

Psykose ved affektive lidelser

Professor Lars Vedel Kessing

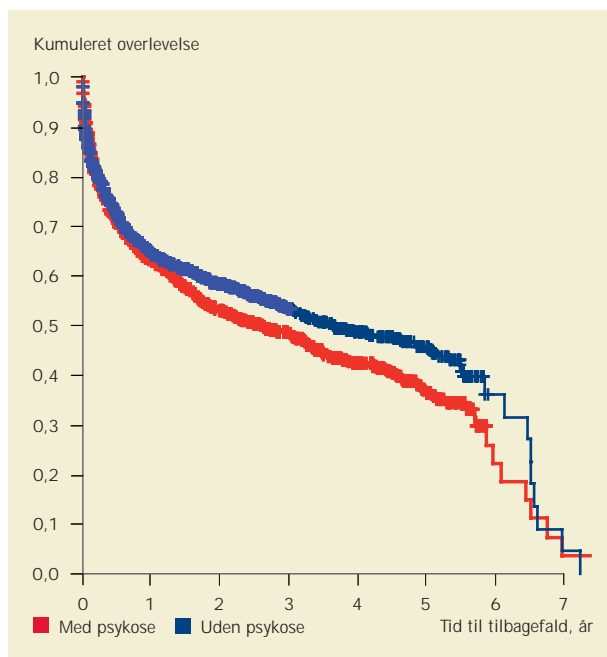
Rigshospitalet, Psykiatrisk Center

Det essentielle i psykosebegerbet er realitetstabet, som viser sig ved en ændret eller forvrænget virkelighedsoplevelse [1]. Ved depression og mani er patientens opfattelse af egen fortid, nutid og fremtid farvet i et depressivt eller opstemt skær. Man kan således diskutere, om der ikke altid er en psykotisk dimension i depression og mani. I de aktuelle diagnosesystemer defineres psykose ved de affektive lidelser imidlertid pragmatisk som tilstedeværelsen af hallucinationer, vrangforestillinger eller depressiv stupor, hvorfra undtages første-rangssymptomer eller bizarre vrangforestillinger, som anses for typiske ved skizofreni. I forskningssammenhæng er det et problem at skelne psykose fra sværhedsgrad af depression eller mani, idet tilstedeværelsen af psykose altid indikerer en svær tilstand. Resultater fra videnskabelige undersøgelser af psykose ved affektive lidelser er derfor oftest konfunderet af sværhedsgraden af depression eller mani [2].

Psykose ved unipolar depression

I befolkningsundersøgelser findes 15-20% af de patienter, der har depression at frembyde psykotiske symptomer svarende til en etårs prævalens på 0,4% [3]. Forekomsten af psykotisk depression stiger igennem sygdomsforløbet fra under 10% ved første depression til ca. 25% ved tiende depression [4].

Psykotiske symptomer ved depression viser sig oftest som depressive vrangforestillinger eller depressive hørelseshallucinationer. Patienter med psykotisk depression lider ofte også af svære selvbepjædelser og skyldfølelse samt koncentrationsbesvær og andre kognitive vanskeligheder og har ofte svært nedsat eller øget psykomotorisk tempo [5]. Det er stadig uklart, om psykotisk depression er associeret med øget familiær disposition for depression sammenlignet med ikkepsykotisk depression, mens meget tyder på, at patienter med psykotisk depression hyppigere har familiær disposition for bipolar lidelse [5]. Psykotisk depression er associeret med en dårligere prognose med øget risiko for udvikling af nye depressioner [5, 6] (Figur 1) og øget risiko for udvikling af mani og dermed bipolar lidelse [5, 6]. Særlig debut af psykotisk depression i tidlig alder (< 25 år) øger sandsynligheden for, at patienten vil udvikle bipolar lidelse [5]. Selv om det er en klinisk fornemmelse, at psykotisk depression er forbundet med øget suicidalfare, er risikoen for selvmord ikke fundet øget i forhold til risikoen ved ikkepsykotisk depression [5, 6]. Der er ikke fundet forskel i prognosen mellem patienter med stemningskongruente (dvs.



Figur 1. Risiko for genindlæggelse for patienter med en *International Classification of Diseases* (ICD)-10-diagnose med svær enkeltstående depression med eller uden psykose ved første indlæggelse [6].

depressivt farvede) og patienter med stemningsinkongruente psykotiske symptomer [6].

Patienter med psykotisk depression har gennemsnitligt øget serumkortisolniveau og nedsat suppression ved dexametason-suppressionstesten som udtryk for en dysreguleret hypothalamus-hypofyse-binyrebark-akse [5]. Disse fund synes ikke at kunne forklares ud fra den øgede sværhedsgrad af depression, som findes ved psykotisk depression [5].

Psykose ved bipolar lidelse

Ved bipolar lidelse kan patienter både frembyde psykotiske symptomer som led i en depression og som led i en mani. Forekomsten af psykotiske symptomer er høj, idet ca. 60% af de patienter, der har bipolar lidelse, frembyder mindst et psykotisk symptom igennem livet [7]. Psykotiske symptomer ved mani er oftest storhedsvrangforestillinger (megalomane forestillinger) eller hørelseshallucinationer, men første-rangssymptomer som tankekontrol og tankeudsending er heller ikke ualmindelige [8], selv om dette strider mod de vedtagne diagnostiske kriterier. Varigheden af mani med psykose synes at være længere end ved mani uden psykose [9], men psykose ved mani øger – modsat psykose ved depression – ikke risikoen for at udvikle nye affektive episoder efterfølgende [9, 10], ligesom risikoen for selvmord ikke synes øget i forhold til ved mani uden psykose [9, 10]. Prognosen for stemnings-

Faktaboks

15-20% af patienterne med depression frembyder psykotiske symptomer.

Ca. 50% af patienterne med mani frembyder psykotiske symptomer.

Psykotiske symptomer er associeret med dårligere prognose, særligt ved depression, hvor psykose er associeret med øget risiko for recidiv af depression samt øget risiko for udvikling af bipolar lidelse og selvmord.

kongruente og stemningsinkongruente psykotiske symptomer synes ens.

Mani med psykotiske symptomer kræver oftest behandling under indlæggelse og med et atypisk antipsykotikum evt. i kombination med lithium eller et antikonvulsivum. Ved behandlingsresistente tilstande kan elektrokonvulsiv terapi (ECT) være påkrævet.

Det diskuteres fortsat, hvorvidt depression med psykose og mani med psykose udgør selvstændige sygdomsenheder, og endvidere debateres berøringsfladen til den skizoaffektive

lidelse og skizofreni [5]. Der er et stort behov for afklaring af den genetiske baggrund og for identifikation af biomarkører for psykotiske affektive lidelser.

Korrespondance: *Lars Vedel Kessing*, Psykiatrisk Center, Rigshospitalet, Afsnit 6233, DK-2100 København Ø. E-mail: lars.kessing@rh.regionh.dk

Antaget: 15. juli 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Lunn V. Psykosebegrebet. *Ugeskr Læger* 1979;141:1261-6.
2. Larsen JK, Bech P. Affective disorders – depression diagnosis and prognosis. *Ugeskr Læger* 2007;169:1427-31.
3. Ohayon MM, Schatzberg AF. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am J Psychiatry* 2002;159:1855-61.
4. Kessing LV. Severity of depressive episodes during the course of depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192:290-3.
5. Keller J, Schatzberg AF, Maj M. Current issues in the classification of psychotic major depression. *Schizophr Bull* 2007;33:877-85.
6. Kessing LV. Subtypes of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *Psychopathology* 2003;36:285-91.
7. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. Oxford: Oxford University Press, 1990.
8. Keck PE Jr., McElroy SL, Havens JR et al. Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Compr Psychiatry* 2003;44:263-9.
9. Kessing LV. Subtypes of manic episodes according to ICD-10-prediction of time to remission and risk of relapse. *J Affect Disord* 2004;81:279-85.
10. Coryell W, Leon AC, Turvey C et al. The significance of psychotic features in manic episodes: a report from the NIMH collaborative study. *J Affect Disord* 2001;67:79-88.

Farmakologisk behandling af psykotiske tilstande

Klinikchef Anders Fink-Jensen, overlæge John Teilmann Larsen, overlæge Bent Nielsen & centerchef Henrik Lublin

Psykiatrien i Region Hovedstaden,
Psykiatrisk Center Rigshospitalet og
Psykiatrisk Center Glostrup, og
Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afdeling P

Igennem flere hundrede år har patienter med psykiske lidelser været forsøgt behandlet ad medicinsk vej. I det nittende århundrede introduceredes opiumsdråber, og i det tyvende århundrede anvendtes barbiturater. I begge tilfælde var den primære effekt sedation. Præparaterne havde ingen egentlig antipsykotisk effekt og var endvidere behæftet med en del bivirkninger, bl.a. udviklede patienterne ofte afhængighed. I 1930'erne anvendte man insulinslumrekure, og i samme periode vandt lobotomierne (de hvide snit) indpas. Elektrisk stimulationsbehandling – de såkaldte elektrochok – påbegyndtes i samme periode. Sidstnævnte behandling er som den

eneste videreført og forbedret og fremstår i dag som en særdeles virksom behandling af bl.a. svære depressive tilstande med eller uden psykotiske symptomer, ligesom den fortsat har en plads i behandling af ikkeaffektive psykotiske tilstande.

Et meget væsentligt fremskridt i den psykofarmakologiske behandling skete inden for en tiårig periode, der startede med opdagelsen af lithiums effekt på maniske tilstande i 1949, opdagelsen af chlorpromazins antipsykotiske effekt i 1952 og de tricykliske antidepressivas effekter på depression i 1957. Ligeledes udvikledes benzodiazepinerne til behandling af angst og uro op gennem 1950'erne. Psykiatrien var således i slutningen af 1950'erne i besiddelse af terapeutiske præparater til behandling af skizofreni (antipsykotika), mani (lithium), depression (antidepressiva) samt angst og uro (benzodiazepiner), hvilket medførte en dramatisk forbedring af forholdene for de alvorligst syge psykiatriske patienter, særligt de psykotiske patienter, der tidligere havde tilbragt størstedelen af deres liv på institutioner bag låste døre. Forbedringerne kunne ikke udelukkende tilskrives den farmakologiske be-