Psykiatri

Jannike Engelstad Snoek og Knut Engedal

Psykiatri

for helse- og sosialfagutdanningene

CAPPELEN DAMM AKADEMISK

© CAPPELEN DAMM AS 2017
Første utgave ble utgitt i 2000 av © Akribe AS

ISBN e-bok: 978-82-02-62771-3

ISBN trykt bok: 978-82-02-51901-8
4. utgave, 1. opplag 2017

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Cappelen Damm AS er enhver eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslagsdesign: Bjørg Kirsti Østvang, Wrap Design
Sats og ombrekking: Laboremus Oslo AS
Trykk og innbinding: Livonia Print Sia, Latvia

www.cda.no
akademisk@cappelendamm.no

Forord

Om vi tenker som Sigrid Undset at «Ti sed og skikk forandres meget, alt som tiderne lider og menneskenes tro forandres, og de tenker annerledes om mange ting. Men menneskenes hjerter forandres aldeles intet i alle dager», ville en revisjon av denne boken bare handle om hvilke samfunnsendringer som har funnet sted siden første utgave av boken kom ut. Men «menneskenes hjerter», og dermed også psykiske lidelser, utvikles i samspill med omgivelsene. Derfor vil vår forståelse og behandling av psykiske lidelser endre seg både ut fra økt kunnskap og i takt med endringer i samfunnet.

Klassifikasjonen av de psykiske lidelsene i det internasjonale diagnosesystemet ICD ble sist revidert i 1992 (ICD-10). Bokens struktur og oppbygging følger diagnosesystemet og er derfor beholdt uendret fra tidligere utgaver. Kunnskapstilfanget for de enkelte diagnosegruppene har imidlertid økt, om enn i forskjellig grad. På 1970- og 1980-tallet var tilknytningsteori et forskningsområde for spesielt interesserte, mens det i dag er akseptert som en del av den grunnleggende kunnskapen om menneskers utvikling. Slik ser vi at ny kunnskap legger grunnlag for nye behandlingsformer.

Senere års forskning har tilført ny kunnskap om psykiske lidelser blant eldre. I dag vet vi en god del mer om depresjon og angst blant eldre og om ulike demenssykdommer som oppstår i høy alder, enn vi gjorde da første utgave av boken kom i 2000. Vi vet også mer om hva som er virksom behandling av angst og depresjon; det gjelder særlig psykologisk behandling av eldre så vel som av yngre. Kunnskapen om risikofaktorer for demens, spesielt demens som oppstår ved Alzheimers sykdom, er dessuten mer valid i dag enn den var for 10–15 år siden.

Alle delene i denne fjerde reviderte utgaven er gjennomgått med tanke på ny kunnskap som har fått gjennomslag i klinisk virksomhet, og nye behandlingsformer med dokumentert klinisk effekt er tatt med. Innholdet er selvsagt oppdatert i tråd med endringer i lovverket som regulerer feltet.

Vi vil særlig takke forlagsredaktør Anne Marie Gjeldnes for uvurderlig støtte under revisjonsarbeidet.

Oslo, februar 2017
Jannike Engelstad Snoek og *Knut Engedal*

Innhold

DEL I
FORSTÅELSE OG HOLDNING 17

Kapittel 1
Frisk eller syk 19
Psykisk lidelse 19
Kulturuttrykk og myter 19
Psykiatrisk forståelse og behandling endres med samfunnsutviklingen 22
Hvordan kan vi definere psykisk lidelse? 23
Den psykiatriske pasienten 25
Normalitet og avvik 26
Pasienten og familien 28
Barn som pårørende 29
Referanser 31

Kapittel 2
Behandlingsformer 33
Teorigrunnlaget 33
Medisinske (somatiske) forklaringsmodeller 35
Psykologiske teorier 37
Sosialpsykologiske teorier 40
Sosiokulturelle teorier 41
Forebygging og mestring 43
Forutsetninger og vanskeligheter ved primær forebygging 47
Ulike former for forebyggende tiltak 48
Psykoterapi 49
Dynamisk psykoterapi 51
Støttesamtaler 52
Atferdsterapi 53
Kognitiv terapi 53

Kognitiv atferdsterapi 54
Gruppeterapi 55
Familieterapi 56
Miljøterapi 59
Legemiddelbehandling 63
Nevroleptika – virkninger og bivirkninger 64
Antidepressiver – virkninger og bivirkninger 66
Stemningsregulerende legemidler – virkninger og bivirkninger 68
Angstdempende legemidler – virkninger og bivirkninger 69
Referanser 70

DEL II
TILSTANDER OG DIAGNOSER 73

Kapittel 3
Bruk av diagnoser 75
Hvorfor bruker vi diagnoser? 75
Krav til et diagnosesystem 76
Oppbygningen av diagnosesystemet 79
Referanser 80

Kapittel 4
Psykotiske tilstander 81
Årsaksforhold 82
Schizofrenier 82
Forekomst 82
Symptomatologi 83
Krav til diagnosen schizofreni 86
Inndeling i undergrupper 87
Forløp og behandling 87
Paranoide psykoser 90
Forekomst 90
Symptomatologi 90
Behandling 91
Akutte og forbigående psykoser 92
Forekomst og inndeling 92
Symptomatologi 93
Forløp og behandling 93
Referanser 95

Kapittel 5

Stemningslidelser (affektive lidelser) 96
Symptomatologi 96
Årsaksforhold 98
Klassifikasjon 98
Forekomst 99
Bipolare lidelser 100
Behandling 101
Depressive lidelser 102
Behandling 104
Referanser 106

Kapittel 6

Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser 107
Angstlidelser 108
Klassifikasjon 109
Forekomst 109
Årsaksforhold 110
Symptombilder 112
Behandling 114
Tvangslidelser (OCD) 115
Forekomst 115
Symptomatologi 115
Klassifikasjon 116
Hovedsakelig tvangstanker eller tvangsgrubling 116
Hovedsakelig tvangshandlinger eller tvangsritualer 117
Årsaksforhold 117
Behandling 118
Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning 119
Årsaksforhold 119
Klassifikasjon 122
Akutt belastningslidelse 122
Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) 123
Tilpasningsforstyrrelser 127
Dissosiative og somatoforme lidelser 129
Årsaksforhold 129
Klassifikasjon 130
Dissosiative lidelser (konversjonslidelser) 130
Dissosiativ amnesi 131
Dissosiativ fugue 131

Dissosiativ stupor 132
Transe- og besettelsestilstander 132
Dissosiative motoriske forstyrrelser 132
Dissosiative krampetilstander 133
Dissosiativ følelsesløshet og sanseutfall 134
Somatoforme lidelser 134
Somatiseringslidelse 135
Vedvarende somatoform smertelidelse 136
Hypokondrisk lidelse 136
Referanser 138

Kapittel 7
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer 139
Spiseforstyrrelser 139
Anorexia nervosa 140
Anorexia nervosa med tvangstrekk eller tvangslidelse med anorektiske trekk? 142
Bulimia nervosa 143
Søvnforstyrrelser 145
Klassifikasjon 145
Behandling 146
Forstyrrelser i seksuell funksjon 147
Klassifikasjon 147
Symptomatologi 147
Forekomst 148
Behandling 149
Referanser 149

Kapittel 8
Personlighetsforstyrrelser 150
Forekomst 151
Symptomatologi 151
Klassifikasjon 152
Forløp og behandling 153
Paranoid personlighetsforstyrrelse 154
Schizoid personlighetsforstyrrelse 155
Dyssosial personlighetsforstyrrelse 156
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse 157
Tvangspreget personlighetsforstyrrelse 159

Engstelig (unnvikende) personlighetsforstyrrelse 159
Avhengig personlighetsforstyrrelse 160
Referanser 161

Kapittel 9
Selvmord, selvmordsforsøk og selvskading 162
Selvmord 162
Selvmordsrisiko 163
Selvmordsforsøk 164
Parasuicid 167
Selvskading – villet egenskade 167
Forekomst 169
Behandling 169
Selvmordstrusler 170
Forekomst av selvmord og selvmordsforsøk 170
Behandling 171
Referanser 172

Kapittel 10
Rus og rusrelaterte lidelser 173
Stoffer som fremkaller rus og rusmiddelavhengighet 173
Skadevirkninger ved rusmiddelbruk 174
Rus og helseskader 176
Akutt intoksikasjon 177
Skadelig bruk 177
Avhengighetssyndrom 178
Abstinenstilstand 178
Abstinenstilstand med delirium 179
Psykotisk lidelse 179
Amnestisk syndrom 180
Residualtilstand eller sent innsettende psykotisk lidelse 180
Behandling av rus og rusrelaterte helseskader 181
Referanser 182

Kapittel 11
Psykisk utviklingshemming 184
Klassifikasjon 184
Samlet vurdering av psykisk utviklingshemming 185
Årsaksforhold 186
Forekomst 186

Psykisk utviklingshemming og psykiatrisk sykdom 186
Behandling 188
Organisering av hjelpetjenesten 189
Særlige etiske og juridiske forhold 189
Referanser 190

Kapittel 12
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som oppstår i barndom og ungdomsalder 191
Utviklingspsykologi og utviklingskonflikter 191
Forløp av psykiske lidelser fra barn til voksen – syk som barn, syk som voksen? 193
Følelsesmessige forstyrrelser knyttet til barndommen 194
Sosiale funksjonsforstyrrelser i barndom og ungdom 195
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen 196
Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen 197
Spesifikke og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser 198
Spesifikke utviklingsforstyrrelser 199
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser 200
Hyperkinetiske forstyrrelser / ADHD 203
Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet – «det urolige barnet» 204
Hyperkinetisk atferdssyndrom 207
Tics og Tourettes syndrom 208
Årsaksforhold 209
Forekomst 209
Behandling 210
Atferdsforstyrrelser 210
Klassifikasjon 210
Symptomatologi 211
Forekomst 212
Årsaksforhold 213
Risikofaktorer 213
Videre forløp 214
Atferdsforstyrrelse som uttrykk for annen lidelse 214
Forebygging 215
Behandling 216
Referanser 217

Kapittel 13

Alderspsykiatri 219
Definisjon av fagfeltet 219
Aldring og psykiske lidelser 221
Biologisk aldring og sårbarhet 222
Psykososiale endringer i alderdommen og sårbarhet 223
Organisering av alderspsykiatri 223
Demens 225
Mild demens 227
Moderat demens 228
Alvorlig demens 228
Kognitive symptomer 230
Psykiske og atferdsmessige symptomer 235
Utredning av demens 239
Hjelpetiltak 240
Behandling og omsorg 242
Behandling av vanskelig atferd 242
Personsentrert omsorg 243
Informasjon, rådgivning og veiledning til pårørende 244
Sykdommer som fører til demens 244
Alzheimers sykdom 246
Risikofaktorer 246
Klinikk 249
Behandling 249
Demens med Lewy-legemer 250
Klinikk 250
Spesielle farer ved demens med Lewy-legemer 250
Behandling 251
Frontotemporal demens (pannelappsdemens) 251
Klinikk 252
Behandling 252
Vaskulær demens 253
Klinikk 253
Behandling 254
Alkoholrelatert demens 254
Klinikk 255
Behandling 255
Delirium 256
Symptomatologi 256
Årsaksfaktorer, risikofaktorer og utløsende faktorer 259

Klinikk 261
Utredning 262
Behandling og hjelpetiltak 262
Psykoser hos eldre 263
Schizofrenilignende psykose med meget sen debut 264
Paranoid psykose 267
Depresjon hos eldre 268
Årsaks- og risikofaktorer 269
Klinikk 270
Atypisk depresjon 271
Pseudodemens 272
Forløp og prognose 273
Utredning 274
Behandling og hjelpetiltak 274
Selvmord 276
Risikofaktorer og utløsende faktorer 277
Klinikk og hjelpetiltak 278
Alkohol- og legemiddelmisbruk 278
Alkoholmisbruk blant eldre 279
Legemiddelmisbruk blant eldre 280
Søvn og søvnproblemer i eldre år 281
Referanser 283

DEL III
PSYKIATRIEN I SAMFUNNET 285

Kapittel 14
Psykiatrien i samfunnet 287
Samfunnsreformer som endrer psykiatriforståelsen 287
Følger av psykiatrireformen 289
Lover og regler som regulerer psykiatrisk virksomhet 290
Samtykkekompetanse 291
Psykisk helsevern uten eget samtykke 291
Alvorlig sinnslidelse 292
Tvungent psykisk helsevern – psykisk helsevernloven 292
Etablering av tvungent psykisk helsevern 292
Forutsetninger for bruk av tvungent psykisk helsevern 293
Tvungen observasjon 294
Pasientens beste 294
Behandling uten eget samtykke 295

Bruk av tvangsmidler ... 296
Eldre og personer med demens ... 296
Særlige forhold for barn og ungdom ... 296
Innleggelse etter lov om barneverntjenester (barnevernloven) ... 297
Særlige forhold / etiske dilemmaer knyttet til bruk av tvang ... 298
Rettssikkerhet ... 298
Autonomi ... 299
Etiske vurderinger ... 300
Brukermedvirkning ... 301
Individuell plan ... 302
Hjemmel i lov og forskrifter ... 302
Pasientens rett – helsetjenestens plikt ... 303
Samarbeid – viktig, men vanskelig ... 305
Oppbygningen av den psykiatriske helsetjenesten – ulike behandlingsnivåer ... 306
Ansvar for og tilsyn med tjenestene ... 307
Kommunalt nivå – helse- og omsorgstjenesten i kommunen ... 307
Helseforetakene ... 308
Region-/landsnivå ... 309
Særlige forhold for psykisk helsevern for barn og unge ... 309
Organisasjoner og grupper ... 311
Referanser ... 314

Stikkord ... 316

DEL I

FORSTÅELSE OG HOLDNING

KAPITTEL 1

Frisk eller syk

Psykisk lidelse

Psykiatri kan defineres som læren om sinnets eller sjelens lidelser. Vi kan også si at psykiatrien er læren om avvikende følelser, tanker og handlinger *betraktet som* sykdommer. Psykiatri er også en medisinsk spesialitet, mens vi for tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten og i helsetjenesten i kommunene bruker betegnelsen «psykisk helsevern». Samfunnsmessige forhold vil ha betydning for våre synspunkter; i vårt samfunn er det hensiktsmessig å betrakte psykisk lidelse som sykdom når det gjelder tilgang på behandlingsmuligheter, trygderettigheter og lignende. Andre innfallsvinkler kan være mer hensiktsmessige for å forklare betydningen av et symptom eller hvordan det er oppstått. «Jeg har en sykdom, men ikke en lidelse. Jeg føler meg frisk, men de sier jeg er syk!» sa en 16 år gammel jente som var innlagt til behandling mot sin vilje. Hun ga en ganske presis beskrivelse av forskjellen mellom det å «ha» en diagnose og det å «være» syk. Det er viktig å være klar over at det som helsetjenesten beskriver som nødvendig behandling, kan oppleves som et overgrep for den det gjelder. I den offisielle diagnoselisten (ICD, se s. 76 i kapittel 3) brukes nå betegnelsen «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser», og sykdomsbegrepet er på vei ut, selv om behandlingen av de psykiske lidelsene ligger under helsetjenesten.

Kulturuttrykk og myter

Ordet psykisk kommer fra det greske *psykhe* – sjel, og betegner det sjelelige eller sinnsmessige i motsetning til det fysiske – kroppslige. I gresk mytologi er Psyke en personifisering av menneskesjelen. Den greske legenden om Amor og Psyke, som har store likhetstrekk med vårt folkeeventyr om Kvitebjørn kong Valemon, viser at veien frem til psykisk modning er langt fra smertefri.

Psykisk lidelse eller sinnslidelse er en fellesbetegnelse på de sjelelige lidelsene som vi innenfor vår vestlige kulturkrets ser på som sykelige eller behandlings-

trengende. Alle kulturer har myter og fortellinger som befatter seg med det sjelelige eller åndelige, og felles for dem er at sjelen ikke er bundet av kroppens grenser verken i tid eller rom. Mange fenomener som vi i dag oppfatter som uttrykk for alvorlig sinnslidelse, for eksempel forestillinger om å bli styrt eller påvirket av krefter utenfra, eller at det er skremmende personer til stede i rommet som andre ikke ser, har sine klare paralleller i gamle forestillinger om sjelen som en skygge eller dobbeltgjenger som har den plagsomme uvanen å manifestere seg langt borte fra sitt materielle motstykke. Troen på at hekser kan påføre mennesker skade og død gjennom usynlige angrep på ofrenes sjel eller skygge, og dermed fremkalle en tilsvarende skade på den fysiske kroppen, er også vidt utbredt. Sjelevandring og forestillinger om livet etter døden har ulik utforming og betydning i forskjellige religioner (Willis 1996; Shaw 1988). Vi kan se på dette som metaforer, eller billedlige forestillinger, av dypt menneskelige fenomener som det er vanskelig å beskrive i ord.

Dette «billedspråket» former det vi kan kalle vårt kulturelle bakteppe, og inngår som en naturlig del i den utvekslingen vi har med barna våre fra de er bitte små, gjennom rim og regler, eventyr og sanger, ordtak og uttrykk som «bank i bordet» eller «dra til Blokksberg!», uttrykk som kanskje for lengst har mistet sin mening. Slik blir vår kulturbakgrunn og vår kulturelle sammenheng betydningsfull når vi skal definere hva som er psykisk sykdom. Men mye av det vi kaller *vår* kultur, finner vi igjen i land langt borte, der temaene er de samme selv om den kunstneriske utsmykningen som følger fortellingene, virker fremmed. Den sveitsiske psykiateren Carl Gustav Jung (1875–1961), Sigmund Freuds elev og senere kritiker, kalte disse vandrende forestillingsbildene *arketyper* og beskrev dette fellesskapet av mytologiske bilder fra kultur til kultur som «det kollektive ubevisste» (Jung 1974).

Kunnskapen om at den kulturelle uttrykksformen er mer forskjellig enn innholdet som formidles, minner oss om at vi både må være oss bevisste vår egen kulturbakgrunn og samtidig ikke være for lettvinte med å tolke det vi ikke forstår som uttrykk for kulturforskjeller. Også innholdet i denne boken vil nødvendigvis være preget av forfatternes bakgrunn og kulturelle tilhørighet.

I et fargerikt fellesskap vil det være et mangfold av ulike kulturer, men også ulike forståelser av hva «kultur» innebærer. Kultur kan også være det en i andre sammenhenger kaller «klasse». Det har vært hevdet at behandlere kommuniserer best med og viser mest empati overfor pasienter som har noenlunde samme klassebakgrunn som de selv, mens de må anstrenge seg mer for å vise samme grad av empati når forskjellene blir store. Selv om kulturforståelse er