme
- (4) skrupuløs samvittighedsfuldhed
- (5) overdreven præstationstrang
- (6) overdrevent pedanteri og konventionalitet
- (7) rigiditet og stivsindethed
- (8) kontrolleringstendens over for andre

F60.6 Ængstelig (evasiv) personlighedsstruktur

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. ≥ 4 af følgende:

- (1) udbredt ængstelighed og anspændthed
- (2) mindreværdsfølelse
- (3) tendens til følelse af afvisning og kritik i sociale situationer
- (4) tilbageholdenhed over for andre ved usikkerhed om forhåndsaccept
- (5) begrænset livsudfoldelse på grund af bekymring for fysisk sikkerhed
- (6) tendens til at undgå sociale aktiviteter af frygt for kritik eller afvisning



F60.7 Dependent personlighedsstruktur

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. ≥ 4 af følgende:

- (1) tendens til at overlade betydningsfulde beslutninger til andre
- (2) underordningstendens over for personer, de er afhængige af
- (3) uvillighed til at stille krav til personer, de føler sig afhængige af
- (4) hjælpeløshedsfølelse når alene, af frygt for ikke at kunne klare sig selv
- (5) overdreven frygt for at blive ladet alene
- (6) begrænset evne til at træffe dagligdags beslutninger uden kraftig støtte

F60.8 Anden specifik forstyrrelse af personlighedsstrukturen

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. Opfylder ikke B-kriterierne for F60.0-7

Boks 29.3. DSM-IV-personlighedsforstyrrelser klynge A, B og C

Klynge A

- Skizoid
- Skizotyp
- Paranoid

Klynge B

- Borderline
- Dyssocial („antisocial“)
- Narcissistisk
- Histrionisk

Klynge C

- Tvangspræget
- Dependent
- Ængsteligt-undvigende

Boks 29.4. Cloningers syv personlighedsdimensioner

- Nyheds- og stimulationssøgen (impulsivitet)
- Undgåelse af ubehag – tendens til at hæmme adfærd ved udsigt til straf eller manglende belønning
- Afhængighed af belønning og omgivelsernes bekræftelse
- Vedholdenhed (frustrationstolerance)
- Selvstyring og autonomi (ansvarlighed, målorientering)
- Evne til selvoverskridelse (tilbøjelighed til at se sig selv som del af en større meningsgivende sammenhæng)
- Samarbejdsevne og samarbejdsvillighed

Boks 29.5. Costa og McCraes femfaktormodel

- Neuroticisme (følelsesmæssig stabilitet/ustabilitet og følelsesmæssig tilpasningsevne)
- Ekstroversion (kontra introversion)
- Åbenhed for nye erfaringer (nysgerighed, fantasifuldhed, åbenhed for nye ideer og det ukonventionelle)
- Venlighed (omgængelighed, tillid, hjælpsomhed)
- Samvittighedsfuldhed (vedholdenhed, grad af målorientering og organisering af adfærd)

Boks 29.6. DAPP (Dimensional Assessment of Personality Pathology)

Domæner	Personlighedstræk
Emotionel dysregulering	• Underkastelse • Kognitiv forvrængning • Identitetsproblemer • Affektiv ustabilitet • Oppositionalitet • Ængstelse • Mistænksomhed • Socialt undvigende • Narcissisme • Usikker tilknytning • Selvskade
Dyssocial adfærd	• Stimulussøgende • Ufølsomhed • Afvisning • Adfærdsproblemer
Hæmmethed	• Begrænset ekspressivitet • Intimitetsproblemer
Kompulsivitet	• Tvangspræg

Boks 29.7. Vigtigste differentialdiagnoser og hyppige komorbiditeter ved personlighedsforstyrrelserne

Personlighedsforstyrrelse	Differentialdiagnose	Komorbiditet
Skizoid	• Ængsteligt-undvigende • Aspergers syndrom • Autisme • Skizotypi • Skizofreni • Tvangspræget	• Skizofreni • Social fobi • Agorafobi • Depression • Dystymi • Misbrug
Ængsteligt-undvigende	• Skizoid • Dependent • Paranoid	• Panikangst • Social fobi • Generaliseret angst • Depression • Skizofreni
Dependent	• Histrionisk • Depression • Generaliseret angst	• Misbrug
Histrionisk	• Antisocial • Emotionelt ustabil • Dependent • Borderline	• Somatoforme tilstande • Konversion • Generaliseret angst • Depression
Dyssocial	• Paranoid • Histrionisk • Borderline	• Misbrug
Tvangspræget	• Skizoid	• Depression • Anoreksi • Somatoforme tilstande • Generaliseret angst • OCD
Emotionelt ustabil (Borderline)	• Histrionisk • Dyssocial • Cyklotymi (bipolar) • Akutte forbigående (mikro)psykoser • ADHD	• Bulimi • Panikangst • Medicinmisbrug • Depression • Stofmisbrug • PTSD
Paranoid	• Ængsteligt-undvigende • Dyssocial	• Agorafobi • Depression • Misbrug • Forbigående psykoser • OCD • Skizofreni

Boks 29.8. Forekomst af personlighedsforstyrrelser

	%
Paranoid	1,3
Skizoid	0,7
Dyssocial	1,7
Borderline (emotionelt ustabil)	1,5
Histrionisk	1,9
Narcissistisk	0,1
Ængsteligt-undvigende	1,4
Dependent	1,3
Tvangspræget	2,0
Personlighedsforstyrrelser	11,6

Boks 29.9. Den dynamiske kerne

- Grundlæggende forstyrrelser i patientens identitet, dvs. i vedkommendes opfattelse af sig selv, egne grænser, behov osv.
- Problemer i omgangen med andre mennesker
- Mangelfuld udvikling af evnen til at mentalisere
- Mangler i udviklingen af grundlæggende strukturer i personligheden, herunder et skrøbeligt og mangelfuldt udviklet jeg og et utilstrækkeligt eller fejludviklet overjeg

Boks 29.10. Centrale elementer i virksom behandling af personlighedsforstyrrelser

- Stabil behandlingsramme, herunder sammenhængende teoretisk ramme for håndtering af patienten (case-management)
- Aktiv og synlig terapeut
- Empatisk validering af patientens subjektive oplevelser
- Identifikation af adaptive elementer i patientens centrale forsvarsstrategier og dysfunktionelle reaktionsmønstre
- Terapeut og behandlingsramme, der kan rumme og tolerere patientens følelsesudtryk og impulser
- Fravær af belønning af patientens selvdestruktive adfærd
- Blokering af patientens eventuelle tilbøjeligheder til acting out
- Løbende sammenkobling af patientens følelser og handlinger (mentalisering, kædeanalyser m.v.)
- Fokus på her og nu – patienten hjælpes løbende med at identificere og differentiere mentale tilstande (følelser, impulser, forestillinger/virkelighed osv.)
- Løbende opmærksomhed på og refleksion over modoverføringer – benyttes som redskab til at forstå patienten og kvalificere interventioner. Behandlere undgår at medvirke i gentagelser af uhensigtsmæssige samspilsmønstre

Boks 29.11. Medikamentel behandling af symptomer ved personlighedspatologi

Den affektive dysregulering	• Depressiv tilbøjelighed • Stemningslabilitet • Angst for at blive afvist • Intens utilpasset vrede • Let påvirkelighed af omgivelsernes reaktioner	• Man bør overveje nyere antidepressiva (først og fremmest SSRI) og stemningsstabiliserende præparater
Impulsiviteten	• Impulsiv aggression • Selvskadende adfærd • Overspisning • Stimulussøgende adfærd • Tilbøjelighed til misbrug	• Man bør overveje nyere antidepressiva (først og fremmest SSRI) og stemningsstabiliserende præparater
Kognitive-perceptuelle forstyrrelser	• Mistænksomhed • Vrangagtige ideer • Derealisation (ændret virkelighedsopfattelse i forhold til omgivelserne) • Depersonalisation (ændret virkelighedsopfattelse i oplevelsen af egen person) • Mikropsykoser (korterevarende psykotiske oplevelser)	• Man bør overveje anti-psykotika

Boks 30.1. Den kliniske beslutningsproces i fem trin

1. Formulere et velafgrænset klinisk spørgsmål
2. Finde evidens gennem litteraturstudier
3. Vurdere den kliniske evidens kritisk
4. Anvende evidensen på det kliniske problem
5. Vurdere forløb og forbedre den videre proces

Boks 30.2. Hierarki over evidensstyrke

Publikationstype	Evidens
• Metaanalyse eller systematisk oversigt over flere randomiserede forsøg • Mindst ét randomiseret klinisk forsøg	Ia Ib
• Kontrolleret, ikke-randomiseret studie, kvasi-eksperimentelt design • Observerende kohorteundersøgelse	IIa IIb
• Case-kontrol-undersøgelse • Tværsnitsundersøgelse	III
• Deskriptiv undersøgelse • Kasuistikker • Lærebogskapitel • Traditionel oversigtsartikel • Ekspertvurdering • Ledende artikel	IV

Boks 30.3. Ligheder og forskelle mellem kvalitative og kvantitative metoder

Kvalitativ metode	Kvantitativ metode
Ligheder • Bygger på/forholder sig på/til viden fra tidligere forskning • Bygger på relevante teorier • Systematik i forskningsproces	
Forskelle • Går i dybden og fokuserer på det unikke • Forsøger at forstå • Hermeneutisk tilgang – virkeligheden skal fortolkes • Forskeren kan ikke forholde sig neutralt • Selektiv, mindre antal personer • Fleksible metoder (fx case, interview) • Tolkning/kodning/kategorisering • Detaljeret information om de få • Resultater: Fortællende • Kan ikke umiddelbart generaliseres	• Skaber overblik og fokuserer på det generelle • Forsøger at forklare • Positivistisk tilgang – virkeligheden er objektivt tilgængelig • Forskeren observerer og gengiver objektivt • Fokus på den repræsentative, store gruppe • Strukturerede metoder (fx rating, spørgeskema) • Statistisk kontrol af hypoteser • Færre data om mange mennesker • Resultater: tabeller, figurer, grafer • Kan generaliseres

Boks 30.4. Kortfattet tjekliste til vurdering af videnskabelige artikler

- 1. Hvad er baggrunden for studiet, og hvilke kliniske spørgsmål vil det besvare?**
Overskriften giver det første fingerpeg, abstract (et kortfattet referat) det næste, og introduktionen rummer begrundelsen for, at undersøgelsen er foretaget.
- 2. Hvilken slags studie er det (design)**
Originale studier:
Eksperiment
Randomiseret (dobbelblind-) forsøg
Kohorte
Case-control
Tværsnitundersøgelse
Case-vignet
Oversigtsartikel:
Simpel oversigt (narrative review)
Systematisk oversigt (systematic review)
Metaanalyse
Guidelines
- 3. Er hypoteserne beskrevet præcist ud fra tidligere fund og teorier, og er de interessante og klinisk relevante?**
- 4. Design**
Hvilket design er valgt (jf. originale studier)?
Er der adækvate kontrolgrupper?
Hvordan blev patienter fordelt ved randomiserede forsøg?
Er de uafhængige (forklarende) og afhængige (outcome) variable relevante for en besvarelse af de spørgsmål, der er blevet rejst?
- 5. Deltagerne i studiet (materialet)**
Var antallet af deltagere tilstrækkeligt til at kunne teste hypotesen (styrkeberegning)?
Hvordan var deltagerne udvalgt (inklusion, eksklusion, dropout)?
Er studiegruppen repræsentativ for den ønskede population?
Er beskrivelsen af materialet tilstrækkelig?
- 6. Proceduren og metoderne**
Er det grundigt beskrevet, hvad der faktisk blev gjort?
Er metoderne pålidelige og relevante?
- 7. Statistik**
Er der anvendt de korrekte statistiske metoder, og er de præsenteret klart?
- 8. Resultater**
Hvad er hovedfundene, og har de sammenhæng med de opstillede hypoteser eller udtryk for tilfældige fund („play of chance“), systematiske fejl („bias“), eller er de designfejl?
Er resultaterne fremstillet klart og entydigt og præsenteret relevant?
- 9. Diskussionen**
Inddrager diskussionen (og indledningen) den relevante litteratur?
Hvad er de kliniske implikationer af fundene?
Hvor langt kan man gå i sine generaliseringer ud fra undersøgelsens resultater?
Hvad er undersøgelsens styrke og svaghed?
- 10. Konklusionen**
Er konklusionen velbegrundet og sammenhængende med de spørgsmål, der blev rejst, og de resultater, der fremkom?

Boks 31.1. Faktorer med betydning for compliance

- Patientkarakteristika
- Sygdomsopfattelse
- Behandlingssystemet
- Psykofarmakonets natur og administration
- Familiens indflydelse og indstilling

Boks 31.2. Hvordan fremmer man compliance i behandlingen?

- Tillidsfuldt læge-patientforhold
- Valg af præparater med færrest bivirkninger og maksimal effekt
- Monoterapi (dvs. behandling med et enkelt præparat)
- Omhyggelig håndtering af og behandling af evt. bivirkninger
- Diskussion af patientens sygdomsopfattelse
- Psykoedukation til patient og pårørende om sygdommen

Boks 31.3. Hovedgrupper af psykofarmaka

- Antipsykotika
- Antidepressiva
- Stemningsstabiliserende midler
- Angstdæmpende midler
- Hypnosedativa
- Centralstimulerende midler
- Midler mod demens
- Medikamentelle antimisbrugsmidler

Boks 31.4. Indikationer for anvendelse af antipsykotika

- Skizofreni
- Skizotypisk sindslidelse
- Kronisk paranoide psykoser
- Akut og forbigående psykose
- Skizoaffektiv tilstand
- Manisk episode med psykotiske symptomer
- Depressiv episode med psykotiske symptomer
- Delirøs tilstand uden relation til misbrug
- Organiske psykoser
- Psykotisk tilstand med relation til misbrug
- Bipolar affektiv sindslidelse (forebyggende effekt)

Boks 31.5. Første generationsantipsykotika

Generisk navn	Oralt dosis-niveau mg/døgn	Plasma T1/2 (timer)	Bivirkninger			
			Motorisk	Sedation	Auto-nome	Vægt
Lavdosis						
Flupentixol	2-20	35	++	+	+	+
Flufenazin	2-20	16	++(+)	+	+	+
Haloperidol	2-20	24	+++	+	+	+
Pimozid	1-20	54	++	+	+	+
Middeldosis						
Periciazin	20-100	-	++	++	+(+)	+
Perfenazin	6-64	9	++	++	++	+
Prochlorperazin	30-200	-	++	++	+(+)	+
Zuclopenthixol	10-75	20	++	++	++	+
Højdosis						
Klorpromazin	100-600	24	++	+++	+++	++
Klorprothixen	100-600	9	+	+++	+++	++
Levomepromazin	100-600	21	+	+++	+++	++
Melperon	100-600	4	+	++(+)	+	+
Pipamperon	100-400	-	+	++(+)	++	-

Boks 31.6. Anden generationsantipsykotika

Generisk navn	Oralt dosisniveau mg/døgn	Plasma T1/2 (timer)	Bivirkninger			
			Motorisk	Sedation	Autonome og kardiovaskulære	Vægt
Amisulprid	200-1200	12	+(+)	+	+	+
Sulpirid	300-1800	7	+(+)	+	+	+
Risperidon	1-8	20	+(+)	+	+(+)	+(+)
Sertindol	12-24	72	(+)	(+)	++	+
Ziprasidon	80-160	7	+	+	+(+)	-
Clozapin	50-900	12	-	+++	+++	+++
Olanzapin	5-20	30	+	++	+(+)	+++
Quetiapin	150-800	9	(+)	++	+	+(+)
Aripiprazol	10-30	75	(+)	+	+	+

Boks 31.7. Indikationer for anvendelse af antidepressiva

- Depressiv enkeltepisode
- Periodisk depression
- Depressiv fase ved affektiv bipolar sindslidelse
- OCD
- Panikangst
- Generaliseret angst
- Social fobi
- PTSD
- Bulimi

Boks 31.8. Antidepressiva

Gruppe	Præparater	Neurotransmitter uptake inhibition		Bivirkninger		
		Serotonin	Noradrenalin	Noradrenerge: Ortostatiske gener	Histaminerge: Sedation Vægtøgning	Antikolinerge: Tørhed af slimhinder Synsforstyrrelser Obstipation Konfusion
TCA	Imipramin	+	+	++	++	++
	Amitriptylin	++	+	+++	+++	+++
	Clomipramin	++++	+	++	++	+++
TCA	Nortriptylin	+	+++	+	+	+
	Maprotilin	0	+++	++	++	++
SSRI	Citalopram	++++	0	0	0	+
	Escitalopram	++++	0	0	0	+
	Sertralin	++++	0	(+)	0	(+)
	Paroxetin	+++	0	0	0	+
	Fluvoxamin	+++	0	0	+	0
	Fluoxetin	+++	0	0	0	+
NARI	Reboxetin	+	+++	0	0	0
SNRI	Venlafaxin	+++	++	0	0	0
	Duloxetin	++++	+++	0	0	0
MAOI	Isocarboxazid	0	0	+++	+++	0
MAOI	Moclobemid	0	0	+	0	0
NaSSA	Mirtazapin	0	0	+	++	0
	Mianserin	0	0	++	++	+

Boks 31.9. Det serotonerge syndrom

- Konfusion
- Agitation (psykomotorisk uro)
- Tremor
- Diarré
- Ataksi (manglende koordinering af bevægelser)
- Temperaturøgning
- Akatissi (motorisk uro, primært i benene)

Boks 31.10. SSRI seponeringssyndrom

- Øget angst
- Svedudbrud
- Tremor
- Følelse af „elektriske stød“
- Svimmelhed
- Kvalme
- Træthed
- Hovedpine
- Søvnløshed
- Diarré

Boks 31.11. Litium-forgiftnings-symptomer

Ved ca. 1,5-2,0 mmol/l

- Forstærket tremor
- Madlede
- Kvalme
- Opkastninger
- Diarré

Ved over 2,0 mmol/l

- Konfusion
- Muskelsammentrækninger
- Dysartri (defekt i talen)
- Ataksi (manglende koordinering af bevægelser)
- Choreoforme bevægelser
- Kramper
- Hypotension
- Kardielle arytmier
- Kredsløbskollaps

Boks 31.12. Benzodiazepiner

Generisk navn	Begyndelses- døgndosis (mg)	Plasma T1/2 (timer)	Bivirkninger
Lang halveringstid (>24 timer)			• Tolerans • Abstinenssymptomer • Risiko for misbrug • Sløvhed • Træthed • Hang-over • Nedsat lyst • Nedsat initiativ • Tristhed • Depression • Nedsat koncentrations- evne • Nedsat hukommelse • Dårlig koordination • State-dependent learn- ing • Svimmelhed • Styringsbesvær • Vanskeliggjort bilkørsel eller usikkerhed på cykel • Opstemthed • Impulsivitet (sjældent)
Diazepam	5	72	
Clonazepam	2	40	
Kortere halveringstid (12-24 timer)			
Flunitrazepam	0,5	24	
Nitrazepam	5	24	
Alprazolam	0,5	12	
Lorazepam	1	12	
Bromazepam	3	15	
Kort halveringstid (<12 timer)			
Oxazepam	15	10	
Zolpidem	10	2	
Triazolam	0,125	3	
Zopiclon	7,5	5	
Zalopidem	10	1-2	

Boks 31.13. Indikationer for anvendelse af centralstimulerende midler

- ADHD
- Narkolepsi

Boks 32.1. Liste over nogle validerede terapiformer for voksne

Unipolar, ikke psykotisk depression	Kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi, psykodynamisk psykoterapi
Fobier	Psykodynamisk og kognitiv terapi med anvendelse af eksponering
Panikangst	Kognitiv adfærdsterapi, afspænding, psykodynamisk terapi, eksponering
Bulimi	Kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi
Borderline-personlighedsforstyrrelser	Dialektisk adfærdsterapi, mentaliseringsbaseret terapi

Boks 32.2. Carl Rogers' kernebeti- tingelser for terapeutisk forandring

- Patient og terapeut skal være i psykolo-
gisk kontakt
- Patienten er i en tilstand af inkongruens,
hvilket vil sige en manglende overens-
stemmelse mellem personens oplevelser
og bevidste selvopfattelse
- Terapeuten er kongruent eller genuin,
ægte, autentisk til stede
- Terapeuten accepterer ubetinget og
har en ikke-fordømmende holdning til
patienten
- Terapeuten har en empatisk forståelse
af patienten, som han søger at kommu-
nikere til denne
- Kommunikationen af den empathiske
forståelse og ubetingede accept af
patienten skal i det mindste lykkes i en
vis grad

Boks 32.3. Fokuspunkter i forsamptalen

- Hvad er patientens klage?
- Hvor længe har det stået på?
- Er der variationer?
- Hvad har patienten selv gjort for at få det bedre?
- Hvad har hjulpet?
- Hvad er det dynamiske fokus for patientens vanskeligheder?
- Hvordan er patientens billede af sig selv og betydningsfulde andre?
- Hvordan har patienten afsluttet eventuelle tidligere behandlingsforløb?
- Hvilke strategier benytter patienten for at beskytte sig mod ubærlige følelser?
- Patienten informeres om terapiens ramme og metode

Boks 32.4. Konflikt- og mangelpatologi

Eksempel på konfliktpatologi

Eva er 30 år. Hun har boet sammen med sin mand i otte år, og sammen har de to velfungerende børn. Hendes kolleger opfatter hende som en meget hjælpsom og dygtig folkeskolelærer. Efter at hun pludselig udvikler en svær depression, indledes en kombineret medicinsk og psykoterapeutisk behandling. I den psykoterapeutiske behandling bliver det klart, at Eva i mange år har været plaget af angst, som hun dog har kunnet holde nede ved i perioder at tage beroligende medicin. Hendes barndom har været præget af forældrenes skilsmisse og en streng far. Hun har stillet meget høje krav til sig selv som mor, partner og lærer, som hun har haft svært ved at indfri. Dette har givet anledning til lavt selvværd og vanskeligheder med at sætte grænser, når hun oplever, at andre forventer noget af hende. Hun har gerne villet stille alle tilfreds, men samtidig været splittet mellem sine egne behov og sin trang til at „gøre andre glade“ og „undgå, at de bliver vrede på hende“. Behandlingen er fra start fokuseret på forhold i hendes aktuelle og fortidige liv, og fra start har hun en grundlæggende tillid til, at terapeuten kan og vil hjælpe hende. Terapeuten kan således overvejende koncentrere sig om, hvad Eva fortæller, og om at udfordre Evas opfattelse af sig selv og andre mennesker.

Eksempel på mangelpatologi

Nanna er 29 år, og selv om hun er begyndt på talrige uddannelser, har hun aldrig fået færdiggjort en uddannelse. Hun har haft mange korterevarende ansættelser og har altid boet alene. Hun har ganske få bekendte og en enkelt veninde, der ligesom Nanna har psykiske problemer. I perioder misbruger hun narkotika, ligesom hun ofte benytter alkohol til at berolige sig selv. Nanna kommer i kontakt med psykiatrien efter et voldeligt overfald på en tilfældig forbi passerende, der „provokerede hende“ med, hvad hun oplevede som et nedvurderende og fjendtligt blik. Hun tilbydes et længerevarende psykoterapeutisk forløb. De første kontakter med Nanna er præget af massive konflikter, hvor hun mener, at terapeuten ser ned på hende og har fået til opgave at kontrollere hende. Ganske langsomt får Nanna så megen tillid til terapeuten, at hun kan begynde at fortælle om sit liv og om, hvordan hun oplever, at alle mennesker forfølger hende – og det afdækkes, hvordan hendes barndom har været præget af kaotiske familieforhold. I en periode har hun været anbragt i en plejefamilie, ligesom hun er blevet seksuelt misbrugt af en af familiens bekendte. Det terapeutiske arbejde er præget af, at belastende mønstre fra Nannas fortidige relationer vedvarende gentages/udspilles i den terapeutiske relation, hvilket stiller store krav til terapeutens evne til at rumme og undlade at reagere uhensigtsmæssigt på de stærke følelsesmæssige svingninger, der opstår i og omkring Nanna.

Boks 32.5. Overføring

- Indgår i alle mellemmenneskelige forhold
- Er det primære fokus i psykodynamisk psykoterapi
- Reaktiverer patientens fortid i forholdet mellem patient og behandler her og nu
- Fungerer som „hukommelse“ for fortiden
- Viser interpersonelle relationer, adfærd, følelser, fantasier og tanker, som spiller en rolle for patientens nutidige funktionsmåder og påvirker nutidige relationer
- Kan give anledning til, at behandleren oplever en form for pres eller trang til at reagere på en bestemt måde i forhold til patienten (i modoverføringen)

Boks 32.6. Den mentaliserende holdning

- Mentalisering i psykoterapi er en fælles proces, hvor patientens mentale tilstande fortløbende er genstand for opmærksomhed
- Terapeuten konstruerer og rekonstruerer løbende et mentalt billede af patienten for at hjælpe vedkommende til at forstå, hvad han/hun føler
- Både patientens og terapeutens oplevelse af deres samspil er af impressionistisk karakter
- Indebærer stor nysgerrighed omkring, hvordan adfærd kan hænge sammen med mentale tilstande
- Uoverensstemmelser identificeres og verbaliseres
- Forskellige perspektiver accepteres.
- Brug af aktiv udspørgen

KILDE: Bateman & Fonagy (2006)

Boks 32.7. Negative automatiske tanker afspejler underliggende skemata

En mand falder over en gren, der ligger på fortovet. Han tænker straks: „Åh nej, jeg kan ikke engang gå på fortovet uden at falde! Jeg duer ikke til noget.“	Depressiv tolkning („jeg duer ikke til noget“)
En anden mand falder over den samme gren, der ligger på fortovet. Han tænker straks: „Puha, det er farligt at gå her. Man må se sig for. Livet er farligt.“	Ængstelig tolkning („livet er farligt“)
Endelig falder en tredje mand over den samme gren og tænker straks: „Hvem har dog smidt den gren dér? Hvordan vidste han, at jeg ville komme og falde over den? Jeg må være på vagt. Andre mennesker vil mig det ondt!“	Mistænksom tolkning („andre mennesker vil mig det ondt“)

Boks 32.8. Kognitive forvrængninger

Overgeneralisering	Personen forventer, at noget, der er sket i en bestemt situation, også vil ske i andre situationer.	Peter skal fremlægge en rapport på arbejdet. Hans chef stiller nogle kritiske spørgsmål, hvilket får Peter til at konkludere: „Jeg duer ikke til noget. Hver gang jeg holder oplæg, går det galt!“
Selektiv abstraktion	Personen opfatter særlige dele af virkeligheden og udelader andre.	Peter hørte ikke, at chefen startede med at rose hans grundige rapport og præcise fremlæggelse. Peter hæftede sig kun ved det negative.
Personalisering	Personen opfatter hændelser i omverdenen som relateret til ham.	Under mødet, hvor Peter holdt sit oplæg, gabte hans kollega. Peter konkluderer: „Han synes, at jeg er dødkedelig og uinteressant at høre på.“
Dikotom tænkning	Opfatter verden i sort-hvidt/enten-eller (fx ond/god eller perfekt/fiasco).	„Enten er min fremlæggelse helt perfekt, eller også er den en total fiasko!“
Arbitrær slutning	Personen foretager en årsagssammenkædning af tilfældige faktorer.	En kollega går tidligere hjem fra arbejdet, end hun plejer. Peter konkluderer, at det „gør hun kun, fordi hun synes, at det er ubehageligt at være her efter min pinlige fremlæggelse“.
Forstørrelse/ formindskelse	Faktorer i omverdenen tillægges enten forstørret eller formindsket betydning.	Peter mener, at han er i fare for at blive fyret, fordi hans chef nu ved, hvor dum og uduelig han i virkeligheden er.
Katastrofetænkning	En hændelse tillægges urealistisk katastrofale følger.	Hvis han bliver fyret, vil han aldrig kunne få et nyt job, og han vil gå fallit. Familien må flytte fra huset, han vil blive skilt og miste kontakten til børnene.

Boks 32.9. Elementerne i dialektisk adfærdsterapi

- I den individuelle terapi arbejdes ud fra en fast struktur og et bestemt hierarki af temaer, som udgør dagsordenen i sessionen. Dette hierarki varierer med terapiens faser og patientens behov
- Færdighedstræning i gruppe centrerer om nogle basale færdigheder, der ofte er uudviklede hos borderline-patienter:
 - Opmærksomhed og nærvær (mindfulness), hvor patienterne lærer teknikker, der kan hjælpe dem til fx at nedregulere indre spændinger
 - Relationsfærdigheder, hvor de lærer færdigheder i at få opfyldt deres mål, bevare relationen til en anden og bevare deres selvrespekt
 - Færdigheder i følelsesregulering, således at patienten bliver mindre tilbøjelig til at komme op „i det røde felt“ rent følelsesmæssigt.
 - Hold ud-færdigheder, der skal minimere impulsiv adfærd
- Mellem sessionerne er der mulighed for at forebygge selvskadende adfærd ved telefonkontakt med terapeuten, der kan guide patienten i at bruge de færdigheder, som er indøvet i færdighedstræningen
- Teammøder med supervision og gensidig støtte

Boks 32.10. Eksempel på krisekort

Når jeg har det rigtig skidt, skal jeg prøve følgende:

- Tage et varmt bad
- Gå en tur med hunden
- Løbe en tur
- Lave mindfulness
- Ringe til Hanne
- Se en dvd

Boks 32.11. Yaloms kurative faktorer i gruppeterapi

- Indgivelse af håb
- Universalitet – oplevelse af, at ens problem ikke er enestående
- Tilvejebringelse af information
- Altruisme – mulighed for at give og modtage hjælp
- Korrigerende emotionelle oplevelser
- Interpersonel indlæring/indsigt
- Gruppesammenhold
- Katarsis
- Eksistentielle faktorer

Boks 33.1. Bions antagelser om grupper

Grupper eller organisationer vil periodevis fungere rationelt i forhold til hovedopgaven – som **arbejdsgruppe** – hvor målsætninger, rolledefinitioner osv. er klare. Det er imidlertid ikke muligt for grupper konstant at holde sig på sporet med hovedopgaven, idet der altid vil være vanskeligheder, fx med at lære af erfaring og med angsten for ikke at kunne være med eller præstere på den rigtige måde. Dette kan brede sig i gruppen og ligefrem føles som en trussel mod gruppens overlevelse. Når dette sker, aktiveres de basale gruppeantagelser, som er gruppens ubevidste forsvar mod angstpresset i gruppen. De basale gruppeantagelser, Bion nævner, er *afhængighedsgruppen*, *kamp/flugt-gruppen* og *pardannelsesgruppen*.

Afhængighedsgruppen er den afventende gruppe, der passivt venter på ressourcer, og som ofte forventer, at lederen (eller evt. en anden, som påtager sig uformel ledelse) vil kunne fortælle gruppen, hvad den nu skal foretage sig. Indtil dette finder sted, holder gruppen stort set op med at arbejde fornuftigt med at bruge sine egne ressourcer, i en slags laden stå til-tilstand. Som eksempel kan nævnes personalegruppen, der undlader at træffe ordinære, men væsentlige beslutninger vedr. bestemte patienter, før afsnitsledelsen er til stede. Da afsnitsledelsen kommer, føler de sig gjort fagligt ansvarlige i en unødvendig grad.

Kamp/flugt-gruppen er karakteriseret ved at flygte fra eller kæmpe imod en forestillet indre eller ydre fjende, fx som reaktion på skuffelse eller frustration over ikke at slå til som gruppe eller organisation. Ved flugt beskæftiger gruppen sig måske med helt irrelevante spørgsmål, udebliver eller kommer for sent til møder og aftaler osv. – og ved kamppositionen er der mistillid, rivalisering og fjendebilleder af nogen uden for eller evt. i gruppen, som så bliver syndebukke. Enkeltmedlemmer kan fx tillægges skyld for, at et arbejde mislykkes, selv om (og fordi) gruppen ikke har kunnet arbejde i fællesskab. Man kan i nogle situationer også iagttage, at et afsnit ubevidst har en slags „abonnement“ på negative holdninger eller syndebukke hos hinanden, sådan at man får mulighed for at skælde ud på de andre og deres holdninger i stedet for at arbejde med sin egen eller en fælles hovedopgave. Eksempel: „Vi har sagt igen og igen til naboafsnittet, at de ikke skal henvise patienter til os med denne diagnose! Og så gør de det alligevel!“ På naboafsnittet siger de: „De er altid så selektive inde ved siden af, nu vil de igen ikke modtage patienter!“ Hvis man skal ud af denne kamp/flugt-polarisering, som finder sted på begge afsnit, må problemet og arbejdsopgaven ses som fælles, og måske er det en større organisatorisk løsning, der skal til.

Pardannelsesgruppen etableres først og fremmest som en slags forhåbning om, at alting bliver bedre i fremtiden. Den illusoriske løsning på afdelingens problemer bliver her at vente på, at der opstår en subgruppe, som kan skabe en frelser, en slags arving, eller et magisk øjeblik, der kan blive undfanget i organisationen. Som eksempel kan nævnes den personalegruppe, som er overbevist om, at hvis blot afdelingssygeplejersken kan få overbevist centerledelsen om, at en bestemt ledig stilling nu skal besættes, vil alle afsnittets problemer med patienter på venteliste være løst.

Boks 33.2. Gundersons fem miljøterapeutiske variable

Beskyttelse: Interventioner, der har til formål at sikre patientens basale fornødenheder (mad, søvn, personlig hygiejne, passende påklædning, en låst dør osv.) samt forhindre destruktiv og grænseløs adfærd.

Støtte: Tiltag, der øger patientens realitetsforankring og tryghed og bidrager til en styrkelse af egofunktioner og selvfølelse, fx gennem praktisk hjælp og opmuntring og i kraft af personalets nærvær og omsorg.

Struktur: Ethvert aspekt af miljøet, der gør dette forudsigeligt og gennemskueligt og gør det muligt for patienterne at orientere sig mht. tid, sted og person. Miljøets dagligdag med faste møder og aktiviteter, klare regler og tydelig rollefordeling er eksempler på centrale elementer i den miljøterapeutiske struktur.

Involvering/engagement: Tilbud om og bestræbelser på at inddrage patienterne i afdelingens praktiske og sociale fællesskab med det formål at styrke egofunktioner og social kompetence. Miljøets grupper og det sociale samvær omkring miljøterapeutiske aktiviteter udgør sammen med tilskyndelse til dialog, samarbejde og erfaringsudveksling blandt patienterne væsentlige aspekter ved denne variabel.

Validering/gyldiggørelse: Enhver form for bekræftelse af patientens individualitet og værdi, der bidrager til oplevelsen af identitet, øget selvfølelse og evne til nærhed. At tage patientens udsagn alvorligt og at forholde sig undersøgende og reflekterende til symptomer og adfærdsforstyrrelser er betydningsfulde elementer i denne miljøterapeutiske variabel.

Boks 34.1. Faktorer, der fremmer recoveryprocessen

- Fremgang og håb
- Motivation og empowerment
- Engagement i meningsfulde sociale aktiviteter
- Udvikling af kompetencer
- Kontakt til ressourcer i det sociale netværk
- Psykosocial rehabilitering

Boks 34.2. Social anamnese med eksemplet Karin

Den sociale anamnese kan bidrage med vigtige informationer om:

- Grunden til den aktuelle situation (fødselsdepression)
- Om der skal gøres noget akut (fx om der bliver taget vare på mindreårige børn)
- Hvad der skal ændres i patientens hverdag for at hindre tilbagefald (parsamtaler, aflastning af patientens praktiske opgaver i hverdagen, fritidsklub eller lignende tilbud til ældste datter)
- Mål for, hvordan patienten har det psykisk i den videre behandling (hvor stressende er hverdagens opgaver, læring af nye copingstrategier)

Boks 34.3. Det sociale netværk

Det private netværk

- Samlever, børn, forældre, familie, venner, bekendte, naboer, kollegaer

Det frivillige netværk

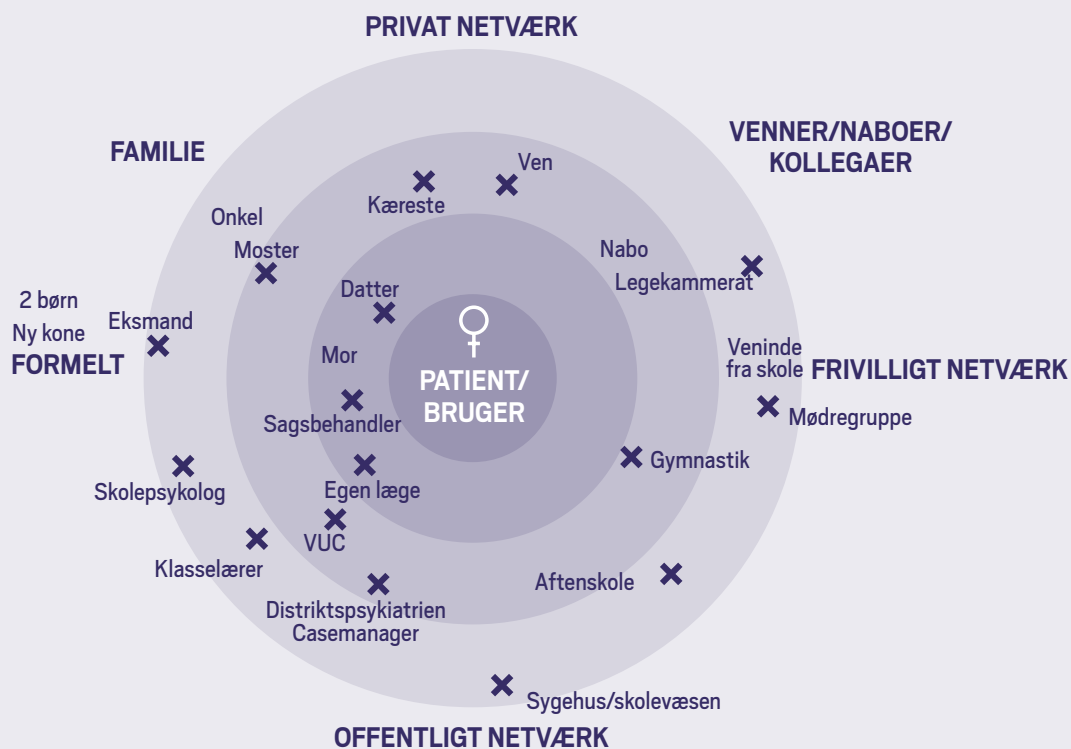
- Fritidstilbud (aftenskoler, kulturhuse, bibliotek), foreninger (spejder, idrætsforeninger, sportsklubber, interessegrupper m.m.), beboerforeninger, humanitære tilbud, patientforeninger

Det offentlige netværk

- Sundhedsvæsenet (hospitaller, behandlingspsykiatrien, egen læge), de kommunale tilbud (sagsbehandler, socialpsykiatrien i kommunen, skole, børnehave), ens arbejdsplads eller uddannelsessted

Boks 34.4. Hannes sociale netværkskort

Hanne er en fraskilt kvinde, der genindlægges på grund af psykotisk udbrud. Hun er hal-lucineret, bl.a. hører hun stemmer, der fortæller hende, at hun er en dårlig mor. Hanne er 32 år, nr. 3 af tre søskende og enlig mor til en datter på 10 år. Eksmanden er gift igen og har to børn. Hanne er muligvis kæreste med en ven, men hvor socialt forpligtet han føler sig, er uvist. Hans kontakt til datteren er god, men det er tvivlsomt, om han vil kunne passe hende i forbindelse med en indlæggelse. Hannes mor har siden hendes første psykotiske episode for ca. 10 år siden været en stor og trofast hjælp for Hanne, ikke mindst i forhold til pasning af datteren, men moderen bliver jo også ældre med tiden. Hun har netop rundet de 65 år og er blevet hjertesyg for et år siden. Hanne har ikke kontakt af betydning til sine øvrige søskende, og hun har ikke set sin far, siden han forlod familien, da hun var tre år gammel.



Det sociale netværkskort

Tiltag, der kan styrke Hannes private og frivillige netværk:

- Psykoedukation af det private netværk
- Familiesamtaler, der kunne udbygge og styrke familierelationen
- Parsamtaler med ven/kæreste, der kan afdække og styrke parforholdets muligheder
- Kontakte (sammen med patienten) borgerhuset og undersøge de sociale udviklingsmuligheder her
- Undersøge, om datterens kontakt til sin biologiske far skal udbygges
- Mulighed for en aflastningsfamilie til mor og datter

Boks 34.5. Valg af social indsats

FORMÅLET med psykosociale aktiviteter er at etablere eller genetablere en social funktionsevne med henblik på:

- At få et indhold
- At få en identitet
- At blive afledt i hverdagen

METODEN er træning i et socialt liv:

- Indhold besluttet ud fra:
 - Køn, alder, tidligere interesser og livshistorie
- Tager udgangspunkt i aktuelle handikap og socialt funktionsniveau
- Struktur besluttet ud fra:
 - Mindste middels princip
- Proces vælges under hensyntagen til:
 - Mestring, empowerment og recovery

Boks 34.6. Socialpsykiatriske tilbud

- Støttekontaktpersonordningen
- Social færdighedstræning
- Botilbud
- Aktivitetstilbud

Boks 35.1. Indikationer for ECT

- Svær depression med psykotiske symptomer, svær hæmning/agitation eller selvmordsfare
- Moderat depression, når anden behandling ikke virker eller ikke tåles
- Mani og bipolar blandingstilstand, når anden behandling ikke virker, eller hurtig effekt er påkrævet
- Akutte delirøse tilstande, når de er livstruende
- Skizofreni, når patienterne er urolige, destruktive eller farlige, og farmakoterapi ikke virker

Boks 36.1. Sygeplejerskens opgaver i psykiatrien

- Fungere som primær kontaktperson
- Observere patienten
- Yde somatisk omsorg og pleje
- Informere om og administrere medicin
- Varetage psykoedukation
- Opretholde relationer til pårørende
- Motivere til patientens egenomsorg
- Støtte patienten i at ændre eller fastholde en bestemt livsstil
- Administration og personaleledelse

Boks 36.2. Mål for den professionelle hjælper

- At myndiggøre patienten (eller empowerment), dvs. at inddrage det enkelte menneske i definitionen af vedkommendes problemer og mål for sin egen behandling
- At genoprette patientens tillid til sproget og til andre mennesker
- At hjælpe patienten til at genvinde fodfæstet i vores fælles virkelighed
- At styrke patientens jeg-funktioner, så han når det funktionsniveau, der sætter ham i stand til at møde de krav og udfordringer, hverdagen stiller

Boks 36.3. Sygeplejeplan

Problemer	Ressourcer	Tidligere problemløsninger	Ønsket mål	Ny problemstilling
Hvad plager dig mest, sådan som du har det nu? Hvorfor søger du hjælp?	Hvad er du glad for i dit liv? Hvilke egen-skaber ved dig selv sætter du pris på? Hvilke interesser har du? Har du nogen at tale med om det, der optager dig?	Hvordan har du tidligere forsøgt at løse dine problemer?	Hvordan mener du, at din livssituation skulle være, for at du skulle kunne leve et mere tilfredsstillende liv? (Konkretiser dine ønsker, fx i forhold til familieliv, boligsituation, arbejde og fritid.)	Kunne du forestille dig andre måder at løse dine problemer på? Hvordan mener du, at personalet bedst kan hjælpe dig? Hvilke fordele og ulemper vil den nye løsning medføre for dig? Hvilke af de nye muligheder vil du prøve?
KILDE: Inspireret af Glasser (1977)				

Boks 36.4. Samarbejdsprocessens fem trin

- *Accepter stemmehørerens oplevelse.* Stemmerne opfattes ofte som mere intense og virkelige end andre sensoriske oplevelser
- *Prøv at forstå det sprog, stemmehøreren benytter sig af* for at beskrive sine oplevelser, såvel som stemmernes eget sprog. Ofte er forskellige symboler og følelser involveret
- *Hjælp personen til at kommunikere med stemmerne.* Der kan fx være tale om at hjælpe vedkommende med at skelne mellem onde og gode stemmer og acceptere sine egne negative følelser. Denne accept kan i høj grad bidrage til at styrke selvagtelsen
- *Sygeplejersken skal opmuntre stemmehøreren til at møde andre mennesker, der har lignende erfaringer, og til at læse om emnet.* Det kan hjælpe ham eller hende til at overvinde følelsen af isolation og det tabu, der er knyttet til denne erfaring
- *Selvbestemmelse og viden om sig selv* er nøgleordene i denne tilgang

Boks 36.5. En forstående og bekræftende holdning til patienter med fastlåste forestillinger

- *Undersøg virkeligheden.* Når den mistænksomme patient føler sig tryk i forhold til sygeplejersken, kan man undersøge forestillingernes indhold. Dernæst bør man klarlægge, hvordan forestillingerne fungerer. Dominerer de personens tænkning? Hæmmer de hans evne til at koncentrere sig om andre ting? Gør de det svært for ham at fungere i hverdagen? Findes der alternativer til hans tolkninger af situationer og hændelser?
- *Accepter, at de fastlåste forestillinger ikke (nødvendigvis) er realistiske.* Sygeplejersken må tage hensyn til, at patienten fejltolker informationer fra omgivelserne. Ved at afvise patientens forestillinger vil man skubbe ham eller hende fra sig. I stedet bør man lytte opmærksomt for at forstå så meget som muligt af det, vedkommende formidler. At stille spørgsmål for at få yderligere information medfører ikke, at man støtter de fastlåste forestillinger – tværtimod kan svarene medvirke til, at sygeplejersken får en bedre forståelse af patientens måde at tænke på. Ved at forholde sig udforskende på denne måde kan man bibringe patienterne et mere nuanceret syn på sig selv, hvilket kan danne grundlag for en begyndende tvivl om ideernes holdbarhed.
- *De fastlåste forestillinger giver mening for patienten.* Indholdet i de fastlåste forestillinger er som regel organiseret omkring to hovedtemaer, nemlig *ønsker* og *frygt*. Ønskerne hidrører fra noget, den pågældende person savner eller længes efter. Frygten knytter sig til flere temaer såsom forfølgelse, svigt, skyld og sygdom. Ofte frygter personen, at han ikke magter at leve op til de forventninger (fx om perfektion), han nærer. Når frygten for utilstrækkelighed bliver mindre udtalt, kan patienten enten søge at få ønsket opfyldt eller opgive det – hvilket kan medføre, at den fastlåste forestillings styrke reduceres.
- *Materialet i de fastlåste forestillinger har også mening for den, der lytter.* Det er vigtigt, at man lytter efter centrale temaer og forbindelser mellem dem. Det symbolske indhold i de fastlåste forestillinger rummer vigtig information, der kan bidrage til, at man forstår patienten bedre. Forestillingen kan tjene som forsvar og lindring, i og med at den ofte er en reaktion på angst. Derfor bør man ikke angribe dette forsvar, når patienten er ængstelig. Når alliancen hviler på et trygt grundlag, vil patienten kunne se sig selv og verden på en mere nuanceret måde – og få mulighed for at indse, hvordan de fastlåste forestillinger forhindrer ham i at leve, som han ønsker.

KILDE: Hawthorne & McKenzie (1995)

Boks 36.6. Tiltag, der kan reducere angst og aggressioner

- Vær hos patienten, og tilbyd kontakt. Når patienten føler sig truet – og er aggressiv – er det nødvendigt at respektere hans eller hendes behov for „et personligt rum“ omkring sig. For meget fysisk nærhed kan virke angstfremkaldende.
- Kommunikationen skal være enkel og klar. Hjælperen skal forklare, hvorfor forskellige tiltag sættes i værk. Samtidig bør man forsøge at få patienten til at forklare, hvorfor han eller hun føler sig provokeret. Generelt gælder det, at hjælperen skal være åben og ærlig i mødet med patientens spørgsmål og verbale udfordringer.
- Sæt grænser. Man må markere, hvilke former for aggressiv adfærd der kan tolereres/ikke tolereres. Patienten har behov for overblik og kontrol, hvilket plejepersonalet eksempelvis kan fremme ved hjælp af forskellige former for skærmning. Skærmningen kan foregå ved, at patienten anbringes på sit eget værelse eller i et roligt hjørne af afdelingen. Under en sådan intervention er det vigtigt, at personalet markerer, at de har kontrol og overblik over situationen. Personalets tryghed vil kunne dæmpe patientens angst.
- Undersøg, om patientens reaktion skyldes hændelser i plejemiljøet.
- Et udbrud af aggression bør bearbejdes efterfølgende. Det er afgørende for samarbejdet, at patienten oplever sygeplejersken som en tillidsvækkende person – en forbundsfælle, som han eller hun kan dele sine følelser og oplevelser med, hvilket kan bidrage til en større forståelse af sammenhængen mellem angst og aggression og af andres reaktioner på den pågældende hændelse. Endvidere er det nødvendigt at tale om alternative måder at mestre angst og aggression på.

Boks 38.1. Konsultationsprocessens ni faser

<i>Patientens del</i>	Før	Før konsultationen: følelser, tanker, handlinger. Selvbehandling, alternative kure, kontakt med andre sundhedsprofessionelle
	Forholdet	Goddag, tilladelse, relationsopbygning
	Forestillinger Frygt Forventninger	Kan være alt fra en bagatel, fx halsbetændelse, til bastante krav til lægen eller eksistentielle spørgsmål om liv og død, skyld og skam. Indeholder patientens „model af verden“
<i>Lægens del</i>	Forståelse	Resumé af problemet og dets betydning for patienten, afklaring af patientens sygdomsopfattelse
	Forklaring	Anamnese, uddybelse, klinisk undersøgelse og forklaring, lægens sygdomsopfattelse
<i>Fælles del</i>	Forhandling	Forhandling om løsninger, forståelse af sygdomsmodeller, kontrakt
	Forhindre/Fremme	Ansvar, aftale, handling
	Følge op	Kontrol, sikkerhedsnet
	Farvel	Er konsultationen fuldført? Lægens „house-keeping“
KILDE: Larsen & Risør (1994)		

Boks 38.2. Typiske prodromalsymptomer og tidlige tegn på psykose

- Ændrede spisevaner, ændret døgnrytme, svigt i personlig hygiejne
- Irritabilitet, mistroiskhed, tristhed
- Begyndende tilbagetrækning fra omgivelserne
- Foruroligende oplevelser af, at tilværelsen eller personen selv er forandret
- Perceptionsforstyrrelser, fx forstærkede oplevelser af farver, lys og lyd

Boks 38.3. Betingelser for en vellykket shared care

- Lokal enighed om kriterier for henvisning til psykiatrisk speciallægebehandling
- Klar rollefordeling vedrørende ansvar for monitorering af den psykiske tilstand og lægemiddelbehandlingen
- Særlig journalregistrering af patienter, der omfattes af shared care
- Struktureret konsistent kommunikation mellem primærsektor og sekundærsektor, enten i form af konferencer i almen praksis, ambulant psykiatrisk speciallægeaktivitet i almen praksis eller liaisonteam-møder med almen praksis
- Aftaler om akut intervention
- Aftaler om regelmæssig evaluering (audit) af shared care-modellen

Boks 40.1. Spørgsmål ved selvmordstanker

- Har du tænkt på døden, fx at du ønskede at dø?
- Har du haft selvmordstanker? Har du det stadig?
- Er det noget, som du ofte har tænkt på? Hvor ofte? Gennem længere tid?
- Har du haft selvmordsplaner?
- Hvad havde du konkret tænkt på?
- Hvordan ville du begå selvmord?
- Har du overvejet, hvor farlig den selvmordsmetode er?
- Har du forberedt et selvmord? Hvordan?

Boks 40.2. Spørgsmål ved selvmordsforsøg

- Spørgsmålene fra boks 1
- Har du forsøgt at begå selvmord?
- Hvad har du gjort konkret?
- Handlede du efter en pludselig indskydelse?
- Havde du overvejet, hvor farligt selvmordsforsøget var?
- Hvad vidste du om de piller, som du tog en overdosis af?
- Hvad troede du, der ville ske ved, at du tog disse piller?
- Havde du undersøgt, hvor farlige pillerne var? Har du læst i bøgerne om dem?
- Ønskede du at dø? Eller ville du blot væk fra det hele?
- Hvilken tilstand var du i, da du forsøgte selvmord?
- Havde du drukket alkohol lige inden? Var du påvirket af alkohol? Eller af andre stoffer?
- Tilkaldte du selv hjælp?
- Hvordan blev du fundet? Hvem fandt dig?
- Havde du gjort noget for ikke at blive fundet?
- Havde du skrevet afskedsbrev? Til hvem?
- Hvordan ser du nu på, hvad du gjorde? Er du glad for, at du overlevede?
- Hvordan vil du selv forklare dit selvmordsforsøg?

Boks 40.3. Baggrunden for selvmordstanker og -adfærden

- Livsbegivenheder forud for selvmordsforsøget
- Motiver til selvmordsforsøget
- Belastende livsomstændigheder
- Psykisk sygdom og psykiatrisk behandling
- Personlighedsforstyrrelser
- Alkohol- og stofmisbrug
- Sociale forhold – herunder arbejde, familie, bolig og netværk
- Tidligere selvmordsforsøg
- Intention om at begå selvmord
- Personlige ressourcer
- Behandlingsbehov

Boks 40.4. Eksempel på kriseplan

- Aflede mig selv, fx se tv, strikke, sy, surfe på nettet, tegne eller male
- Flytte mig fra situationen, gå ind i et andet rum
- Tænke: „Jeg har prøvet det før. Det går over igen.“
- Løbe en tur
- Skrive mine tanker ned i min dagbog
- Tage Truxal 25 mg
- Jeg har lovet ikke at gøre skade på mig selv
- Ringe til Lis fra Opus, tlf.: xxxx xxxx (man-fre 9-16)
- Ringe til mine forældre, tlf.: xxxx xxxx
- Ringe til Lene, tlf.: xxxx xxxx
- Ringe til Jacob, tlf.: xxxx xxxx
- Ringe til PsykiatriFondens telefonlinje, tlf.: 39 25 25 25 (man-fre 11-23, lør-søn 11-19)
- Ringe til Livslinjen, tlf.: 70 201 201 (alle dage 11-23)
- Ringe til Psykiatrisk udrykningstjeneste via vagtlægen, tlf.: 70 13 00 41 (alle dage 16-08)
- Tage en taxa til psykiatrisk skadestue på Psykiatrisk Center Bispebjerg, Bispebjerg Bakke 23, 2400 Kbh. NV. Tlf.: 35 31 23 00

Boks 41.1. Eksempler på aggression som sekundær følelse

- Frygt
- Skam
- Jalousi kan udløse aggression
- Afmagt
- Frustration

Boks 41.2. Sociale sårbarhedsfaktorer

- Patienten har for nylig været udsat for en svær social hændelse med fx tab af job, penge, bolig, kæreste eller lignende
- Patienten har haft konflikter med pårørende og føler sig afvist
- Patienten er blevet udskrevet mod eget ønske til gaden eller har modtaget en trussel om udskrivning
- Patienten er flyttet til andet afsnit
- Patienten har været involveret i slagsmål eller kriminalitet
- Patienten har fået dom, evt. med udvisning fra landet
- Patienten bærer våben for at beskytte sig
- Patienten bliver forulempet eller krænket af syge medpatienter
- Der har været truffet tvangsforanstaltninger i forhold til patienten
- Patienten føler sig ikke velkommen på afsnittet, føler sig overset eller ikke respekteret

Boks 41.3. Variable i HCR-20

Historiske variable

- Tidligere voldsadfærd
- Ung alder ved første voldshandling
- Ustabilitet i parforhold
- Beskæftigelsesproblemer
- Misbrugsproblemer
- Alvorlig psykisk sygdom
- Psykopati
- Tidlige tilpasningsproblemer
- Personlighedsforstyrrelse
- Tidligere tilsynsovertrædelse

Kliniske variable

- Manglende indsigt
- Negative holdninger
- Aktive symptomer på psykisk sygdom
- Impulsivitet
- Dårlig behandlingsrespons

Risikohåndteringsvariable

- Urealistiske fremtidsplaner
- Eksponering for risikosituationer
- Mangel på personlig støtte
- Manglende behandlingskompliance
- Stress

KILDE: Webster & Jackson (1997)

Boks 41.4. Psykofarmakologisk behandling akut og vedvarende ved agitation/aggressivitet og truende vold

Lægemiddel/gruppe AKUTTE	Dosering i mg	Supplerende+ halveringstid	Særligt/forsigtighed
Lorazepam/benzodiazepin	0,5-2	Kan administreres oralt og im og iv 10-20	Ved ukendt anden medicinindtagelse obs akut potentielt livstruende respirationssvækkelse
Olanzapin/atypisk antipsykotikum	5-20	Kan administreres oralt som smeltetabl. og im 34-38	Kan være førstevalgspræparat i antipsykotika-gruppen
Ziprasidon/atypisk antipsykotikum	10-20	Kan administreres oralt og im 2-3	Giver QTc-forlængelse. Derfor forsigtighed ved basismedicinering med anden QTc-forlængende medicin
Haloperidol/typisk lavdosis-antipsykotikum	0,5-10	Kan administreres oralt og im 12-36	Kan være sidstevalgspræparat pga. generende, men ufarlige EPS-biv. Mindst cardiotoksicitet
Lægemiddel/gruppe VEDVARENDE			
Clozapin/atypisk antipsykotikum	200-600	Kun peroralt 10-105	Kræver god compliance. Bør overvåges og styres af speciallæge
Stemningsstabiliserende medicin af antiepileptikatype	Som ved epilepsi	Dokumenteret effekt svag	Sedation og andre bivirkninger til antiepileptisk behandling (se dette)
Antidepressiva af SSRI-type	Som ved depression	Dokumenteret effekt svag	Relativt ugiftigt. Stimulerende effekt kan være uhensigtsmæssig og øge agitationen
ECT (elektrokonvulsiv behandling)			Kan benyttes i sjældne svære tilfælde som supplement til ikke tilstrækkeligt virkende medikamentel behandling

Boks 41.5. Forholdsregler, der kan nedsætte risiko for voldelige episoder

- Forstå aggression, men tolerer ikke vold eller trusler
- Opøvn evnen til at identificere situationer med risiko for vold
- Mennesker er vigtigere end ting. Beskyt dig selv og andre
- Hold afstand til patienten, og nærm dig roligt
- Sørg for, at du kan forlade lokalet, hvis situationen bliver faretruende
- Hvis situationen er til det, så byd patienten en kop kaffe eller lignende, som signalerer omsorg og respekt
- Undgå at være alene med en patient, som du ikke kender, og sørg for, at du kan tilkalde hjælp
- Bevar din selvkontrol. Forbliv rolig og stilfærdig
- Undgå at signalere frygt og aggression i din holdning

I samtale med patienten

- Tal roligt, klart og tydeligt
- Lyt empatisk, vær engageret, og vis respekt
- Undgå kritik, og involver dig ikke i diskussioner med patienten
- Vær ikke overomsorgsfuld, og undgå ligegyldighed
- Vær verbalt aktiv og hold samtalen i gang
- Hold så vidt muligt alternative handlemuligheder åbne for patienten – og for dig selv
- Vær fortrolig med procedurer ved tvangsfiksering, magtanvendelse og tvangsbehandling
- Tænk diplomatisk. Vis respekt. Ingen må føle sig som taber i en situation. Det øger risikoen for afmagt, der igen øger risikoen for aggression

Boks 41.6. Når et personalemedlem har været involveret i en voldelig episode

Hvis en medarbejder har været indblandet i en voldelig episode, skal man huske følgende forholdsregler:

- Lægeundersøgelse umiddelbart efter episoden. De objektive fund noteres på skadeseddel
- Skadeanmeldelse skal skrives af medarbejderen, også selv om skaden synes ubetydelig
- Politianmeldelse skal altid overvejes
- De omgivende kollegaer skal give medarbejderen tid og rum til at tale om det, der er sket
- Der skal foranstalles debriefing ved en psykolog (eller en fra en anden faggruppe), der er knyttet til afsnittet
- Man skal være opmærksom på tegn på akut krisereaktion, og man skal sikre sig, at medarbejderen ikke skal være alene hjemme
- Krisesamtale skal tilbydes medarbejderen, helst dagen efter, og ved yderligere behov for professionel støtte skal dette ske hos ekstern psykolog. Mange hospitaler har forsikringer, der muliggør akut hjælp inden for 24 timer
- Gruppens omsorg skal tydeligt formidles til medarbejderen. Få arrangeret, at vedkommende bliver ringet op de kommende dage af en kollega, som hører, hvordan det går

Boks 41.7. Reaktioner efter voldelig episode

1. fase varer fra minutter til timer. Den umiddelbare reaktion efter volden er frygt efterfulgt af overraskelse og vrede. Ofte opstår også en følelse af udmattelse.
2. fase er præget af depressive symptomer. Ud over nedtrykthed er der ofte følelser af håbløshed og utilstrækkelighed samt søvnbesvær. Skyldfølelser kan også være til stede, men er ofte sammenblandet med vrede og følelsen af at være blevet ydmyget og krænk-
ket. Ofret for voldsepisoden har ofte mistet sin selvtillid, og tankerne kredser om arbejdet på afdelingen, som virker uoverskueligt. Mange bebrejder sig selv det, der er sket, og skyldfølelserne kobler sig med utilstrækkelighedsfølelser. Oplevelsen af ikke at du til jobbet er meget almindelig. Derfor mister mange den faglige identitetsfølelse og overvejer at skifte job.
3. fase kan vare i måneder efter voldsepisoden. De depressive symptomer bliver i denne fase afløst af frygt for igen at blive udsat for vold. Den, der har været udsat for en volds-episode, vil ofte stadigvæk være usikker på sig selv, og der kan være en tendens til at overvurdere risikoen for en ny voldsepisode.
4. fase. I denne fase fungerer den, som har været udsat for en voldsepisode, igen normalt, og episoden er tilsyneladende glemt eller trængt i baggrunden. Imidlertid kan voldsepi-
soden optræde i drømme eller genopleves i forbindelse med situationer på afdelingen, hvor der er optræk til vold eller tab af kontrol. Efterhånden går der længere og længere tid mellem de ubehagelige oplevelser, og følelser med relation til voldsoplevelsen afbleges og forsvinder efterhånden helt.

Boks 42.1. Kønsforskelle ved psykiske lidelser

Lidelse	Ratio M/K	Bemærkninger om kønsforskel
Organiske psykiske lidelser: • Alzheimers demens • Blodprotsdemens (vaskulær demens)	1/2 2/1	Overvejende biologisk betinget
Misbrugsbetingede lidelser: • Alkoholmisbrug • Stofmisbrug • Medicinmisbrug	2/1 3-4/1 1/3	Overvejende socialt betinget
Skizofreni	1,2/1	Biologisk, psykologisk, socialt
Unipolar depression	1/2-3	Større kønsforskel, jo mildere depressionen er
Bipolar affektiv lidelse	1/1	Stærkt element af arv
Nervøse og stressrelaterede tilstande	1/2	Psykologisk, socialt
Spiseforstyrrelser: • Anoreksi • Bulimi	1/10 1/8	Psykologisk
Personlighedsforstyrrelser	1/1	Variation i typen af personlighedsforstyrrelse
Psykisk udviklingsforstyrrelse: • Autisme • Aspergers syndrom	10/1 10/1	Biologisk
Adfærdsforstyrrelser i barndommen: • ADHD	10/1	Biologisk, socialt
Selv mord	2-3/1	Psykologisk, socialt
Selv mordsforsøg	1/4	Stort mørketal
Selvskadende handlinger	1/4	Stort mørketal

Overvejende biologiske forklaringer på kønsforskelle ses ved organiske psykiske lidelser, ved bipolar depression og ved udviklings- og adfærdsforstyrrelser. Psykologiske forklaringer ses især ved nervøse og stressrelaterede lidelser og ved spise- og personlighedsforstyrrelser. Sociale forklaringer er overvejende ved misbrugslidelser, hvor mændene tegner sig mest for det illegale misbrug, kvinderne mest for det legale. Skizofreni og depression er influeret væsentligt af alle tre elementer i det biopsykosociale paradigme.

Boks 42.2. Psykisk sygdom i et livsforløb

Tidlig debut	• Udviklingsforstyrrelser, autisme, Aspergers syndrom, ADHD • Skizofreni, depression	• Livslange konsekvenser • Dårlig prognose
Sen debut	• Skizofreni hos kvinder	• Flere paranoide syndromer
Sygdomme, der optræder udelukkende eller fortrinsvis i bestemte livsafsnit	• Spiseforstyrrelser • Selvskadende handlinger • Demens	• Sen pubertet – ungdom • Sjælden før 60-årsalderen
Livsfaser	• Depression hyppigst for kvinder i fertil alder • Kriminalitet, vold, stofmisbrug	• Aftagende hyppighed med årene af depression, angst • Sjældnere efter 40-årsalderen
Alderens virkning	• Større risiko for komorbiditet med fysisk sygdom, fx hjertesygdom og depression • Affekt ved tab • Selvmord • Selvmordsforsøg	• Stigende med alderen • Faldende med alderen • Stigende med alderen for mænd • Faldende med alderen for begge køn
Patoplastisk effekt af alder	• Depression • Skizofreni	• Sent i livet flere kognitive forstyrrelser • Færre primære symptomer, mindre affekt, mindre bizar adfærd
Én lidelse bygger oven på en anden	• Skizofreni og misbrug • ADHD og misbrug, kriminalitet • Borderline-forstyrrelse, spiseforstyrrelse, selvskadende handlinger, misbrug	• Aftagende med alderen • Aftagende med alderen • Aftagende med alderen

Boks 43.1. Forskellige former for liaisonpsykiatrisk behandling

- Psykiatrisk tilsyn på somatisk afdeling
- Liaisonpsykiatriske enheder med ambulatorievirksomhed
- Shared care mellem almen praksis og liaisonpsykiatrisk enhed
- Liaisonpsykiatrisk behandling alene i almen praksis
- Liaisonpsykiatrisk behandling ved psykologer tilknyttet somatiske specialafsnit
- Liaisonpsykiatrisk behandling ved plejepersonale og læger i somatiske afsnit

Boks 43.2. Diagnoser ved psykiatrisk tilsyn på somatisk afdeling

Diagnosegrupper	Hyppighed %
Affektive sygdomme (specielt depressioner)	20-50
Kognitive forstyrrelser (akut organisk psykosyndrom og demens)	15-30
Misbrug	10-15
Psykotiske tilstande	10-15
Adfærdsforstyrrelser	10
Angsttilstande	10
Hyppigheden er et skøn foretaget på baggrund af en række undersøgelser	

Boks 43.3. Problemstillinger ved psykiatrisk tilsyn

Generelle	Specifikke
• Psykisk sygdom betinget af somatisk sygdom • Akut organisk psykosyndrom (delir) • Alkohol- og stofmisbrug • Selvmordsforsøg og selvskadende handlinger • Somatoforme eller funktionelle tilstande • Psykiske reaktioner på somatisk sygdom og indlæggelse	• Neurologiske sygdomme • Kardiovaskulære sygdomme • Gastrointestinale sygdomme • Leversygdomme • Endokrine sygdomme • Diabetes • Reumatologiske sygdomme • Gynækologiske sygdomme • Hudsygdomme • Brandsårsklinik • Transplantationer • HIV og AIDS • Intensivt afsnit • Onkologi • Palliativ pleje • Kroniske smertetilstande

Boks 43.4. Områder, som skal dækkes ved vurdering af patienter med selvskadende handlinger

- Vurdering af psykisk sygdom, vurdering af psykotisk tilstand, psykiatrisk anamnese
- Problemer og begivenheder, som går forud for de selvskadende handlinger
- Selvmordshensigter og andre motiver
- Aktuelle eller vedvarende vanskeligheder
- Misbrug af alkohol eller andre stoffer
- Personlighedstræk og personlighedsforstyrrelse
- Livsforløb, herunder den familiære historie
- Tidligere selvskadende adfærd og konsekvenser heraf
- Risiko for selvmord
- Personlige ressourcer og støtte
- Mulighed for efterbehandling og patientens ønske om at forpligte sig

Boks 43.5. Den kliniske tilsynsvirksomhed

- En somatisk afdeling erkender et behov for psykiatrisk vurdering og behandling og udbejder sig et tilsyn. Initiativet er derfor ikke patientens eller den tilsynsgående psykiaters.
- Det er vigtigt at gå i dialog med henvisende læger og plejepersonale på den henvisende afdeling, da det reelle behov ofte er anderledes end det, som fremgår af tilsynet.
- Det skal afklares, om patienten er informeret om det psykiatriske tilsyn.
- Etablerer en terapeutisk alliance med patienten, hvilket forbedrer mulighederne for at få afklaret patienten psykopatologisk og diagnostisk.
- At undersøge den sammenhæng, hvor tilsynet foregår, herunder at danne sig et indtryk af de institutionelle rammer, som patienten behandles i. Være opmærksom på overføringsreaktioner fra den henvisende læge, plejepersonale og patienten.
- På en pædagogisk, relevant og realistisk måde at forklare patienten årsagen til hans tilstand og den mulige behandling, hvis det skønnes muligt for patienten at forstå en forklaring i hans eller hendes aktuelle psykiske tilstand.
- Være parat til at kommunikere med svært syge eller døende patienter og deres pårørende.
- Tage stilling til adfærdsforstyrrede patienter, som modsætter sig en given behandling, og afklare, hvilke forholdsregler som er nødvendige. Herunder tage stilling til tvangsbehandling.
- At rådgive plejepersonale og henvisende læge om måder at forholde sig til patienter, som ikke følger en given behandlingsprocedure.
- Diagnostisk og terapeutisk information kommunikerer videre til den henvisende læge og plejepersonalet på den afdeling, hvor patienten er indlagt. Tilsynet bør formuleres i et sprog og så tilpas detaljeret, at det let forstås af de henvisende instanser.

Boks 44.1. Praktiske anbefalinger

1. Tolkning

- Brug altid professionelle tolke
- Gør altid patienten og tolken bekendt med tavshedspligten
- Brug samme tolk til samme patient under hele behandlingen

2. Kontakt mellem behandler og patient

- Vær opmærksom på forskellen mellem din opfattelse af *sygdommen* og patientens oplevelse af sin *lidelse*
- Vær opmærksom på den følelsesmæssigt ladede udveksling af projektioner og identifikationer i forbindelse med *den kulturelle overføring*
- Tænk på, at følelsernes udtryk er forskellige i forskellige kulturer

3. Diagnostik

- Anvend altid de diagnostiske kriterier med skønsomhed og fleksibilitet

4. Medicinsk og psykoterapeutisk behandling

- På grund af den omfattende genetiske polymorfisme skal man altid måle *plasmakoncentrationen*, når man ordinerer behandling med et nyt præparat
- Under psykoterapien skal man være opmærksom på betydningen af eventuelle *trauma*, *tab* og *identitetstransformationer*
- Læg særlig vægt på etablering af et godt samarbejde med patientens familie

Boks 44.2. DSM-IV's kulturelle dimension ved den psykiatriske diagnosticering

Patientens kulturelle identitet

- Etnisk og kulturelt tilhørsforhold
- Graden og arten af tilknytning til henholdsvis oprindelseslandets og det aktuelle lands kultur
- Sprogfærdigheder på modersmålet, det nye lands sprog og evt. andre

Patientens forklaringsmodeller vedr. sygdom

- Den kulturelle gruppes vurdering af symptomernes betydning og sværhedsgrad
- Den kulturelle kategorisering / diagnosticering af symptomerne
- Kulturelt formede forklaringsmodeller
- Ønsker om og erfaringer med traditionel og lægelig behandling

Patientens sociale miljø og funktion

- Aktuelle psykosociale belastninger, inkl. kulturelle bedømmelser heraf
- Tidligere belastninger
- Aktuelt og tidligere funktionsniveau
- Social og emotionel støtte fra familie, religiøst og socialt netværk

Relation mellem patient og behandler

- Kulturelle og sociale forskelle, der vanskeliggør forståelse og diagnosticering
- Sproglige vanskeligheder
- Behandlerens usikkerhed på, hvad der er normalt i patientens kulturelle sammenhæng
- Usikkerhed, hvad angår relationens karakter

Sammenfatning og diagnose

KILDE: Nørregaard (2002)

Boks 44.3. Temaer i psykoterapien

- Eventuelle traumer og multiple tab
- Identitetstransformationen og faren for accept af en negativ social identitet
- Accept af en kulturel integration i de nye omgivelser i stedet for enten en bevidstløs assimilation eller en rigid bundethed til traditionen
- Opmærksomheden rettes hele tiden mod den underliggende emotionelle akse af sorg, skam, vrede og loyalitetskonflikt

Boks 44.4. Geografisk udbredelse af kulturrelaterede syndromer

	Amerika	Arktisk område	Asien	Stillehavet
Koro			Sydkina Indone- sien Thailand	
Daht			Indien Pakistan	
Frigofobi eller Pa-len			Kina Taiwan	
Windigo		Arktisk Canada		
Malgri				Australien
Amok			Malaysia Laos Thailand	Papua New Guinea
Cargokulten				Melanesien
Taijinkyofusho			Japan Korea	
Pibloktoq		Grønland Alaska Canada		
Latah (Imu)			Japan Malaysia Burma Indonesien	
Susto	Latinamerika			
Ataque de nervios	Latinamerika			
Spiseforstyrrelser	Nordamerika Europa			
KILDE: Tseng (2001)				

Boks 47.1. Antal personer udsat for de fire overtyper af tvangsanvendelse fordelt på iværksættelsesår for tvangsforanstaltningen og patientens køn

Type af tvangsforanstaltning	Køn	År				
		1999	2000	2001	2002	2003
1. Frihedsberøvelse	Uoplyst køn	1	-	5	5	2
	Mænd	1505	1764	1766	1825	1719
	Kvinder	1496	1734	1749	1762	1760
2. Tvangsbehandling	Uoplyst køn	-	-	4	-	1
	Mænd	289	331	322	342	314
	Kvinder	349	373	369	376	352
3. Fiksering og fysisk magtanvendelse	Uoplyst køn	1	1	3	5	1
	Mænd	1547	1637	1613	1709	1606
	Kvinder	1220	1367	1440	1430	1363
4. Beskyttelsesforanstaltning	Mænd	251	239	250	235	229
	Kvinder	219	238	208	224	192

Obs! Antallet af personer kan ikke summeres på tværs af tvangskategorier, idet én person kan tælle med i flere kategorier, såfremt vedkommende har været udsat for flere typer af tvang inden for et givet år.

Boks 47.2. Den procentvise andel af personer berørt af tvang

	Antal indlagte på psykiatrisk afdeling	Antal personer berørt af tvang	Antal tvangs- foranstaltninger	Andel i % berørt af tvang
2005	24.490	5.130	23.157	20,9
2004	24.872	4.971	20.325	20,0
2003	25.991	5.061	22.363	20,0
2002	25.199	5.182	22.759	20,6
2001	25.132	5.496	22.097	21,9
2000	24.785	4.995	23.894	20,2

Boks 47.3. Indikationer for frihedsberøvelse

- Personen er af læge erklæret sindssyg eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed
- Det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling
- Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring vil ellers blive væsentlig forringet

ELLER

- Den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre

Boks 47.4. Anvendelse af tvangsfiksering

Tvangsfiksering må kun anvendes for at afværge, at en patient:

- Udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred
- Forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter ELLER
- Øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang

Boks 47.5. Straffelovens tre paragraffer af betydning for sindslidende

§ 16. Personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, straffes ikke. Tilsvarende gælder for 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 gerningstidspunktet var mentalt retarderede i lettere grad, straffes ikke, medmindre særlige omstændigheder taler for at pålægge straf. Tilsvarende gælder for personer, der befandt sig i en tilstand, som ganske må ligestilles med mental retardering.

§ 68. Hvis en tiltalt frifindes 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, bestemmelse vedrørende opholdssted eller arbejde, afvænningsbehandling 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 omsorg. Anbringelse i forvaring kan ske under de betingelser, der er nævnt i § 70.

§ 68a omfatter betingelserne for ved mildere forbrydelser begået af sindslidende at idømme tidsbestemte særforanstaltninger i henhold til § 16's persongruppe.

§ 69. Befandt gerningsmanden sig ved den strafbare handlings forøvelse i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse 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.

§ 69a omfatter betingelserne for ved mildere forbrydelser at idømme tidsbestemte særforanstaltninger i henhold til § 69's persongruppe.

Boks 48.1. Videnskabsopfattelser

Det naturvidenskabelige erkendelsesparadigme

Sygdomme og sygdomsprocesser er objektivt konstaterbare fænomener (med biologisk struktur). Behandlingen er primært teknisk (medicin, ECT/TMR, kirurgi).

Det psykoanalytiske erkendelsesparadigme

Sygdomme og sygdomsprocesser er både konstitutionelle og subjektive fænomener med en individuel udviklingshistorie. Psykisk struktur har både en intrapsykisk og en intersubjektiv karakter. Behandlingen er længerevarende psykoterapi/psykoanalyse.

Det fænomenologiske erkendelsesparadigme

Sygdomme og sygdomsprocesser forstås som meningsdestruerende processer i bevidstheden, vedrørende bl.a. oplevelser af kroppens væren-i-verden, selvbevidsthed og reflektiv bevidsthed i tid og rum. Diagnosen fastlægges ud fra interview med vægt på karakteristika ved første persons-oplevelsen (af intentioner, situationer, andre mennesker osv.), og behandlingen er biologisk eller psykologisk.

Det systemiske erkendelsesparadigme

Sygdomme og sygdomsprocesser er egenskaber ved systemet som sådant og ikke knyttet til det enkelte individ. Systemet kan observeres og forstås fra forskellige synsvinkler, som hver især kan være sande på deres egen måde. Behandlingen består i at udsætte systemet for ændringer, hvorved dets enkelte elementer kan ændres.

Det eksistentialistiske erkendelsesparadigme

Udspringer af det fænomenologiske paradigme. Har ikke noget specielt syn på psykisk sygdom (indskrænkning af bevidsthedens frihed). Behandlingen er psykoterapi vedrørende eksistentielle emner: magt og afmagt, at handle og at tænke, at have og at være, det kendte og det fremmede, afhængighed og autonomi, forbundethed og isolation m.m.

Det kognitionsvidenskabelige erkendelsesparadigme

Ser bevidstheden som et informationsbearbejdende system bundet til sansning, perception, følelse og tanke. Psykisk sygdom skyldes fejl i informationssystemet, og evt. diagnostik er bundet til fejlenes effekt på personens adfærd og oplevelser. Behandling er primært kognitiv adfærdsterapi (psykoterapi).

Det behavioristiske erkendelsesparadigme

Betragter kun beskrivelse af observeret „stimulus-organisme-respons-konsekvens“ som udgangspunkt for valid erkendelse. Psykisk sygdom er således uhensigtsmæssige afvigelser fra normale/forventede „s-o-r-k“. Behandlingen er primært adfærdsterapi med positiv og negativ reforcering, desensibilisering osv. (psykoterapi).

Det antropologisk-sociologiske erkendelsesparadigme

Sygdomme eksisterer, men er præget af den kultur, de forekommer sig i, hvilket diagnosticering og behandling må tage hensyn til.

Boks 49.1. Centrale definitioner

- **Behandlingsregi**
Det organisatoriske niveau, hvor behandlingen finder sted.
- **Stationær psykiatri**
Patienten er indlagt og har adgang til behandling og pleje 24 timer i døgnet.
- **Ambulant psykiatri**
Patienten modtager behandling med varierende intensitet og i varierende omfang (alt fra flere gange dagligt til adskillige ugers mellemrum), men hovedsagelig opholder vedkommende sig i sine sædvanlige omgivelser og tilbringer under alle omstændigheder natten hjemme.
- **Daghospitalsbehandling**
Ambulant behandling med et hyppigt fremmøde og et intensivt miljøterapeutisk program.
- **Akut**
Kontakten er ikke planlagt, men patienten modtages og vurderes inden for 24 timer.
- **Distriktpspsykiatri**
En samlebetegnelse for en organisationsform, der tager udgangspunkt i tilknytning til et geografisk område. Her flyttes fokus fra indlæggelser til ambulant behandling, og arbejdet foregår tværfagligt og tværsektorielt.
- **OPUS og TIT**
I amternes tid „døbte“ man forskellige enheder forskelligt, selv om de dækkede over det samme. Således hedder tidlige interventionsteam for unge med debuterende psykoser OPUS (opsøgende psykoseteam for unge med skizofreni) i København og Århus og TIT (tidlig interventionsteam) på Fyn og i Sønderjylland.

Boks 49.2. Kommunale og regionale tiltag

Kommunale tiltag/ primærsektor	Regionale tiltag/sekundærsektor
• Praktiserende læge • Praktiserende speciallæge • Psykolog med sygesikringsoverenskomst • Sociale myndigheder, herunder socialforvaltning, beskæftigelsesforvaltning og hjemmeplejen • Socialpsykiatri, herunder bosteder og væresteder, psykiatrikoordinatorer og støtte-kontaktpersoner	• Skadestuer, herunder mobile team og udrykningstjeneste • Intensive/lukkede/skærmede afsnit • Åbne afsnit • Distriktpspsykiatri, herunder specialiserede team, fx tidlig intervention, opsøgende team • Ambulatorier, dels generelle, dels specialiserede i forhold til diagnoser • Liaisonpsykiatri • Forskningsenheder
Opgaver • Rehabilitering • Forebyggelse • Forsørgelse • Beskæftigelse/aktiviteter	Opgaver • Udredning • Visitation • Behandling • (Rehabilitering)
Fælles opgaver Samordning	

Boks 49.3. Nogle grunde til at indlægge patienter

- Behov for intensiv overvågning, observation og skærmning i forbindelse med selvmordsfare, eller at patienten er til fare for andre
- Der er sket et sammenbrud i patientens sociale funktion, således at vedkommende ikke kan tage vare på sig selv
- Der er brug for aflastning af netværk
- Behov for specialiseret udredning, som kræver 24-timers døgnobservation af tilstand, søvnmønster, adfærd m.v.

Boks 49.4. Vigtige principper for tilrettelæggelsen af behandlingen i distriktpsychiatrien

- Geografisk nærhed
- Tilgængelighed
- Kontinuitet såvel inden for sundhedsvæsenet som mellem de sundhedsfaglige og de socialfaglige ydelser
- Inddragelse af familie og andet netværk
- Tæt lokalt samarbejde med primærsektoren, de sociale myndigheder og andre interessenter
- Forebyggelse

Boks 49.5. Kompetencecentrenes primære opgaver

- Behandle patienter med særligt komplicerede patientforløb
- Tilbyde second opinion med henblik på vejledning og supervision
- Udvikle og videreformidle behandlingsprogrammer for den specifikke målgruppe
- Undervise personalet i hovedfunktionen i disse behandlingsformer
- Supervisere og kvalitetssikre behandlingen
- Forske og dermed skabe evidens for yderligere udvikling af behandlingsprogrammer

Boks 49.6. Nøgletal

Psykiatriens personale 2007

9.176 personer fordelt på bl.a.

- 1.277 læger,
- 596 psykologer,
- 3.104 sygeplejersker,
- 2.933 social- og sundhedsassistenter/
plejere,
- 324 socialrådgivere,
- 456 fysio- og ergoterapeuter

Psykiatriske kontakter 2007

- 93.447 borgere
- Indlæggelser: 37.731 akutte, 3.810
planlagte
- Sengedage: ca. 1 million
- Ambulante kontakter: ca. 100.000
afsluttede
- Skadebesøg: ca. 48.000

Boks 50.1. Interessenter og deres interesser

Interessent	Særlig interesse
• Henvisende instans • Patient • Pårørende • Ansatte medarbejdere • Medarbejdere under uddannelse • Ledelse • Eksterne institutioner • Politikere	• Smidig henvisningsmulighed • Imødekomme, rettidig behandling • Inddragelse, forståelse • Meningsfuld arbejdsdag, indflydelse, løn • Læring • Helhed, organisatorisk ansvar, ressource-anvendelse, budget • Relevant information og data vedrørende behandling • Overholdelse af politiske beslutninger på området

Boks 51.1. Supervisionslignende aktiviteter

Coaching, der stammer fra sportsverdenen, hvor en coach er en træner. Coaching kan have forskellige fokuspunkter og behøver ikke at handle om patienter og patientbehandling. Coaching er en fremadrettet, målsøgende samtaleform, hvor coachen hjælper den anden til at reflektere over og lære af sine erfaringer for at afsøge handlemuligheder i forhold til kliniske problemstillinger eller i forhold til fx karriereudvikling.

Sygeplejefaglig vejledning adskiller sig fra traditionel vejledning ved at være mere dynamisk, men mindre personorienteret end supervision. Sygeplejefaglig vejledning kan defineres som „en struktureret refleksionsproces, som giver mulighed for at fordybe sig i faglige og relationelle problemstillinger fra den daglige praksis og via vejledningsprocesser opnå nye erkendelser og handlekompetencer. Faglig vejledning er et vigtigt bidrag til, at ansatte i sundhedssektoren bliver i stand til at håndtere en kompleks hverdag med mange opgaver, patientkontakter og samarbejdsrelationer“ (Fagligt Selskab for Sygeplejefaglige Vejledere, 2006).

Undervisning foregår næsten alle steder i sundhedssystemet, hvor yngre lærer af ældre, eller uddannelsessøgende lærer af færdiguddannede. Medicin-, psykologi- og socialrådgiverstuderende er blot nogle få af de faggrupper, der er repræsenteret på hospitalerne. Hertil kommer sygeplejeelever, ergoterapeut- og fysioterapeutstuderende samt lægesekretærelever. Alle disse faggrupper modtager undervisning, hvor den færdiguddannede lærer kommer med stoffet, som den studerende skal tilegne sig. Der er primært tale om vidensformidling. Vejledning kan være en del af undervisningen. Vejledningen består af „instruktion i relativt konkrete forhold eller forskrifter vedrørende nogenlunde givne og forudsete situationer og hændelser“ (Aagaard, 2002). Pointen er, at de personlige elementer træder i baggrunden, når det drejer sig om undervisning og vejledning.

Konsultation betyder egentlig rådspørgen eller rådslagning. Konsultation er noget, der foregår mellem to ligemænd, hvor den ene måske har en viden, som den anden har brug for, og derfor tages med på råd. Konsulenten kan tilhøre et andet fagområde, som det fremgår ved tilsynsvirksomhed. Her kan en somatisk afdeling konsultere psykiateren med henblik på at få hans vurdering og råd i relation til en patient.

Personaletræning foregår oftest ved, at hele afdelingen eller alle personalemedlemmerne i en arbejdsenhed mødes med en ekstern personaletræner. Formålet er at udvikle kommunikation og samarbejde i en personalegruppe med det videre formål, at den som arbejdsenhed kan fungere optimalt og udnytte alle ressourcer, som er til stede i gruppen i forhold til dens arbejdsfunktion og trivsel. Personaletræning fokuserer på de kollegiale, ledelsesmæssige og organisatoriske forhold. Både supervision og personaletræning har fokus på de dynamiske processer i arbejdsfunktionen, men med primært fokus på henholdsvis behandlingsfunktionen (supervision) og medarbejder-ledelsesforhold og de interkollegiale relationer. Begge griber på flere måder ind i hinanden.

Endelig er det vigtigt at skelne supervision fra den aktivitet, der foregår på *behandlingskonferencer*, hvor patientens behandling bliver planlagt og evalueret. Supervision er et rum for refleksion, mens behandlingskonferencer, der i sagens natur også kan være didaktiske, er et sted, hvor der tages beslutninger vedrørende behandling. Dette er ikke tilfældet i supervision, hvilket i praksis i psykiatrien kan være nødvendigt at understrege igen og igen, formodentlig fordi der er et stadigt krav om handling.

Boks 51.2. Eksempler på supervisionsfokus

En praktiserende læge bringer flere gange en sag op, hvor han fortæller om en ældre kvinde, der igen og igen kommer i praksis med diffuse, nonspecifikke symptomer, men tydeligvis forpint og hjælpsøgende. Han føler sig i stigende grad afmægtig og inkompetent i forhold til hendes problemer og er ved at blive grundigt træt af hende. Første gang han bringer relationen til hende op til supervision, fortæller han, at hun kommer i konsultationen flere gange om ugen, og at dette efterhånden er ret belastende. Han søger råd om, hvad han skal gøre for at hjælpe hende bedst muligt.

Eksempel på patientfokuseret supervision:

Supervisor og den resterende del af supervisionsgruppen fokuserer på patienten og hendes situation. De finder ud af, at der ikke synes at ligge noget somatisk til grund for hendes hjælpsøgende adfærd, og man bliver hurtigt enige om, at hun savner „omsorg, kærlighed og kontakt“, efter at hendes børn er flyttet hjemmefra, og hendes mand er død. Hun er desperat angst for at blive forladt og alene og bruger derfor lægen til at få dækket noget af sit kontaktbehov. Supervisor foreslår lægen at give hende en fast tid en gang om ugen i en periode for på den måde at sætte nogle rammer op om deres kontakt. Når hun ringer eller kommer i konsultationen uden for deres aftale, kan han så henvise hende til deres faste tid (tirsdag eftermiddag kl. 15.30), hvor han har sat en time af til at tale med hende. Han forsøger dette regime i nogle måneder, men uden sikker effekt.

Eksempel på procesfokuseret supervision:

Næste gang han bringer hende op, er han tydeligt mærket af sin oplevelse af magtesløshed og utilstrækkelighedsfølelse. Supervisor kan i sig selv mærke en form for irritation og usikkerhed med hensyn til, hvordan han nu skal gribe sagen an. Han ved ikke helt, hvad han skal stille op, men vælger at se nærmere på processen mellem lægen og patienten, samtidig med at han forsøger at „lytte til sine egne indre fornemmelser“ med tanke på fænomenet parallelprocesser. Lægen starter fremlæggelsen af sagen med at fortælle, at han føler sig både magtesløs og irriteret, når patienten i god tid før deres aftale sidder i venteværelset. Det sker ofte, at lægen bliver forsinket, i og med at han lige skal ordne en række småting inden „dagens sidste patient“. Da han bliver udspurgt om dette, viser det sig, at han ofte vælger at lave andre ting, før han tager hende ind, dels for at blive færdig, dels for at undgå at sidde med hende en hel time, idet han altid slutter præcist kl. 16.30, uanset hvornår de er startet. Supervisor påpeger, at han „skubber hende væk“ og dermed kommer til at forstærke hendes forladthedsangst og dermed også hendes iver efter at få kontakt med ham. Lægen fortæller, at han efter en time med hende kan føle sig totalt slugt og udmattet, som om han „har båret hende en hel stiv time“, som han udtrykker det. Aftalen bliver, at lægen skal forsøge at være mere præcis, når han starter timen med hende, samt at han skal fokusere på at hjælpe hende med at forbedre kontakten med børn og børnebørn, der efter hendes udsagn forsøger at undgå hende, samt udvide sit netværk ved at melde sig til arrangementer i en lokal ældreklub. Afslutningsvis taler supervisionsgruppen om disse patienter, der „trækker kræfterne ud af en“, og om, hvad man kan gøre for at blive restitueret. Han får mange gode ideer, lige fra at løbe en tur eller gå i fitnesscenter efter samtalen med hende til at invitere sin kone ud at spise!



Eksempel på terapeutfokuseret supervision:

Da lægen for tredje gang bringer sagen op til supervision og starter med at sige, at „alles gode råd har slet ikke hjulpet“, breder der sig en stemning af galgenhumor og udmattelse, og flere spørger ham, hvorfor han ikke „opgiver hende“ ved fx at fortælle hende, at hun ikke fejler noget, og at han derfor ikke kan hjælpe hende. Supervisor, der selv kan mærke irritation, træthed og utålmodighed, fordi lægen og hans patient tager „pladsen fra de andre i supervisionsgruppen“, tager gruppens spørgsmål op og spørger ham, hvorfor han ikke opgiver at hjælpe hende. Dette får lægen til at tale om sit ansvar for patienterne osv., men det er tydeligt, at det berører ham dybt. Supervisor udforsker dette tema – ansvar for andre – og lægen fortæller så, at han bærer rundt på en skyldfølelse, fordi han føler, at han svigtede sin mor efter sin fars død. Et års tid efter faderens død flyttede lægen hjemmefra, fordi han følte, at hans mor „kvalte ham“ med sin sorg efter faderens død og indblanding i hans liv. Han følte indimellem, at „han måtte kæmpe for sit eget liv og selvstændighed“, og selv om han var flyttet på kollegium, ringede hun flere gange dagligt. Til sidst turde han ikke tage kollegiegangens telefon af frygt for, at det var hende. Han fik de andre til at sige, at han ikke var hjemme, når hun ringede, hvorefter hun ringede igen og igen. Parallellen til den aktuelle situation i praksis er umiddelbart til at få øje på. Lægen havde imidlertid ikke selv tænkt på sammenhængen, men kunne bruge supervisors intervention til at lægge en vis afstand til den ældre kvinde i sin praksis og affinde sig med, at det ikke udelukkende var hans ansvar at hjælpe hende ud af hendes følelse af ensomhed og forladthed.

Boks 51.3. Supervisors opgaver og funktion

- At udvikle supervisandens terapeutiske færdigheder
- At udvikle forståelse for psykopatologi og patientens psykosociale baggrund
- At være en „tryk base“
- At motivere, inspirere og stimulere
- At rumme analysandens svære følelser
- At øge supervisandens forståelse for sine egne følelsesmæssige reaktioner
- At støtte, udvikle og strukturere
- At være instruktør/lærer
- At være rådgiver
- At være rollemodel
- At være garant for behandlingens faglige kvalitet
- At være den, der bedømmer og evaluerer supervisandens kompetence

Boks 51.4. Faggrupper, der ofte får supervision

- Personale på socialpsykiatriske institutioner
- Læger i almen praksis
- Psykologer
- Psykiatere
- Pædagoger på specialskoler
- Ergo- og fysioterapeuter i psykiatrien

Boks 51.5. Projektiv identifikation

Fase 1

En person (afsenderen) søger ubevidst støtte og hjælp hos en anden (modtageren) ved at projicere og deponere dele af sig selv hos denne. Det kan dreje sig om både negative og positive følelser, fx følelser af at være værdiløs og inkompetent.

Fase 2

Afsenderen lægger et subtilt pres på modtageren, for at denne skal tage imod de projicerede følelser og opleve dem på samme måde som afsenderen, fx ved at opføre sig over for modtageren, *som om* denne er værdiløs og inkompetent. Sker dette gennem længere tid, vil modtageren efterhånden ikke kunne undgå at reagere på dette ved at føle sig værdiløs og inkompetent.

Fase 3

I den terapeutiske sammenhæng består tredje fase af at rumme, bearbejde, tilbagegive og reinternalisere disse følelser. Med andre ord er modtagerens opgave at rumme og bearbejde de introjicerede følelser og give dem tilbage i en bearbejdet form. Forudsætningen for dette er, at modtageren kan genkende disse følelser hos sig selv og forholde sig empatisk til afsenderen.

Boks 51.6. Tegn på begyndende udbændthed

- Uoverkommelighedsfølelser
- Manglende engagement
- Utålmodighed over for patienter og kollegaer
- Blank afvisning af nye ideer
- Tager stilling uden at lytte færdigt
- Forbliver fastlåst i en bestemt holdning (manglende fleksibilitet)
- Ingen kompromiser
- Personlige angreb på kollegaer
- Forvrængninger i opfattelse og tolkning af, hvad andre siger
- Bebrejdende sprog og sarkastiske bemærkninger
- Søvn- og koncentrationsproblemer
- Ægteskabelige konflikter

Boks 51.7. Æseleffekten

- „Alt er noget skidt!“
- „Det nytter ikke noget!“
- Konflikter omkring behandlingen
- Højt sygefravær
- Manglende engagement
- Personaleflugt
- Resignation og desillusion

Boks 51.8. God supervision

God supervision er karakteriseret ved

- At medvirke til en vedvarende indlæring af viden om psykiatriens områder med henblik på en forøget faglighed
- At medvirke til øget viden om psykopatologi på henholdsvis symptomniveau, interpersonelt niveau og intrapsykisk niveau
- At medvirke til en løbende konflikthåndtering og aggressionsforvaltning
- At sætte fokus på behandler-patientrelationen i det daglige arbejde
- At være støttende og inspirerende

Endvidere bør supervisionen

- Have sikre rammer, foregå regelmæssigt i ro uden afbrydelser på en bestemt tid hver eller hver anden uge
- Prioriteres højt, dvs. at den fx ikke bør aflyses, medmindre det er absolut nødvendigt
- Foregå i en åben, fordomsfri og tillidsfuld atmosfære
- Stimulere til aktiv lytning og refleksion
- Stimulere evnen til at holde ud, bære frustration og ikke-viden i den terapeutiske proces
- Stimulere evnen til at tåle forskellighed og ambivalens

F00-09 Organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser

- F00** Demens ved Alzheimers sygdom
- F01** Vaskulær demens
- F02** Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds
 - F02.0 Demens ved Picks sygdom
 - F02.1 Demens ved Creutzfeldt-Jakobs sygdom
 - F02.2 Demens ved Huntingtons sygdom
 - F02.3 Demens ved Parkinsons sygdom
 - F02.4 Demens ved AIDS
- F04** Organisk amnestisk syndrom (specifik hukommelseslidelse), ikke fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
- F05** Delir (delirøs tilstand, bevidsthedsplumring), ikke fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
- F06** Andre psykiske lidelser forårsaget af hjernebeskadigelse eller -dysfunktion eller af legemlig sygdom
 - F06.0 Organisk hallucinose
 - F06.1 Organisk kataton sindslidelse
 - F06.2 Organisk paranoid eller skizofreniform sindslidelse
 - F06.3 Organiske affektive lidelser
 - F06.4 Organisk angsttilstand
 - F06.5 Organisk dissociativ tilstand
 - F06.6 Organisk emotionel instabilitet og asteni
- F07** Personligheds- og adfærdsforstyrrelser af sygdom, beskadigelse eller dysfunktion af hjernen
 - F07.0 Organisk personlighedsforstyrrelse
 - F07.1 Postencefalitisk syndrom
 - F07.2 Posttraumatisk hjernesyndrom

F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer

- F10** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af alkohol
- F11** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af opioider
- F12** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af cannabinoider
- F13** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af sedativa eller hypnotika
- F14** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af kokain
- F15** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af andre centralstimulerende stoffer (inkl. koffein)
- F16** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af hallucinogener
- F17** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af tobak
- F18** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af flygtige opløsningsmidler
- F19** Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af multiple eller af andre psykoaktive stoffer

Underopdeles efter, hvorvidt der foreligger:

- F1x.0 Akut intoksikation
- F1x.1 Skadeligt brug
- F1x.2 Afhængighedssyndrom
- F1x.3 Abstinensstilstand
- F1x.4 Delirøs abstinensstilstand
- F1x.5 Psykotisk tilstand
- F1x.6 Amnestisk syndrom
- F1x.7 Residuale tilstande og sent indsættende psykotisk tilstand

F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser

F20	Skizofreni, underopdeles i
F20.0	Paranoid skizofreni
F20.1	Hebefren skizofreni
F20.2	Kataton skizofreni
F20.3	Udifferenteret (blandet) skizofreni
F20.4	Post-skizofren depression
F20.5	Skizofren residual-tilstand
F20.6	Simpel skizofreni
<i>Forløbet kan specificeres ved et fjerde ciffer:</i>	
.x0	Kontinuerlig
.x1	Episodisk med fremadskridende defekt
.x2	Episodisk med stabil defekt
.x3	Episodisk remitterende
.x4	Inkomplet remission
.x5	Komplet remission
.x9	Forløb ubestemt, observationsperioden < 1 år
F21	Skizotypisk sindslidelse
F22	Paranoide psykoser (kroniske, vedvarende)
F23	Akutte og forbigående psykoser
F23.0	Akut polymorf psykose (non-skizofreniform)
F23.1	Akut polymorf skizofreniform psykose
F23.2	Akut skizofrenilignende psykose
F23.3	Akut paranoid psykose
<i>Associering med akut traume angives ved et fjerde ciffer:</i>	
.x0	Ikke forbundet med akut traume
.x1	Forbundet med akut traume
F24	Induceret psykose
F25	Skizoaffektive psykoser
F25.0	Skizoaffektiv psykose, manisk type
F25.1	Skizoaffektiv psykose, depressiv type
F25.2	Skizoaffektiv psykose, blandet manisk-depressiv type

F30	Manisk enkeltepisode
F30.0	Hypoman enkeltepisode
F30.1	Manisk enkeltepisode uden psykotiske symptomer
F30.2	Manisk enkeltepisode med psykotiske symptomer
F31	Bipolar affektiv sindslidelse
F31.0	Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. hypomani
F31.1	Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. mani uden psykotiske symptomer
F31.2	Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. mani med psykotiske symptomer
F31.3	Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. depression af lettere eller moderat grad
F31.4	Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. svær depression uden psykotiske symptomer
F31.5	Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. svær depression med psykotiske symptomer
F31.6	Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. blandingstilstand
F32	Depressiv enkeltepisode
F32.0	Depressiv enkeltepisode af lettere grad
F32.1	Depressiv enkeltepisode af moderat grad
F32.2	Depressiv enkeltepisode af svær grad uden psykotiske symptomer
F32.3	Depressiv enkeltepisode af svær grad med psykotiske symptomer
F33	Tilbagevendende (periodisk) depression
F33.0	Periodisk depression, p.t. af lettere grad
F33.1	Periodisk depression, p.t. af moderat grad
F33.2	Periodisk depression, p.t. af svær grad uden psykotiske symptomer
F33.3	Periodisk depression, p.t. af svær grad med psykotiske symptomer
F34	Vedvarende (kroniske) affektive tilstande
F34.0	Cyklotymi
F34.1	Dystymi

F40-49**Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer**

F40	Fobiske angsttilstande
F40.0	Agorafobi – fobisk angst for at færdes alene
F40.1	Socialfobi – fobisk angst i sociale situationer
F40.2	Enkelfobi – fobisk angst i særlige situationer
F41	Andre angsttilstande
F41.0	Panikangst
F41.1	Generaliseret angst
F41.2	Lettere angst-depressionstilstand
F42	Obsessiv-kompulsiv tilstand
F42.0	Overvejende obsessiv tilstand
F42.1	Overvejende kompulsiv tilstand
F42.2	Blandet obsessiv-kompulsiv tilstand
F43	Reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner
F43.0	Akut belastnings-(stress-)reaktion
F43.1	Posttraumatisk belastnings-(stress-)reaktion
F43.2	Tilpasningsreaktioner
F44	Dissociative tilstande eller forstyrrelser (konversionstilstande)
F45	Somatoforme tilstande, underopdeles i:
F45.0	Somatiseringstilstand
F45.1	Udifferentieret somatoform tilstand
F45.2	Hypokonder tilstand
F45.3	Somatoform autonom dysfunktion
F45.4	Vedvarende somatoform smertetilstand
F48	Andre nervøse tilstande
F48.0	Neurasteni
F48.1	Depersonalisations-derealisationssyndrom

F50	Spiseforstyrrelser
F50.0	Nervøs spisevægring (anorexia nervosa)
F50.1	Atypisk nervøs spisevægring
F50.2	Nervøs spiseanfaldstilbøjelighed (bulimia nervosa)
F50.3	Atypisk nervøs spiseanfaldstilbøjelighed
F50.4	Trøstespisning
F51	Non-organiske søvnforstyrrelser
F52	Non-organiske seksuelle funktionsforstyrrelser
F52.0	Nedsat eller manglende seksuallyst
F52.1	Seksuel aversion eller manglende seksuel lystfølelse
F52.2	Non-organisk genital dysfunktion
F52.3	Hæmmet orgasme
F52.4	Præmatur ejakulation
F52.5	Non-organisk vaginisme
F52.6	Non-organisk dyspareuni
F52.7	Øget seksualdrift
F53	Psykiske forstyrrelser forbundet med puerperiet, ikke klassificeret andetsteds
F54	Psykiske faktorer forbundet med sygdomme, klassificeret andetsteds
F55	Misbrug af ikke-afhængighedsskabende stoffer
F55.0	Antidepressiva
F55.1	Laksantia
F55.2	Analgetika

F60	Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen
F60.0	Paranoid personlighedsstruktur
F60.1	Skizoid personlighedsstruktur
F60.2	Dyssocial personlighedsstruktur
F60.3	Emotionelt ustabil personlighedsstruktur
	.30 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, impulsiv type
	.31 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline-type
F60.4	Histrionisk personlighedsstruktur
F60.5	Tvangspræget personlighedsstruktur
F60.6	Ængstelig (evasiv) personlighedsstruktur
F60.7	Dependent personlighedsstruktur
F61	Forstyrret personlighedsstruktur, blandet og anden type
F62	Non-organisk personlighedsændring
F62.0	Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse
F62.1	Personlighedsændring efter psykisk sygdom
F63	Vane- og impulshandlinger (patologiske)
F63.0	Patologisk spillelidenskab
F63.1	Pyromani
F63.2	Kleptomani
F63.3	Trikotillomani
F63.8	Andre vane- og impulshandlinger
F64	Kønsidentitetsforstyrrelser
F64.0	Transseksualitet
F64.1	Transvestitisme
F65	Seksuelle afvigelser (perversioner, parafilier)
F65.0	Fetichisme
F65.1	Transvestitisk fetichisme
F65.2	Ekshibitionisme
F65.3	Voyeurisme
F65.4	Pædofili
F65.5	Sadomasochisme
F66	Seksuelle udviklings- og orienteringsforstyrrelser
F68	Andre forstyrrelser af personlighedsstruktur og adfærd (hos voksne)
F68.0	Psykisk udbygning af somatiske symptomer
F68.1	Sygdomsefterligning