

Affektive lidelser

Af Overlæge, lektor, PhD Rasmus W. Licht, Forskningsafdeling for affektive sygdomme, Psykiatrisk Hospital i Århus

Generelt om affektive sindslidelser

Affektive sindslidelser er hyppige, oftest livslange sygdomme med et episodisk forløb. Selvom sygdommenes forløb kan modificeres betragteligt af behandling, er de almindeligvis forbundet med store personlige og sociale omkostninger. Sygdommene har en ganske betydelig overdødelighed, hovedsagelig på grund af selvmord.

Ved affektive sindslidelser (stemningssindslidelser) er stemningslejet (grundstemningen) sygeligt ændret i varierende grad og i varierende retning. Ved depression er det forsænket og ved mani løftet. Til det ændrede stemningsleje knytter der sig en lang række andre symptomer.

Den enkelte affektive sygdomsepisode inddeles i diagnosesystemet ICD-10 efter symptomerne i depression eller mani. Er der både maniske og depressive symptomer i den samme episode, taler man om en blandingstilstand. Sygdomsepisoderne inddeles endvidere efter sværhedsgrad. Herudover opdeles de affektive sindslidelser efter deres forløb i tilbagevendende depression (depressionssygdommen), hvor kun depressioner optræder, og bipolar affektiv sindslidelse (tidligere kaldet manio-depressiv sygdom), hvor der optræder såvel manier som depressioner. Af blandt andet behandlingsmæssige grunde er denne inddeling velbegrunderet.

Årsager til affektive sindslidelser

Om årsagen til affektive sindslidelser ved man, at både miljømæssige, herunder psykologiske, og arvemæssige forhold spiller en rolle, sidstnævnte især ved den bipolare sygdom. I følge den såkaldte sårbarheds-stress model, forestiller man sig, at det er specifikke biologiske forhold, som til en vis grad er arveligt bestemte, som gør personen sårbar over for uspecifikke stress-situationer. Uspecifik stress hos en person med en sådan biologisk sårbarhed kan så udløse en sygdomsepisode formidlet via hormoner og hjernens signalstoffer. Der er i dag enighed om, at især de sværere tilfælde af affektiv sygdom må opfattes som overvejende biologiske sygdomme, selvom man i behandlingen også tilgodeser de psykologiske aspekter. Den bedre effekt af biologiske behandlinger sammenlignet med psykologiske behandlinger ved de sværere depressioner understøtter eksistensen af en biologisk komponent i sygdommen.

Man ved, at såvel depression som mani også kan forårsages af kendte hjerneorganiske sygdomme såsom blodprop eller blødning i hjernen, hjernetraumer, dissemineret sklerose og parkinsonisme. Endvidere kan depression og mani ses ved forskellige medicinske sygdomme. Endelig kan forskellige former for misbrug samt indtagelse af bestemte former for medicin fremkalde depression og mani.

Depression:

Hyppighed og symptomer

Livstidsrisikoen for at udvikle en depression er for kvinder og mænd henholdsvis ca. 8 og 4%. Debutalderen for depression er almindeligvis 40-50 år. Ubehandlet varer en depression almindeligvis fra 6 til 12 måneder. Kroniske depressioner af op til flere års varighed er dog ikke

ualmindelige, især hos ældre. Kun omkring 15% af patienter med depression oplever en enkeltstående depression i løbet af livet. Hovedreglen er således, at sygdommen kommer igen.

En depression udvikles ofte gradvist. Udover det forsænkede stemningsleje, som af patienten kan opleves som tristhed, grådtendens og endog tab af evnen til at føle noget, er depressionen typisk kendetegnet ved træthed og nedsat energi, samt nedsat evne til at kunne glæde sig og føle interesse for det, der sædvanligvis har kunnet medføre engagement. Søvn og appetitten er sædvanligvis forstyrret og vægttab ses. Nedsat seksuallyst er også et hyppigt symptom. Herudover kommer ofte nedsat selvagtelse og nedsat selvtillid, urimelige selvbebrejdelser eller skyldfølelse. Der kan optræde vrangforestillinger om skyld, eksempelvis forestillinger om, at man skal henrettes på grund af en banal forseelse. Tænkningen er ofte langsom og mindre effektiv, hvilket kan medvirke til rådvildhed og ubeslutsomhed. Det motoriske tempo kan ligeledes være nedsat. I de allersværeste grader kan patienten ligge ubevægelig. Talen er ofte langsom og monoton. Forstoppelse, mundtørhed og svedtendens forekommer. Der kan også komme koncentrations- og hukommelsesbesvær, som kan føre til en forvirringstilstand. Varierende grader af selvmordstanker optræder hyppigt. Sanseforstyrrelser optræder af og til. Det kan dreje sig om svækkede sanseindtryk eller i svære, psykotiske, tilfælde hallucinationer, fx i form af hørelshallucinationer, hvor patienten hører udskældende stemmer. De forskellige symptomer vil ofte føre til varierende grader af social isolation og generelt nedsat social funktion, ligesom evnen til at tage vare på egne fornødenheder kan være nedsat.

Behandling

Hvis der er tale om en depression, til forskel for kortere varende krisereaktioner, bør behandlingen tilrettelægges af en læge. I de letteste tilfælde af depression kan forskellige former for psykologbehandling være tilstrækkelig, men i de øvrige tilfælde er medicinsk behandling uomgængelig. Sværere depressioner, herunder depressioner med selvmordsrisiko og nedsat væske- og fødeindtagelse bør ofte behandles på hospital. Af og til kan man være nødt til at skride til tvangsindlæggelse af hensyn til den syge.

Der findes i dag en række medikamenter til behandling og forebyggelse af såvel depression som mani. Virker det ene præparat ikke, kan man være nødsaget til at skifte til et andet og eventuelt kombinere forskellige. I behandlingen af depressioner står valget mellem de traditionelle, såkaldte tricykliske antidepressiva og de nyere antidepressiva, herunder dem som er markedsført som specifikt virkende på signalstoffet serotonin i hjernen. Førstnævnte præparater har flere bivirkninger end sidstnævnte, men er også lidt mere effektive, især ved sværere depressioner. Behandlingen af den akutte depression bør som hovedregel strække sig over mindst et halvt år for at undgå tilbagefald. I tilfælde, hvor der har været flere tidligere episoder, kan man overveje årelang forebyggende behandling med antidepressiva. I ganske særlige tilfælde, eksempelvis når den syge ikke vil spise og drikke eller har svære selvmordstilskyndelser, kan ECT ("elektrochok behandling") være absolut nødvendig og livsreddende. I behandlingen af depressioner er det vigtigt at støtte den syge, uden man dog i de svære tilfælde kan tilråde en egentlig psykoterapi, så længe depressionen står på. I den forebyggende fase, det vil sige efterfølgende, kan sideløbende psykologisk behandling være relevant. Under alle omstændigheder bør den medikamentelle behandling suppleres med samtaler om sygdommen om behandlingen og om bivirkninger.

Behandlingen af depression som led i den bipolare sygdom adskiller sig på flere måder fra behandling af depression som led i depressionssygdommen på grund af risiko for forværring af sygdomsforløbet på kort og langt sigt ved anvendelsen af antidepressiva. Derfor bør

behandlingen som hovedregel omfatte en såkaldt stemningsstabiliserende behandling (lithium, visse antiepileptika og visse antipsykotika), eventuelt suppleret med et antidepressivum.

Mani:

Hypighed og symptomer

Livstidsrisikoen for at udvikle en mani (og dermed bipolar sygdom) er ca. 1-2%. Efter første sygdomsepisode er der ca. 90% risiko for på et senere tidspunkt at få en ny episode. Sygdommen debuterer almindeligvis før 30-års alderen, men kan debutere i alle aldre. I op mod halvdelen af tilfældene begynder sygdommen før 20 års alderen. Modsat depressionssygdommen optræder bipolar sygdom lige hyppigt hos mænd og kvinder.

Selve den maniske episode begynder ofte pludseligt over timer eller dage, men kan også indsætte mere gradvist over nogle uger. Ubehandlet varer en mani mellem 2 og 8 måneder. Kroniske former kan dog ses. Det løftede, ekspansive eller irritable stemningsleje er det mest karakteristiske symptom ved en mani. Herudover optræder i varierende antal og sværhedsgrad symptomer som fysisk, mental, verbal, social og seksuel overaktivitet, letafledelighed, urealistiske tanker om egen formåen og ændret sansning. Tab af hæmninger kan føre til hasarderede handlinger, herunder handlinger som kan være til gene og skade for både patient og omgivelser. Nedsat behov for søvn er et hyppigt symptom og ofte det aller tidligste. Patientens oplevelse af manien i sine lette former kan være øget velvære, øget evne til social udveksling, øget selvtillid, øget opmærksomhed og øget initiativ. Udvikler manien sig, bliver det løftede stemningsleje eventuelt ledsaget af letvakt irritabilitet og vrede. Overaktiviteten, talepresset og de urealistiske tanker om egen formåen gør det snart tydeligt for omgivelserne, at der er noget galt. Selvovervurderingen ender måske i egentlige storhedsforestillinger. I svære tilfælde kan opmærksomhedsforstyrrelserne blive så omfattende, at patienten fremtræder konfus. I ekstreme tilfælde kan der udvikle sig et akut delir, som viser sig ved massiv forvirring og hyperaktivitet, som ubehandlet kan medføre døden. Selvom den maniske patient kan være i en tilstand præget af øget velvære og ubekymret lykkefølelse, kan sygdommen i sine andre faser opleves som svært pinagtig. I sådanne faser er der en betydelig risiko for selvmord. Ofte optræder forbigående vrangforestillinger eller hallucinationer.

Behandling

Mani, i det mindste i sværere grader, bør almindeligvis behandles på hospital, hvor den medikamentelle behandling er afgørende. Behandling består enten af litium, antiepileptika (lægemidler, som oprindeligt er udviklet til brug ved epilepsi, men som har vist sig, at have en god virkning ved mani) eller såkaldte antipsykotika, afhængigt af symptomer og sværhedsgrad. Man vil ofte supplere behandlingen med Stesolid-lignende præparater (benzodiazepiner). I den forebyggende behandling af bipolar sygdom anvendes især litium, men også visse antiepileptika og visse typer antipsykotika. Såfremt behandlingen tåles uden væsentlige bivirkninger, er der god grund til at fortsætte på ubestemt tid. Beslutning herom skal naturligvis tages på baggrund af tidligere sygdomsforløb, samt de konsekvenser fremtidige episoder kan tænkes at have. Forskellige former for psykoterapi og støttende samtaler kan være af stor betydning i de symptomfrie intervaller.

Fakta om den manio-depressive sygdom

1. **Navn:** Sygdommen kaldes bipolar affektiv psykose. Tidligere hed den manio-depressiv sygdom, og dette udtryk bruges stadig i daglig tale.
2. **Forløb:** Bipolar affektiv psykose er en livslang sygdom, der viser sig i perioder: perioder med manisk opstemthed og perioder med dyb depression. Nogle har lige mange manier og depressioner, andre flest manier eller depressioner. Mænds sygdom begynder oftest med en mani, kvinders med en depression. Mellem udsvingene er der neutrale (normale) perioder, men efterhånden kan der komme vedvarende svækkelse af hjernen.
3. **Varighed:** Varigheden af ubehandlet mani/depression er meget varierende: fra få uger til måneder eller år, gennemsnitligt 3-4 måneder for en mani og 6-8 måneder for en depression.
4. **Sværhedsgrad:** Sygdomsfaserne kan have forskellig intensitet. I nogle tilfælde ses voldsomme manier og dybe depressioner (bipolar I), mens andre har svære depressioner, men kun lettere manier (hypomani), der føles som stimulerende, perioder, som de ramte nødt vil undvære (bipolar II). Der ses også former med samtidige maniske og depressive symptomer, hvilket er en ubehagelig og farlig tilstand. Endelig ses den såkaldte cyklotymi, der består af mindre, men hyppige udsving i begge retninger.
5. **Hyppighed:** Den manio-depressive sygdom rammer ca. 1% af den voksne befolkning, hvilket i Danmark svarer til ca. 40.000 mennesker.
6. **Alder:** Sygdommen begynder ofte i 20-25-års alderen, men kan vise sig allerede i 14-15-års alderen.
7. **Køn:** Manio-depressiv sygdom er lige hyppig hos mænd og kvinder – modsat den unipolare depression, der hyppigst ses hos kvinder.
8. **Symptomer:** De maniske og de depressive symptomer er hinandens modsætninger, som lys og mørke.
9. **Misbrug:** Omkring halvdelen af de ramte udvikler en form for misbrug, enten af alkohol eller medicin. Misbruget forværrer naturligvis forløbet og øger risikoen for selvmord.
10. **Selv mord:** 15-20% af de ramte begår selvmord.
11. **Sociale konsekvenser:** Langt de fleste kommer ud i store sociale og familiemæssige problemer, hvis der ikke iværksættes omhyggelig behandling. Det drejer sig fx om samlivsproblemer, belastning af børnene, afskedigelse og skilsmisse.
12. **Nerveceller:** Der er risiko for varig svækkelse og tab af nogle af hjernens nerveceller, specielt i området hippocampus, der bl.a. har at gøre med indlæring og hukommelse.
13. **Årsager:** Arvelige forhold gør sig langt mere gældende end ved rene depressioner. Generne er dog endnu ikke fundet, men det sker formentlig snart. Mennesker med manio-depressiv sygdom er ekstra følsomme over for psykisk og fysisk stress.
14. **Behandling og forebyggelse:** Sygdommen behandles primært med medicin, men det er vigtigt, at den ledsages af omhyggelig information om sygdommen og dens forebyggelse.
15. **Medicin:** Man deler den medicinske behandling op i akut behandling af den maniske eller depressive fase, der dæmper symptomerne, og i den forebyggende behandling, der skal forhindre nye sygdomsperioder. Den forebyggende behandling er altafgørende, da den akutte behandling kan medføre, at tilstanden svinger over i den anden pol. Man behandler de lettere manier med litium, eventuelt suppleret med beroligende medicin (benzodiazepiner). I svære tilfælde suppleres med antipsykotisk virkende medicin. Man behandler de depressive faser med antidepressiva, der gives forsigtigt af hensyn til risikoen for udvikling af mani.
16. **Indlæggelse:** Hvis der er psykotiske symptomer i form af vrangforestillinger eller hallucinationer eller risiko for selvmord, er indlæggelse som regel nødvendig.