201021 Psykosomatiikka /Somatoformiset sairaudet

Yl juha kemppinen

201021 Psykosomatiikka/Somatoformiset sairaudet

- Agenda:

1) Mitä on psykosomatiikka/ somatoformiset sairaudet?
2) Mitä somatoformiset sairaudet ovat uudessa DSM-5 psykiatrisessa luokittelussa?
3) Mikä on psykosomaattisten / somatoformisten tautien kliininen kuva?
4) Mitä psykosomaattisten / somatoformisten tautien hoidossa tulisi huomioida?
5) Sairauksiin suhtautuminen eri persoonallisuustyypeillä ja - tyyleillä

1) Mitä on psykosomatiikka/ somatoformiset sairaudet?

Yl juha kemppinen

Eräs teoria:

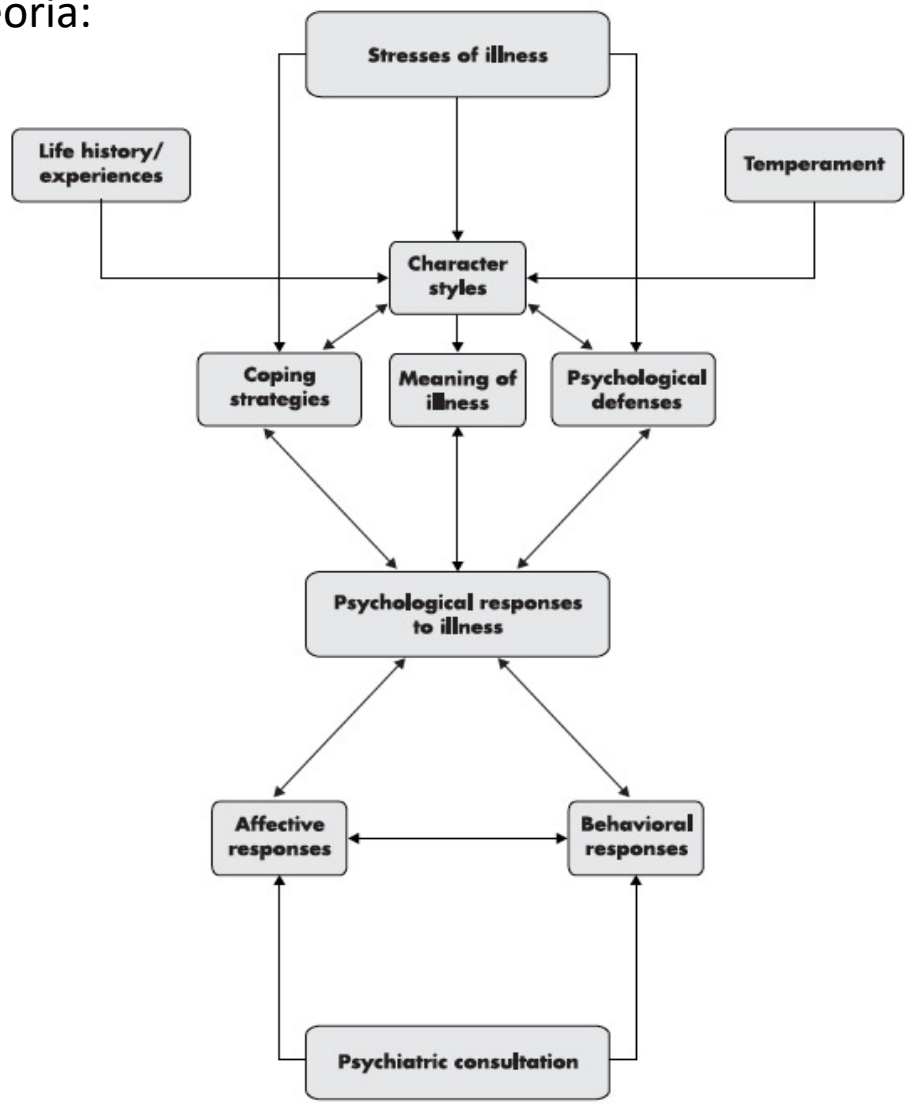


FIGURE 5–1. **Framework illustrating the complexity of an individual's behavioral or emotional responses to illness.**
Source. Adapted from Lazarus 1999; Lazarus and Folkman 1984.

Levenson J ed 2005

Historiallinen tausta:

Hysteria (Charcot, 1825–1893)
Conversion (Freud "Studien der Hysterie", 1895)
Dissociation (Janet, 1859–1947)
Somatisation (Stekel 1924; Kroll, 1932 in the journal: *Psychoanalytische Praxis*)

Charis et al, 2016

Yleinen ilmiö:

Table 2.2 Epidemiological data

Somatoform disorders are the third most common mental disorders after addiction and anxiety disorder in lifetime prevalence
"4–10% of the general population and 20% of primary care patients have what are *(is)* called 'non-specific, functional and somatoform bodily complaints'"
Seventeen percent of the population in Germany have chronic pains

Charis et al, 2016

Toinen teoria:

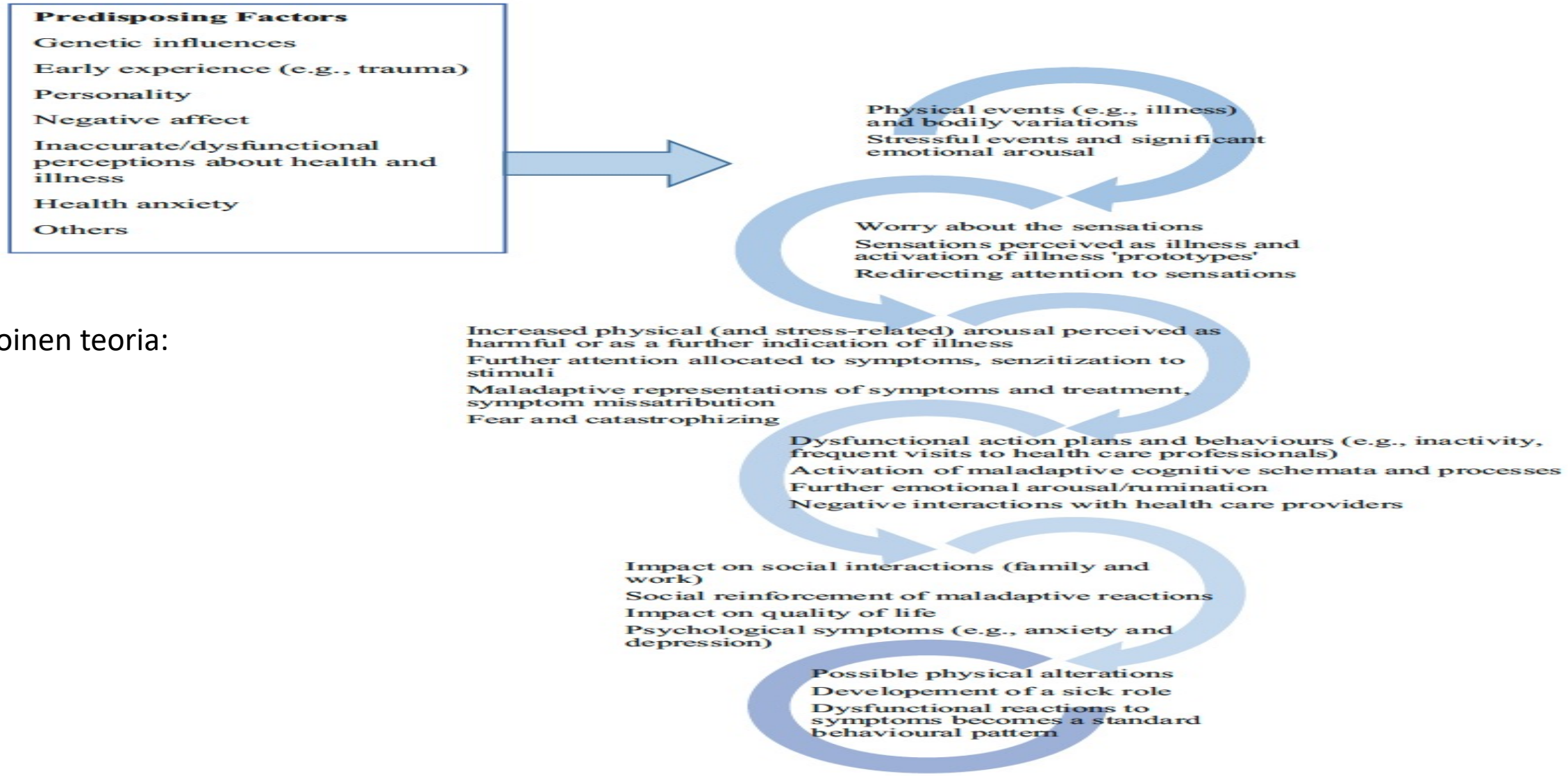
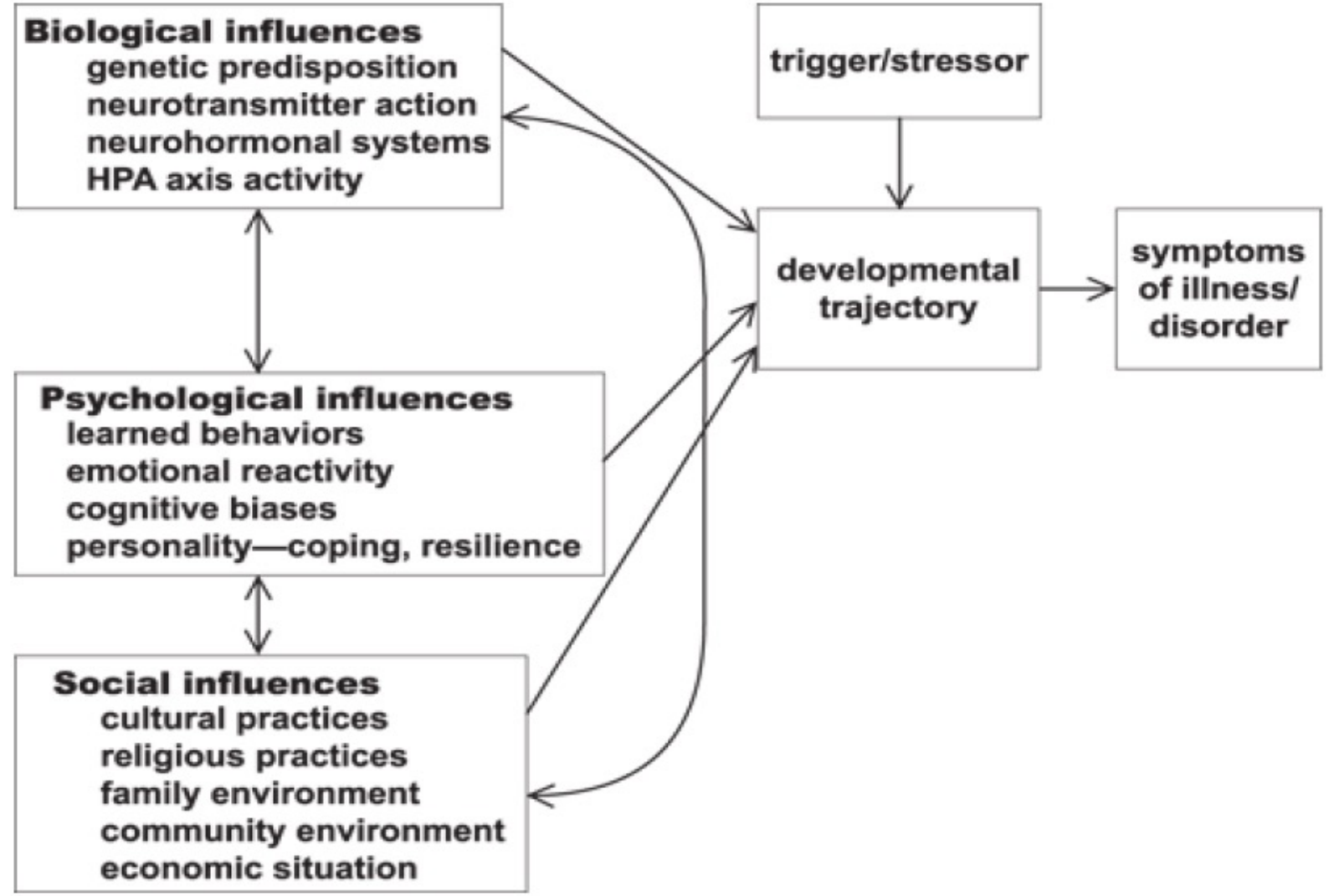


Fig. 3.1 The spiral of feedback loops and interactions between factors generating and perpetuating functional physical syndromes/symptoms according to the general cognitive behavioral approach

Charis et al, 2016



Biopsychosocial model of illness (HPA axis = hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis).

Gaithri F et al, 2017

Table 17.1 Inflammatory cytokines and their key characteristics

Cytokine	Family	Producer cells	Function
Pro-inflammatory cytokines			
Interleukin-1β (IL-1β)	Unassigned	Macrophages	Key mediator of sickness behavior; promotes fever and pain hypersensitivity; involved in HPA axis activation, lymphocyte activation, macrophage and neutrophil activation, endothelial activation, prostanoid synthesis, and IL-6 synthesis
Interleukin-2 (IL-2)	Hematopoietins	T cells	Facilitates immunoglobulin production by B cells, and differentiation and proliferation of NK cells
Interleukin-6 (IL-6)[a]	Hematopoietins	Macrophages, T cells	Key mediator of acute phase response; promotes fever, and T and B cell differentiation and activation; can down-regulate inflammation by inhibiting TNF-α and IL-1 production
Interleukin-8 (IL-8)	Chemokines	Macrophages	Key mediator of inflammation; recruits neutrophils to the site of inflammation and induces chemotaxis in target cells
Tumor necrosis factor-α (TNF-α)	TNF family	Macrophages, NK cells	Key mediator of sickness behavior; promotes fever and suppresses appetite; stimulates HPA axis, endothelial activation, and neutrophil activation; induces apoptotic cell death
Anti-inflammatory cytokines			
Interleukin-4 (IL-4)	Hematopoietins	T cells	Inhibits production of the pro-inflammatory cytokines TNF-α and IL-1; stimulates B and T cell proliferation
Interleukin-10 (IL-10)	Unassigned	Macrophages, T cells	Inhibits production of the pro-inflammatory cytokines IL-1, IL-6, and TNF-α; enhances B cell proliferation and antibody production

NK cells = Natural killer cells; HPA axis = Hypothalamic–pituitary–adrenal axis.

[a] Although IL-6 is listed as a pro-inflammatory cytokine, as described, it can also have anti-inflammatory effects. From Slavich & Irwin, 2014.

Somatization disorder F 45.0
Undifferentiated somatoform disorder F 45.1
Hypochondriasis F 45.2
Somatoform autonomic dysfunction F 45.3
Persistent somatoform pain disorder F 45.4

Table 2.4 DSM-5: somatic symptom and related disorders

Somatic symptom disorder: includes somatization disorder and undifferentiated somatoform disorder
Illness anxiety disorder: similar to hypochondriasis
Conversion disorder
Psychological factors affecting other medical conditions: attitudes or behaviours adversely influence the course or result of an existing medical illness
Factitious conditions: deliberately created artificial symptoms of a medical illness in order to obtain the sympathy given to people who are really ill, e.g. Munchausen syndrome

Charis et al, 2016

Table 1. Medical disorders that have been associated with stressful life events in controlled studies

Asthma
Diabetes
Graves' disease
Cushing's disease
Hypothalamic amenorrhea
Peptic ulcer
Inflammatory bowel disease
Functional gastrointestinal disorders
Myocardial infarction
Functional cardiovascular disorders
Autoimmune disease
Cancer
Infectious disease
Psoriasis, alopecia areata and urticaria
Headache
Cerebrovascular disease
Sudden death

Fava G et al, 2000

201021 Somatoformiset häiriöt

- Psykosomatiikka:
- Psykosomatiikassa tarkastellaan psyykkisten ja psykososiaalisten tekijöiden yhteyttä sairauksien syntyyn ja kulkuun.
- Aiempina vuosikymmeninä ajateltiin, että olisi olemassa tiettyjä muista sairauksista erotettavissa olevia ”psykosomaattisia sairauksia”.
- Tästä ajattelusta on luovuttu jo vuosia sitten, kun on havaittu, että psyykkiset tekijät ovat vaikuttamassa hyvin monenlaisiin sairauksiin ja niiden vaiheisiin.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt- Matti Joukamaa; Psykosomatiikka ja konsultaatiopsykiatria, Psykiatria, 2011, 517

201021 Somatoformiset häiriöt

- Psykosomatiikka:
- Toisaalta eräät aiemmin voimakkaasti ”psykosomaattisiksi” arvioidut sairaudet ovat osoittautuneet etiologialtaan paljon muiksi kuin psyykkisperäisiksi.
- Konsultaatiopsykiatria ja erityisesti muiden alojen kanssa tapahtuva **konsultaatio-yhteistyöpsykiatria** (consultation-liaison psychiatry) ovat psykosomatiikan kliinistä soveltamista.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt- Matti Joukamaa; Psykosomatiikka ja konsultaatiopsykiatria, Psykiatria, 2011, 517

201021 Somatoformiset häiriöt

- Elimellisoireisilla (somatoformisilla) mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan psyykkisiä häiriöitä, joiden oirekuva viittaa ruumiilliseen sairauteen mutta joissa ruumiillinen sairaus ei selitä oireita.
- Ennen kuin elimellisoireisen häiriön diagnoosi voidaan asettaa, on tutkittava, ettei oireisto selity ruumiillisella sairaudella tai muun tyyppisellä psyykkisellä häiriöllä.
- Erilaisia fyysisiä tai fyysisinä koettuja oireita liittyy moniin mielenterveyden häiriöihin, kuten masennustiloihin ja ahdistuneisuushäiriöihin.
- Somatoformisille häiriöille on usein tyypillistä hyvin runsas terveydenhuoltopalvelujen käyttö. Hoidossa on keskeistä, että potilas voisi päästä pitkäjänteiseen ja kiinteään hoitosuhteeseen, jossa epätarkoituksenmukaisten tutkimusten kierteet voidaan katkaista ja jonka tuella potilas voi oppia elämään oireiden kanssa

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt- Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Aleksitymia
= ”kyvyttömyys tuntea tunteitaan”

Table 3. Alexithymia: revised version of the DCPR (criterion A is required)

Criterion A	At least 3 of the following 6 characteristics should be present: (1) Inability to use appropriate words to describe emotions (2) Tendency to describe details instead of feelings (e.g. circumstances surrounding an event rather than the feelings) (3) Lack of a rich fantasy life (4) Thought content associated more with external events rather than fantasy or emotions (5) Unawareness of common somatic reactions that accompany the experience of a variety of feelings (6) Occasional but violent and often inappropriate outbursts of affective behavior

Fava G et al, 2017

2) Mitä somatoformiset sairaudet ovat uudessa DSM-5 psykiatrisessa luokittelussa?

Yl Juha Kemppinen

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **Elimellisoireinen häiriö** (**300.82** (F45.1))
- A. Yksi tai useampia elimellisiä oireita, jotka aiheuttavat kärsimystä tai haittaavat merkittävällä tavalla jokapäiväistä elämää
- B. Elimellisiin oireisiin tai terveyshuoliin liittyvät suhteettoman vahvat käsitykset, tunteet tai käytösmallit, jotka ilmenevät ainakin yhdellä seuraavista tavoista: Suhteettoman vahvat ja pitkäkestoiset käsitykset oireiden vakavuudesta
- Oireisiin tai terveyteen liittyvä jatkuva voimakas ahdistuneisuus
- Oireet ja terveyshuoli kuluttavat suhteettoman paljon aikaa ja henkisiä voimavaroja

- C. Vaikka mikään yksittäinen oire ei samankaltaisena jatkuvasti olisi läsnä, somaattinen oireilu jatkuu yhtämittaisesti (tyypillisesti lyli 6 kuukauden ajan).

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **Elimellisoireinen häiriö** (**300.82** (F45.1)) (jatkuu)
- *Tarkenna* jos:
- **Kipuoireisto vallitseva** (aikaisempi krooninen kipuoireyhtymä): Käytä tätä tarkennetta, jos elimellinen oire on ensisijaisesti kipu.
- Tarkenna:
- **Krooninen**: vaikeat oireet, merkittävä toimintakyvyn lasku ja oireiden pitkä kesto (yli 6 kuukautta)
- Tarkenna oireiston vaikeusaste
- **Lievä**: Vain yksi B-kohdan kriteereistä täyttyy
- **Keskivaikea**: Kaksi tai kolme B-kohdan kriteereistä täyttyy
- **Vaikea**: Kaksi tai kolme B-kohdan kriteereistä täyttyy, ja lisäksi elimellisiä oireita on kaksi tai useampi (tai yksi hyvin vaikea elimellinen oire).

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **Sairauspelko** (**300.7** (F45.21))
- A. Jatkuva huolestuneisuus vakavan sairauden läsnäolosta tai sairastumisesta vakavaan sairauteen.
- B. Elimellisiä oireita ei ole tai jos niitä on, ne ovat lieviä. Jos henkilöllä on jokin sairaus tai jos hänellä on kohonnut riski sairastua (esim. voimakas sukurasitus), huoli on selvästi suhteettoman voimakas.
- C. Henkilö on korostuneella tavalla ahdistunut ja herkästi huolestuva terveydentilaansa liittyvistä asioista
- D. Henkilön käyttäytymisessä korostuvat terveyteen liittyvät käytösmallit (esim. tarkistaa jatkuvasti kehostaan sairauteen viittaavia oireita) tai välttämiskäyttäytyminen (esim. lääkäri- tai sairaalakammo)
- E. Huoli sairaudesta tai sairastumisesta on jatkunut ainakin 6 kk ajan, vaikka huolen kohteena oleva kuviteltu sairaus on voinut vaihtua.
- F. Sairastumiseen liittyvä huoli ei selity paremmin toisella mielenterveyden häiriöllä kuten elimellisoireisella häiriöllä, paniikkihäiriöllä, yleistyneellä ahdistuneisuudella, ruumiinkuvahäiriöllä, pakko-oireisella häiriöllä tai elimellisoireisella harhaluuloisuushäiriöllä.
- *Tarkenna*:
- **Hoitohakuinen**: Henkilö käyttää paljon terveyspalveluita kuten lääkärin vastaanottoja tai erilaisia tutkimuksia ja kokeita
- **Hoitoa välttävä**: Henkilö käyttää harvoin terveyspalveluita

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **<u>Konversiohäiriö (Toiminnallinen neurologinen häiriö) (F44.X)</u>**
- A. Yksi tai useampia oireita tahdonalaisen motorisen lihastoiminnan tai aistitoimintojen alueelta.
- B. Kliiniset löydökset ovat ristiriidassa oireiden kanssa eivätkä sovi tunnettuihin neurologisiin tai muihin lääketieteellisiin sairauksiin.
- C. Oireisto ei sovi paremmin johonkin toiseen somaattiseen tai mielenterveyden häiriöön.
- D. Oire tai puutosoire aiheuttaa kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla tai on niin merkittävä, että lääketieteelliset selvitykset ovat aiheellisia.

- **Diagnoosin kirjaamisohje**: ICD-9-CM:n koodi konversiohäiriölle on **300. 11**, mitä käytetään oirekuvasta riippumatta. ICD-10-CM:n koodi riippuu oirekuvasta (alla).
- *Määritä* oireiden tyyppi:
- **(F44.4) lihasheikkous tai halvaus**
- **(F44.4) poikkeava liike** (esim. vapina, dystoninen liikehäiriö, myoklonus, askeltaminen)
- **(F44.4) nielemisoireet**
- **(F44.4) puheoireet** (dysfonia, sokeltaminen)
- **(F44.5) kouristuskohtaukset**
- **(F44.6) tuntopuutokset tai aistipuutokset**
- **(F44.6) spesifi sensorinen oire** (näön, kuulon tai hajuaistin häiriö)
- **(F44.7) sekamuotoiset oireet**

Tarkenna:
Akuutti sairausjakso: Oireisto on kestänyt alle kuusi kuukautta.
Krooninen: Oireisto on jatkunut yli kuusi kuukautta.
Tarkenna:
Psykososiaalinen stressitekijä on tiedossa (tarkenna minkälainen)
Ei psykososiaalista stressitekijää

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **Psykologisten tekijöiden haitallinen vaikutus muiden sairauksien yhteydessä (316** (F54))
- A. On todettu somaattinen oire tai sairaus (muu kuin mielenterveyden häiriö)
- B. Psykologiset tai käyttäytymiseen liittyvät tekijät vaikeuttavat somaattista sairautta jollakin seuraavista tavoista: Tekijöiden ajallinen yhteys sairauden alkuun, vaikeutumiseen tai siitä toipumisen hidastumiseen on selvä.
- Tekijät vaikuttavat sairauden hoitoon (esim. huono liittyminen hoitoon)
- Tekijät johtavat entisestään lisääntyneisiin terveysriskeihin
- Tekijät vaikuttavat sairauden patofysiologiaan joko edistämällä sen puhkeamista tai vaikeutumista tai aiheuttamalla terveydenhuollon kontaktin tarpeen.
- C. B-kohdan psykologiset ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät eivät paremmin selity muilla mielenterveyden häiriöillä (esim. paniikkihäiriö, vakava masennustila, traumaperäinen stressihäiriö).
- *Tarkenna* oireiston vaikeusaste:
- **Lievä**: Lisää lääketieteellistä riskiä (esim. verenpainelääkityksen epäsäännöllinen käyttö)
- **Keskivaikea**: Vaikeuttaa somaattista sairautta (esim. ahdistuneisuus vaikeuttaa astmaa)
- **Vaikea**: Johtaa somaattiseen päivystyskäyntiin tai sairaalahoitoon
- **Erittäin vaikea**: Johtaa vakavaan, henkeä uhkaavaan vaaraan (esim. kieltää sydäninfarktin oireet).

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **Teeskentelyhäiriö (300.1 9** (F68.10))
- **Henkilöön itseensä kohdistuva teeskentelyhäiriö**
- A. Somaattisten tai psyykkisten löydösten tai oireiden tietoinen teeskentely tai jäljittely, tai harhaanjohtamistarkoituksessa itse aiheutetuksi tunnistettu sairauden tai vamman tietoinen aiheuttaminen.
- B. Henkilö esittää olevansa sairas, vammainen tai loukkaantunut.
- C. Harhaanjohtava sairauskäyttäytyminen on ilmeistä, mutta siitä ei vaikuttaisi olevan henkilölle olevan selkeää hyötyä
- D. Käyttäytymismalli ei selity paremmin muilla mielenterveyden häiriöillä kuten harhaluuloisuushäiriöllä tai muulla psykoottisella häiriöllä.
- *Tarkenna*:
- **Yksittäinen jakso**
- **Toistuvat jaksot** (kaksi tai useampia sairauden teeskentely- tai aiheuttamisjaksoa)

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **Teeskentelyhäiriö (300.1 9** (F68.10)) (jatkuu)
- **Toiselle aiheutettu teeskentelyhäiriö**
- A. Toisen yksilön somaattisten tai psyykkisten löydösten tai oireiden tietoinen väärentäminen tai harhaanjohtamistarkoituksessa aiheutetuksi tunnistettu sairauden tai vamman tietoinen aiheuttaminen.
- B. Henkilö aiheuttaa toiselle (uhrille) sairauden oireita, löydöksiä tai vammoja.
- C. Harhaanjohtava sairauskäyttäytyminen on ilmeistä, mutta siitä ei vaikuttaisi olevan selkeää hyötyä
- D. Käyttäytymismalli ei paremmin selity muilla mielenterveyden häiriöillä kuten harhaluuloisuushäiriöllä tai muulla psykoottisella häiriöllä.
- **Huomaa**: Häiriön aiheuttaja, ei uhri koodataan tällä diagnoosilla.
- *Tarkenna*:
- **Yksittäinen jakso**
- **Toistuvat jaksot** (kaksi tai useampia sairauden teeskentely- tai aiheuttamisjaksoa)

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **Teeskentelyhäiriö (300.1 9** (F68.10)) (jatkuu)
- **Toiselle aiheutettu teeskentelyhäiriö**
- Kirjaamis- ja luokitteluohje
- Kun henkilö väärentää sairauden merkit toiselle (esim. lapselle, aikuiselle tai lemmikkieläimelle), diagnoosina käytetään toiselle aiheutettua teeskentelyhäiriötä.
- Häiriön aiheuttaja, ei uhri koodataan tällä diagnoosilla. Uhri voidaan diagnosoida kaltoinkohteludiagnoosilla (esim. 995.54 [T74.12X]; katso luku "Muut terveydenhuollon kontaktiin johtavat syyt").

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **Muut määritellyt elimellisoireiset häiriöt (300.89** (F45.8))
- Tämä diagnoosiryhmä kattaa ne elimellisoireiset häiriöt, jotka aiheuttavat kliinisesti merkittävää ahdistuneisuutta tai toimintakyvyn laskua sosiaalisesti, ammatillisesti tai muilla tärkeillä osa-alueilla mutta jotka eivät täysin täytä elimellisoireisten häiriöiden diagnostisia kriteereitä.
- Esimerkkejä tiloista, jotka voidaan diagnosoida “muut määritellyt” -määreen alle ovat:
- **Lyhytkestoinen elimellisoireinen häiriö**: Oireiden kesto alle 6 kuukautta.
- **Lyhytkestoinen sairauspelkohäiriö**: Oireiden kesto alle 6 kuukautta.
- **Sairauspelkohäiriö, jossa sairauden pelkoon liittyvät käytösmallit eivät korostu**: Sairauspelon kriteeri D ei täyty.
- **Valeraskaus**: Virheellinen uskomus raskaana olemisesta, mihin liittyy raskaustilaan sopivia oireita ja löydöksiä.

ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT

Psykiatrian tutkimussäätiö ja
Suomen psykiatriyhdistys, 2019

- **Määrittämättömät elimellisoireiset häiriöt (300.82** (F45.9))
- Tämä diagnoosiryhmä kattaa ne tilat, joissa potilas elimellisoireisen häiriön ja vastaavien häiriöiden tyypilliset oireet ovat keskeisiä ja jotka aiheuttavat kliinisesti merkittävää ahdistuneisuutta tai toimintakyvyn laskua sosiaalisesti, ammatillisesti tai muilla tärkeillä osa-alueilla, mutta jossa kaikki elimellisoireisen häiriön kriteerit eivät täyty.
- Tätä diagnoosia ei tulisi käyttää muulloin kuin niissä epätavallisissa tilanteissa, joissa käytettävässä ei ole riittävästi tietoa tarkemman diagnoosin asettamiseksi.

TABLE 14–2. Examples of factitious diseases

Symptom/disease	Method of production	Diagnostic clue
Infections	Injections of saliva or feces	Polymicrobial cultures
Hypoglycemic coma	Self-injection of insulin	Low C-peptide
	Oral hypoglycemic agents	Glyburide in urine
Fever of unexplained etiology[a]	Manipulation of thermometer	Dissociation of fever/pulse
Neurological disease	Anisocoria secondary to anticholinergic eyedrops	Variable reactivity of pupils
Diarrhea	Laxative abuse	Laxative in stool
Pheochromocytoma	Epinephrine in urine	Low blood chromogranin A
Electrolyte imbalance	Diuretics	High urinary potassium
Vomiting	Ipecac	Increased urinary potassium with low chloride
Coagulopathies	Warfarin	Serum assay
Anemia	Self-bloodletting	No bleeding site or iron malabsorption
Pancytopenia	Methotrexate	Serum assay
Proteinuria	Egg white in urine	Large daily variations of urine protein
Purpura	Quinidine	Serum or urinary assay
Hyperthyroidism	Exogenous thyroid	Low serum thyroglobulin
Hematuria	Finger prick blood to urine	

[a]Now uncommon because of the use of instantaneous electronic thermometers.

Source. Adapted from Wallach 1994.

Levenson J ed 2005

Current Psychosomatic Practice

Giovanni A. Fava , Fiammetta Cosci, Nicoletta Sonino (Psychother Psychosom 2017;86:13–30)

- Psychosomatic research has advanced over the past decades in dealing with complex biopsychosocial phenomena and may provide new effective modalities of patient care.
- Among psychosocial variables affecting individual vulnerability, course, and outcome of any medical disease, the role of chronic stress (allostatic load/overload) has emerged as a crucial factor.
- Assessment strategies include the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research.
- They are presented here in an updated version based on insights derived from studies carried out so far and encompass
  - allostatic overload,
  - type A behavior,
  - alexithymia,
  - the spectrum of maladaptive illness behavior,
  - demoralization,
  - irritable mood, and
  - Somatic symptoms secondary to a psychiatric disorder

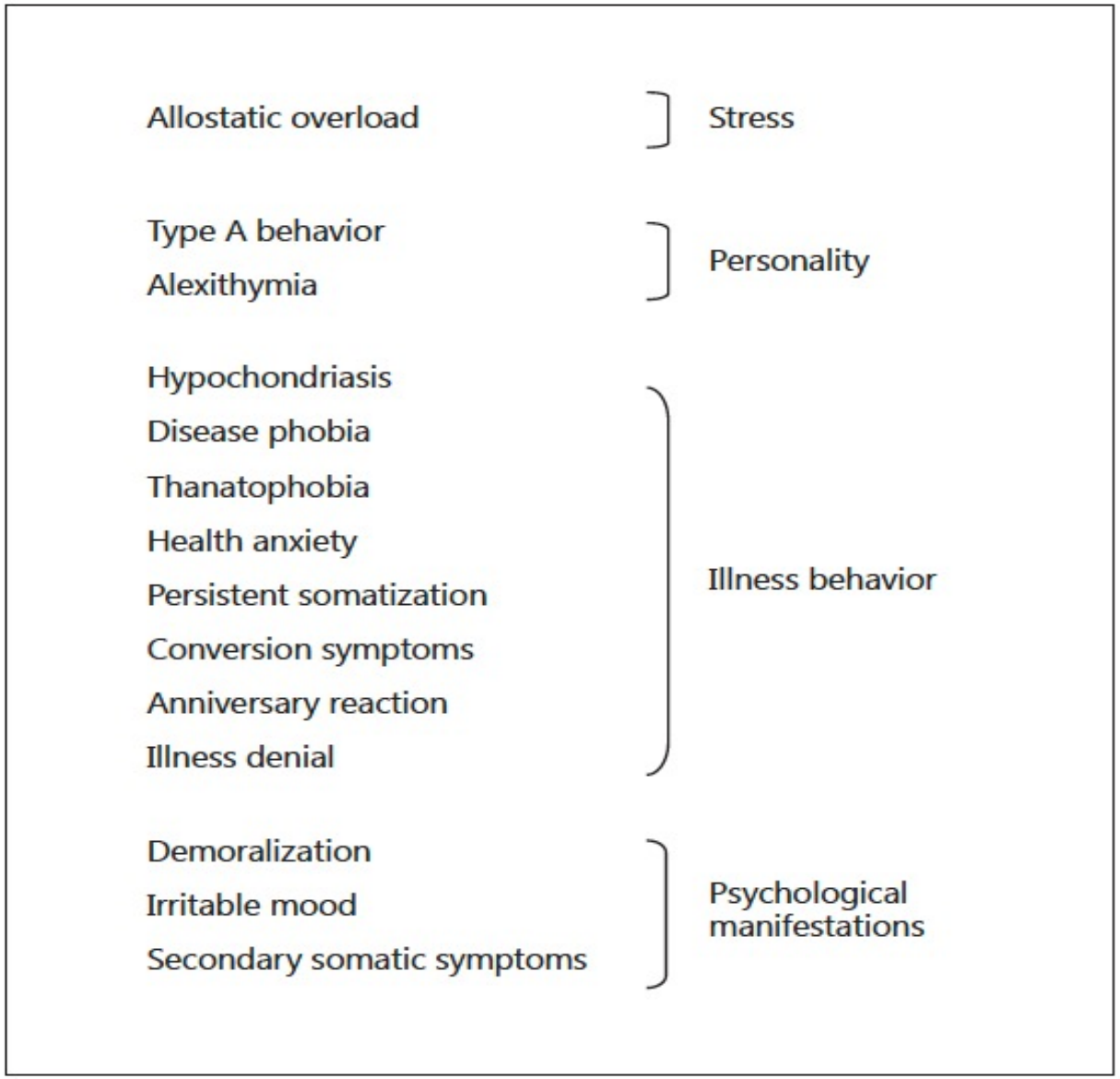


Fig. 1. DCPR, revised version.

Table 1. Allostatic overload: revised version of the DCPR (criteria A and B are required)

Criterion A	The presence of a current identifiable source of distress in the form of recent life events and/or chronic stress; the stressor is judged to tax or exceed the individual coping skills when its full nature and full circumstances are evaluated
Criterion B	The stressor is associated with 1 or more of the following 3 features, which have occurred within 6 months after the onset of the stressor: (1) At least 2 of the following symptoms: difficulty falling asleep, restless sleep, early morning awakening, lack of energy, dizziness, generalized anxiety, irritability, sadness, demoralization (2) Significant impairment in social or occupational functioning (3) Significant impairment in environmental mastery (feeling overwhelmed by the demands of everyday life)

Fava G et al, 2017

Aleksitymian käsitteellinen malli:

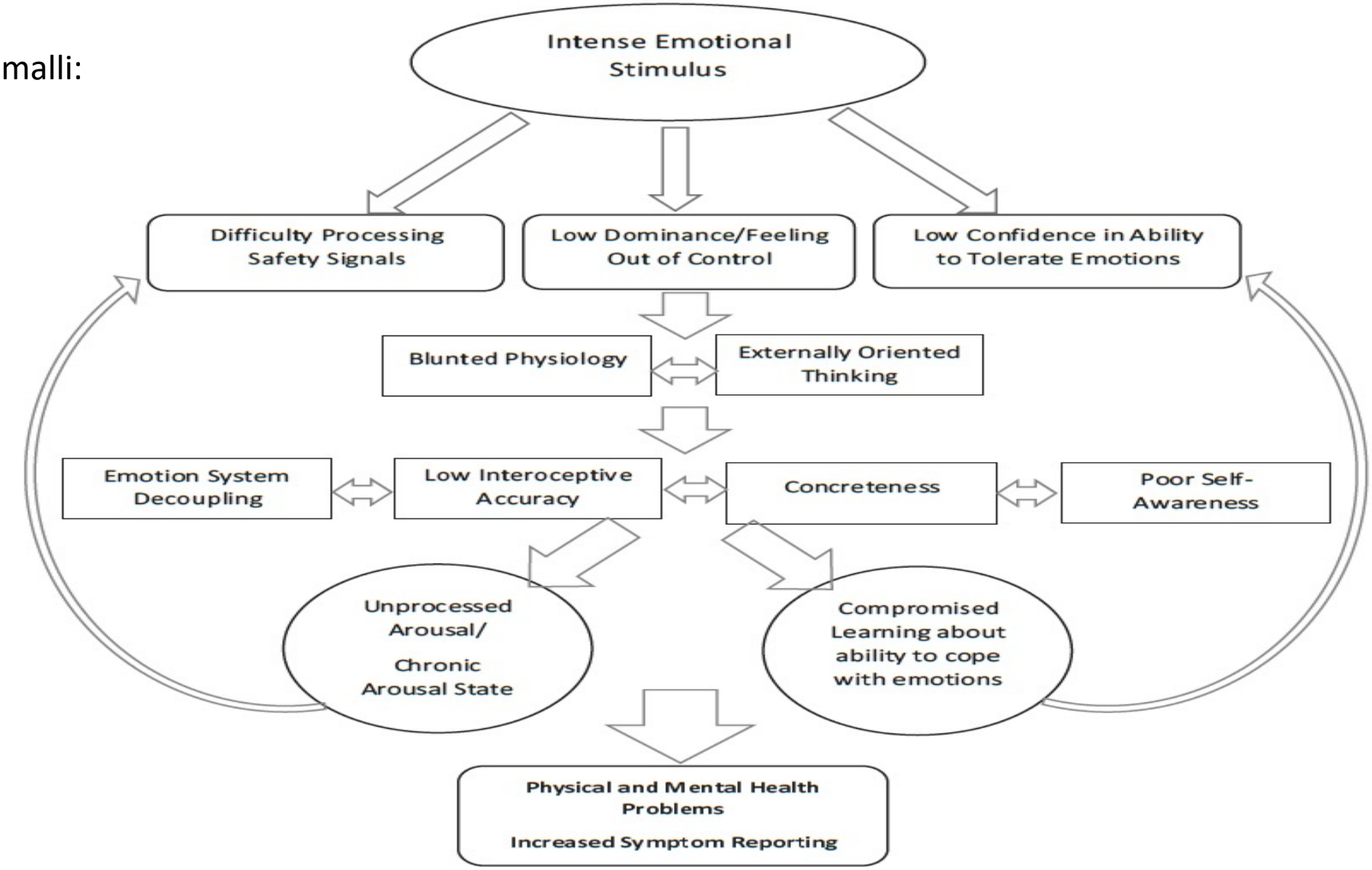


Fig. 5.1 Diagrammatic depiction of a conceptual model describing emotion processing difficulties in Alexithymia

Charis et al, 2016

Somatization

- Somatization can be conceptualized in a variety of different ways, but fundamentally it appears to be a way of responding to stress.
- It is a ubiquitous human phenomenon that at times becomes problematic and warrants clinical attention.
- Somatization is extremely common in medical settings and among the patients referred to psychosomatic medicine psychiatrists.
- Not all somatizing patients have a somatoform disorder
- **SOMATIZATION IS A poorly understood "blind spot" of medicine (Quill 1985).**
- Somatoform disorders remain **neglected by psychiatrists** despite their associated significant functional impairments and economic burden (Bass et al. 2001).

Levenson J ed 2005

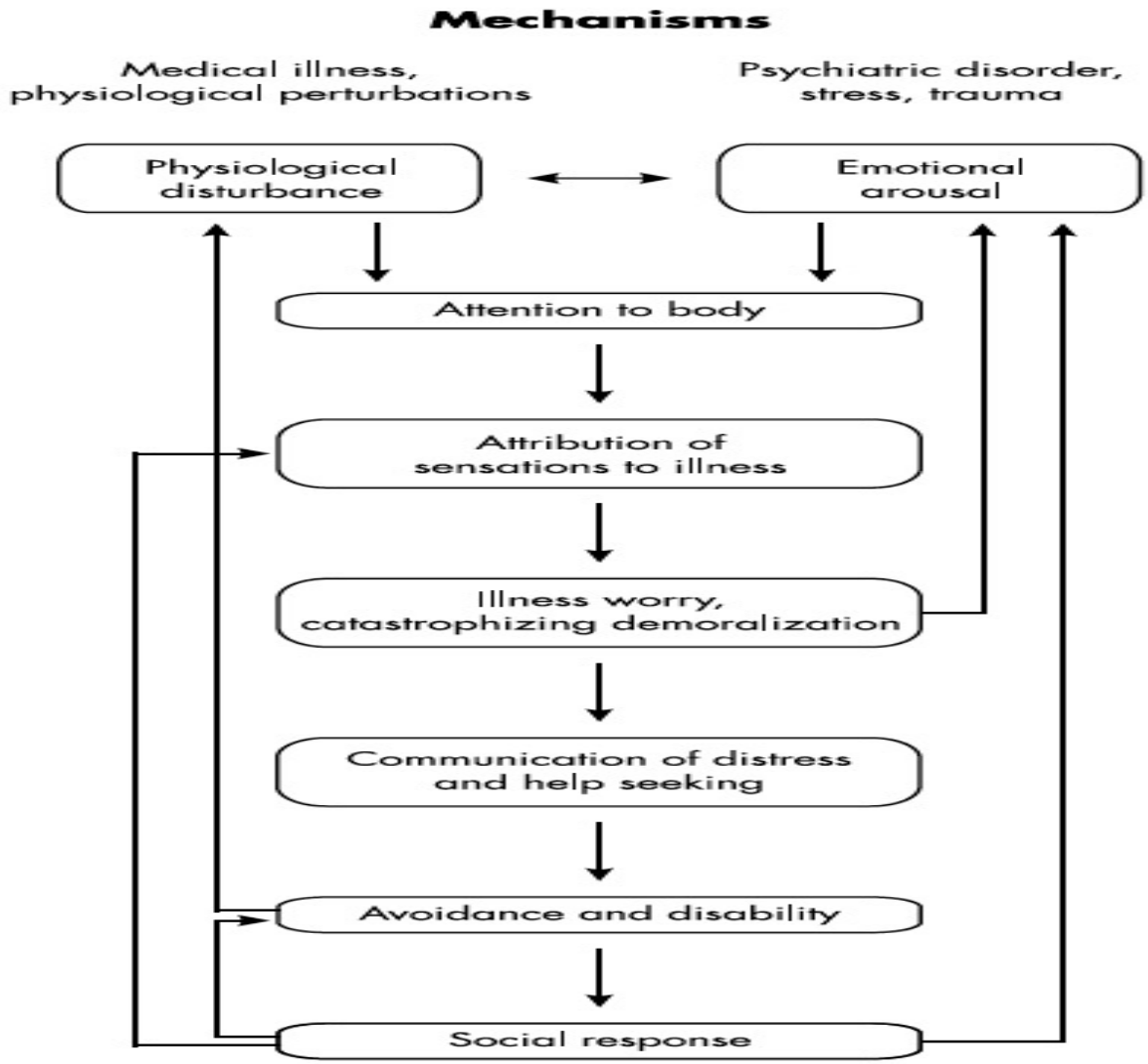


FIGURE 13–2. Matching mechanisms and interventions in the management of somatoform disorders.
Source. Reprinted from Looper KJ, Kirmayer LJ: "Behavioral Medicine Approaches to Somatoform Disorders." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70:810–827, 2002, p. 812. Copyright 2002, the American Psychological Association. Used with permission.

Levenson J ed 2005

3) Mikä on psykosomaattisten / somatoformisten tautien kliininen kuva?

Yl juha kemppinen

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Kliininen kuva**
- Keskeisiä ovat yleensä **moninaiset, toistuvat ja usein muuttuvat erilaiset ruumiilliset oireet**, jotka ovat tavallisesti kestäneet jo useita vuosia, ennen kuin häiriötä aletaan psykiatrisesti tutkia.
- Monilla potilailla on **runsas, pitkä ja usein katkeileva hoitohistoria** mahdollisesti sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelujen piirissä.
- Useat potilaat ovat käyttäneet **runsaasti särkylääkkeitä**. Tavanomaista on myös se, että **erilaisia somaattisia tutkimuksia**, kenties leikkauksiakin on tehty paljon. Tutkimusten löydökset ovat yleensä olleet normaaleja.
- Oireet saattavat olla lähtöisin **mistä tahansa ruumiinosasta tai elinjärjestelmästä**.
- Potilailla on yleensä **subjektiivista haittaa** pitkään jatkuneista ja usein vaihtelevista oireistaan, ja heillä on ollut niistä haittaa myös sosiaalisessa toiminnassa, ihmissuhteissa ja perhe-elämässä. Yleensä **potilas itse kokee olevansa "sairaalloinen**".

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Kliininen kuva**
- Somatisaatiohäiriöön liittyy monihäiriöisyys muiden psyykkisten häiriöiden kanssa. On arveltu, että somatisaatiohäiriöpotilailla on **lähes poikkeuksetta** jossakin elämänsä vaiheessa **myös jokin toinen mielenterveyden häiriö**.
- Mielialahäiriöistä erityisesti **masennustila ja ahdistuneisuushäiriöistä paniikkihäiriö** esiintyvät usein somatisaatiohäiriön kanssa.
- Persoonallisuushäiriöistä monihäiriöisyys liittyy yleisimmin **huomionhakuiseen, tunne-elämältään epävakaaseen ja epäsosiaaliseen persoonallisuuteen**.
- Somatisaatioon saattaa liittyä **liiallinen tukeutuminen riippuvuutta aiheuttaviin lääkkeisiin**, ja **erilaiset riippuvuusoireyhtymät** voivat esiintyä yhdessä somatisaatiohäiriön kanssa.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Häiriön kulku ja ennuste**
- Somatisaatiohäiriö **alkaa yleensä nuoressa aikuisiässä**, tavallisesti 20–30 ikävuoden välillä, toisinaan jo murrosiässä.
- Jo diagnostisten kriteereidenkin mukaan kyseessä on **pitkäaikainen häiriö**. Häiriön vaikeusaste yleensä vaihtelee.
- **Psykososiaalisen stressin kohdatessa** oireisto tulee usein vaikeammaksi; joko olemassa olevat oireet voimistuvat tai ilmenee uusi somaattinen oire.
- Tiedot taudin kulusta ovat vähäiset. Varsinaista paranemista ilmeisesti tapahtuu hyvin harvoin; sen sijaan on mahdollista, että häiriö muuntuu selvemmin joksikin muuksi psyykkiseksi häiriöksi ajan kuluessa.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Epidemiologia ja etiologia**
- Nuorilla suomalaisilla aikuisilla somatisaatiohäiriön esiintyvyys on väestössä prosentin luokkaa, **naisilla se on viisi kertaa niin yleistä kuin miehillä**.
- Yhdysvaltalaisten tutkimusten mukaan sen esiintyvyys väestössä on naisilla 0,5–2,0 prosenttia ja miehillä noin kymmenesosa siitä.
- Perusterveydenhuollon potilailla ja yleissairaaloiden poliklinikkapotilailla somatisaatiohäiriö on paljon edellä kuvattua yleisempi.
- WHO:n 14 maassa toteuttamassa tutkimuksessa **perusterveydenhuollon potilailla** somatisaatiohäiriön esiintyvyys oli noin 3 prosenttia ja sellaisen somaatisaatio-oireilun, mikä ei täyttänyt somatisaatiohäiriön diagnostisia kriteereitä, noin 20 prosenttia

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Epidemiologia ja etiologia**
- Somatisaatiohäiriön etiologia on toistaiseksi tuntematon. Tiedetään kuitenkin, että sitä esiintyy suvuittain.
- Lisäksi joidenkin havaintojen mukaan somatisaatiohäiriöpotilaiden miespuolisilla sukulaisilla on todettu keskimääräistä yleisemmin epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä ja alkoholismia.
- Joidenkin teorioiden mukaan somatisaatiohäiriössä voisi olla kyse opitusta käyttäytymisestä. Mielenkiintoinen mutta vielä epävarma on havainto tunteiden tunnistamisen ja ilmaisun vaikeuden eli aleksityymisten piirteiden yhteydestä somatisaatiohäiriöön.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Erotusdiagnostiikka**
- Erotusdiagnostiikassa on tärkeää huolellinen anamneesi ja erityisesti aikaisempien hoitopaikkojen ja hoitotapojen selvittäminen.
- Erotusdiagnostiikan lähtökohtana on sellaisten somaattisten sairauksien riittävä poissulkeminen, joihin kulloinkin kuvatut somaattiset oireet voisivat liittyä.
- Erityisen huolellisesti pitää arvioida eri oireiden merkitystä, jos potilaalla on myös jokin kyseisiä oireita tuottava ruumiillinen sairaus. Tällöin huomio on kohdistettava oireiden ja niiden aiheuttaman haitan voimakkuuteen: ovatko ne epäsuhtaisen voimakkaita olemassa olevaan somaattiseen sairauteen verrattuna?

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Erotusdiagnostiikka**
- Somatisaatiohäiriöpotilas **kokee itsensä yleensä hyvin sairaaksi ja huonovointiseksi**, useimmiten sairaammaksi kuin erilaisia somaattisia sairauksia sairastavat potilaat.
- Somaattisten sairauksien ja somatisaatiohäiriön erotusdiagnostiikassa on syytä kiinnittää huomiota myös somatisaatiohäiriön varhaiseen alkuun, pitkäaikaiseen häiriön kulkuun ja siihen, ettei epänormaaleja somaattisia löydöksiä esiinny.
- Samoin **oireilun vaihtelu ajan kuluessa** on tyypillistä somatisaatiopotilaalle.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Erotusdiagnostiikka**
- Somatisaatiohäiriön erottaminen muista psyykkisistä häiriöistä voi olla vaikeaa **runsaan monihäiriöisyyden** vuoksi.
- Muihin psykiatrisiin häiriöihin ei yleensä liity erilaisia vuosia jatkuneita somaattisia oireita, mikä on hyvä muistaa erotusdiagnostiikassa.
- Paniikkihäiriössä esiintyy useita ruumiillisia oireita, mutta ne ovat kuitenkin selvästi yhteydessä paniikkikohtauksiin.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Erotusdiagnostiikka**
- Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä ruumiillisia oireita on niin ikään runsaasti; siihen liittyvä ahdistuneisuus ja huolestuneisuus on kuitenkin laajempaa eikä rajoitu pelkästään ruumiillisiin vaivoihin.
- Mielialahäiriöihin liittyvät ruumiilliset oireet taas ovat yhteydessä mielialan laskuun, kun somatisaatiohäiriössä ruumiilliset oireet ovat mielialasta riippumattomia. Somatisaatiohäiriöön ei yleensä liity depression tai manian tyypillisiä oireita.
- Persoonallisuushäiriöissä voidaan todeta somaattisiakin oireita, mutta poikkeavat persoonallisuuspiirteet ovat yleensä niin selkeitä, ettei erotusdiagnostiikka tuota vaikeuksia.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Erotusdiagnostiikka**
- Skitsofreniapotilaalla saattaa esiintyä omaan ruumiiseen kohdistuvia harhoja, mutta skitsofrenian muiden oireiden lisäksi näiden somaattisten oireiden rajuus ja eriskummallisuus ovat erona somatisaatiohäiriön ruumiillisiin oireisiin.
- Somaattisten oireiden moninaisuus ja monimuotoisuus erottavat somatisaatiohäiriön myös konversiohäiriöstä. Kun somatisaatiohäiriöstä kärsivä on ylen määrin huolestunut oireistaan, saattaa konversio-oireiselle potilaalle olla tyypillistä tyyneys, jopa "suloinen välinpitämättömyys" vaivoistaan.
- Konversiohäiriön uusi nimi:conversion disorder (functional neurological symptom disorder)--> ”toiminnalliset häiriöt”

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Erotusdiagnostiikka**
- Hypokondrinen potilas pelkää sairastavansa vakavaa somaattista sairautta, jonka oireita hän pyrkii tunnistamaan itsellään. Somatisaatiohäiriössä potilaalla on jo määritelmänkin mukaan monia somaattisia vaivoja.
- Hypokondriselle potilaalle on yleensä tärkeää saada tietää, onko hänellä sairaus, jota hän pelkää; somatisaatiohäiriöpotilas toivoo ensisijaisesti hoitoa ja apua vaivoihinsa.
- Kipuhäiriössä ei yleensä ole muita oireita kuin kipu, joten sen erottaminen somatisaatiohäiriöstä on yleensä yksinkertaista.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

4) Mitä psykosomaattisten / somatoformisten tautien hoidossa tulisi huomioida?

Yl juha kemppinen

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Hoito**
- Erityistä psykiatrista somatisaatiohäiriön **hoitoa ei toistaiseksi ole olemassa.**
- Kaiken hoidon perustana on hyvä ja kiinteä potilas-lääkärisuhde ja potilaan oppiminen elämään oireidensa kanssa.
- Hoito toteutuu useimmiten psykiatrisen erikoissairaanhoidon ulkopuolella.
- Oireiden moninaisuus johtaa helposti pitkään somaattisten tutkimusten sarjaan ja valitettavan usein samalla potilaan "pallotteluun" poliklinikalta tai yleensä hoitopisteeltä toiselle.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Hoito**
- Hyvän hoidon lähtökohtana on oireiden alkuperän riittävän aikainen tunnistaminen.
- Pitkittynyt laboratoriotutkimusten sarja johtaa helposti siihen, että potilas itse yhtäältä vakuuttuu oireidensa somaattisesta syystä ja toisaalta pelkää sairastavansa jotain vaikeaa somaattista sairautta, jota lääkäritkään eivät pysty tunnistamaan.
- **Hoitosuhteen keskeisenä sisältönä** on potilaan opettaminen tulemaan toimeen oireidensa kanssa ja niiden lievittäminen tarvittaessa ajoittain esimerkiksi miedoilla särkylääkkeillä.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Hoito**
- Hoitavalta lääkäriltä edellytetään usein huomattavaa kärsivällisyyttä ja yhteistyöhalukkuutta, eräänlaista "sairausallianssia". Tämän toteutuminen ei ole helppoa, koska potilas saattaa ymmärrettävästi ja varsinkin kiireen keskellä työskenneltäessä vaikuttaa ärtymystä herättävästi.
- On näyttöä siitä, että säännöllisten ajanvarausten antaminen – mieluummin tiheitä lyhyempiä kuin pitkiä harvajaksoisempia lääkärin vastaanottoaikoja – ja pitkäjännitteinen hoitosuhde lopultakin säästävät myös terveydenhuollon kustannuksia turhien tutkimusten ja lääkärin vaihtojen vähentyessä.
- Hoidon alussa on tärkeää, että lääkäri tapaa potilaan riittävän usein, jolloin myös spontaanien päivystysaikaisten käyntien määrä ja potilaan kiusaus katkaista hoitosuhde ja hakea apua muualta vähenevät.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Hoito**
- Kun potilaalle sovitaan uusi käynti eikä vain vakuuteta, ettei häntä vaivaa mikään, hän kokee "saavansa luvan tulla uudelleen vastaanotolle", jolloin uusien oireiden määräkin saattaa vähentyä.
- Tällä tavoin kyetään useimmiten luomaan potilaalle **kiinteä ja turvallinen hoitosuhde, mikä on auttamisen mahdollisuuksien perusta**.
- Lääkehoidossa on syytä pidättäytyä bentsodiatsepiinien pitkäaikaisesta käytöstä. Lähinnä tulee kysymykseen niiden tilapäinen käyttö esimerkiksi häiriöön liittyvien univaikeuksien hoitamiseen.

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Taulukko 1. Somatisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan

- **Hoito**
- Mitä selvemmin häiriöön liittyy ahdistuneisuutta ja erityisesti masentuneisuutta, sitä suositeltavampaa on kokeilla masennuslääkkeitä, esimerkiksi **SSRI-ryhmän lääkkeitä tai muita uudempia depressiolääkkeitä**, jotka tunnetusti lievittävät myös ahdistuneisuutta.
- Somatisaatiohäiriöpotilaat voivat olla herkkiä lääkkeiden sivuvaikutukselle; lääkitys on syytä aloittaa varovasti pienellä annoksella ja potilaalle pitää huolellisesti kertoa mahdollisista sivuvaikutuksista ja siitä, että ne yleensä menevät ohi.
- **Erityistä lääkehoitoa ei häiriöön toistaiseksi kuitenkaan ole olemassa**

Psykiatria » Mielenterveyden häiriöt » Elimellisoireiset häiriöt - Matti Joukamaa; http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Interventions to Increase Treatment Adherence

The following general principles may assist the physician in facilitating greater patient adherence with treatment regimens (Becker and Maiman 1980; Chen 1991; Gaw 2001; Levenson 1998):

1. Ask patients directly about their adherence, maintaining a nonjudgmental stance. Design a collaborative plan to increase adherence. Normalizing statements and questions—such as "Many patients find it difficult to take their medications on a regular basis. Have you had this experience?"—are more effective in eliciting information about treatment adherence than questions such as "You've been taking your medication regularly, right?"
2. Ensure that patients are fully informed about their illness and treatments.
3. Rule out cognitive deficits (e.g., mental retardation or dementia), because they may play a role in nonadherence.
4. Uncover any underlying psychological motivating factors for nonadherence and address them specifically.
5. Diagnose and treat any comorbid psychiatric disorders.
6. Minimize treatment-related factors for nonadherence, such as side effects and cost and complexity of treatment regimens, when possible.
7. Identify, acknowledge, and contend with any cultural reasons for nonadherence.
8. Avoid shaming, scolding, or frightening the patient. Scolding patients or scaring them with statements such as "If you don't take your medications, you could have a heart attack and die!" is almost always counterproductive (Heiskell and Pasnau 1991). Such statements may shame patients or inflate their fears and can increase the likelihood that they will not return for treatment.
9. Use positive reinforcement as a motivator when possible, because it is generally more effective than negative reinforcement at facilitating behavior change.
10. Involve family members in facilitating patient treatment adherence when they are "on board" with the treatment plan.
11. Attend to doctor–patient rapport and build an effective treatment alliance.

Levenson J ed 2005

5) Sairauksiin suhtautuminen eri persoonallisuustyypeillä ja -tyyleillä

Yl juha kemppinen

Erilaiset tunnereaktiot sairauksiin:

TABLE 5–3. Core relational themes underlying affective responses

Anger	A demeaning offense against me and mine
Anxiety	Facing uncertain, existential threat
Fright	An immediate, concrete, and overwhelming danger
Guilt	Having transgressed a moral imperative
Shame	Failing to live up to an ego ideal
Sadness	Having experienced an irrevocable loss
Happiness	Making reasonable progress toward the realization of a goal
Envy	Wanting what someone else has
Relief	A distressing goal-incongruent condition that has changed for the better or gone away
Hope	Fearing the worst but yearning for better

Source. Reprinted from *Emotion and Adaptation* by Richard S. Lazarus, copyright © 1991 by Oxford University Press, Inc. Used by permission of Oxford University Press, Inc.

Levenson J ed 2005

Amos J and Robinson R eds, 2010

Table 3.1 Personality types/disorders and countertransference reactions

Personality Type	Associated Personality D/O	Countertransference Reaction
Needy-clingy	Dependent PD Histrionic PD	Initially – powerful and needed Later – depleted, irritated, angry Avoid/withdraw
Orderly-controlled	Obsessive-compulsive PD	Initially – admire diligence Later – frustrated, battle to control, "battle of wills"
Timid-apprehensive	Avoidant PD	Annoyed and frustrated by patient's weakness
Dramatizing-emotional	Histrionic PD	Initially – flattered, seduced, aroused, wish to rescue Later – depleted, angry, attempt to avoid
Masochistic	Borderline PD Antisocial PD (certain types)	Overwhelmed, helpless, filled with self-doubt
Cold-deceitful	Antisocial PD	Feel used, uncover lies, punish
Superior-critical	Narcissistic PD	Enjoy working with important person (if famous) Desire to "put in place," devalue. Or may feel inferior
Guarded-suspicious	Paranoid PD	Defensive, feeling accused
Distant-aloof	Schizoid PD	Desire to break through No connection to patient Detached, removed
The odd patient	Schizotypal PD	Break through the oddness Detached, removed

Amos J and Robinson R eds, 2010

Table 3.2 Coping styles

Coping Style	Description
Confrontative	Hostile or aggressive efforts to alter a situation
Distancing	Efforts to mentally detach self from a situation
Self-controlling	Attempting to regulate one's feelings or actions
Seeking social support	Attempting to seek emotional support or information from others
Accepting responsibility	Accepting a personal role in the problem
Escape-avoidance	Efforts to escape/avoid a problem or situation, both cognitively and behaviorally
Planful problem solving	Attempting to come up with solutions to alter a situation
Positive re-appraisal	Re-framing a situation in a more positive light

TABLE 5–1. Personality types

Type	Characteristics	Meaning of illness	Countertransference responses	Tips on management
Dependent	Needy, demanding, clingy Unable to reassure self Seeks reassurance from others	Threat of abandonment	Positive: doctor feels powerful and needed Negative: doctor feels overwhelmed and annoyed; may try to avoid patient	Reassure within limits Schedule visits Mobilize other supports Reward efforts toward independence Avoid tendency to withdraw from patient
Obsessional	Meticulous, orderly Likes to feel in control Very concerned with right/wrong	Loss of control over body/emotions/impulses	May admire When extreme: anger—a "battle of wills"	Try to set routine Give patient choices to increase sense of control Provide detailed information and "homework" Foster collaborative approach/avoid battle of wills
Histrionic	Entertaining Melodramatic Seductive, flirtatious	Loss of love or loss of attractiveness	Anxiety, impatience, off-putting Erotic; finds patient attractive	Strike a balance between warmth and formality Maintain clear boundaries Encourage patient to discuss fears Do not confront head-on
Masochistic	"Perpetual victim" Self-sacrificing martyr	Ego-syntonic Conscious or unconscious punishment	Anger, hate, frustration Helplessness, self-doubt	Avoid excessive encouragement Share patient's pessimism Deemphasize connection between symptoms and frequent visits Suggest that patient consider treatment as another burden to endure, or emphasize treatment's positive effect on loved ones

Levenson J ed 2005

TABLE 5–1. Personality types

Type	Characteristics	Meaning of illness	Countertransference responses	Tips on management
Paranoid	Guarded, distrustful Quick to blame or counterattack Sensitive to slights	Proof that world is against patient Medical care is invasive and exploitative	Anger, feeling attacked or accused May become defensive	Avoid defensive stance Acknowledge patient's feelings without disputing them Maintain interpersonal distance; avoid excessive warmth Do not confront irrational fears
Narcissistic	Arrogant, devaluing Vain, demanding	Threat to self-concept of perfection and invulnerability Shame evoking	Anger, desire to counterattack Activation of feelings of inferiority, or enjoyment of feeling of status of working with an important patient	Resist the desire to challenge patient's entitlement Reframe entitlement to foster treatment adherence Take a humble stance, provide opportunities for patient to show off, offer consultations if appropriate
Schizoid	Aloof, remote Socially awkward Inhibited	Fear of intrusion	Little connection to patient Difficult to engage	Respect patient's privacy Prevent patient from completely withdrawing Maintain gentle, quiet interest in patient Encourage routine and regularity

Source. Derived in large part from Geringer and Stern 1986; Kahana and Bibring 1964; Perry and Viederman 1981.

Levenson J ed 2005

TABLE 5–2. Defense mechanisms

Mature defenses	
Suppression	Consciously putting a disturbing experience out of mind
Altruism	Vicarious but instinctively gratifying service to others
Humor	Overt expression of normally unacceptable feelings without unpleasant effect
Sublimation	Attenuated expression of drives in alternative fields without adverse consequences
Anticipation	Realistic planning for inevitable discomfort
Neurotic defenses	
Repression	Involuntary forgetting of a painful feeling or experience
Control	Manipulation of external events to avoid unconscious anxiety
Displacement	Transfer of an experienced feeling from one person to another or to something else
Reaction formation	Expression of unacceptable impulses as directly opposite attitudes and behaviors
Intellectualization	Replacing of feelings with facts/details
Rationalization	Inventing a convincing, but usually false, reason why one is not bothered
Isolation of affect	Separating a painful idea or event from feelings associated with it
Undoing	Ritualistic "removal" of an offensive act, sometimes by atoning for it

Levenson J ed 2005

Immature defenses

Splitting	Experiencing oneself and others as all good or all bad
Idealization	Seeing oneself or others as all-powerful, ideal, or godlike
Devaluation	Depreciating others
Projection	Attributing unacceptable impulses or ideas to others
Projective identification	Causing others to experience one's unacceptable feelings; one then fears or tries to control the unacceptable behavior in the other person
Acting out	Direct expression of an unconscious wish or impulse to avoid being conscious of the affect, and thoughts that accompany it
Passive aggression	Expressing anger indirectly and passively
Intermediate denial	Refusal to acknowledge painful realities

Psychotic defenses

Psychotic denial	Obliteration of external reality
Delusional projection	Externalization of inner conflicts and giving them tangible reality—minimal reality testing
Schizoid fantasy	Withdrawal from conflict into social isolation and fantasizing

Source. Carlat 1999; Muskin and Haase 2001; Vaillant 1993.

Levenson J ed 2005

Table 3.5 Common symptoms to treat in hateful patients

	1st line	2nd line	Avoid
Depression/anxiety	SSRIs SNRIs Mirtazapine Bupropion Hydroxyzine	Lithium Aripiprazole Bipolar depression: Quetiapine Lamotrigine	Stimulants TCAs and MAOIs (lethal in OD) Benzodiazepines
Insomnia	Mirtazapine Trazodone Melatonin/ramelteon Hydroxyzine	Zolpidem Eszopiclone Quetiapine	Benzodiazepines Opiates
Irritability/impulsivity	Divalproex Quetiapine Olanzapine Risperidone	Lamotrigine Aripiprazole Ziprasidone First-generation antipsychotics Oxcarbazepine Carbamazepine Lithium	Benzodiazepines Opiates

Key:
MAOIs = monoamine oxidase inhibitors
OD = overdose
SNRIs = serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors
SSRIs = selective serotonin reuptake inhibitors
TCAs = tricyclic antidepressants

Chapter 19: Managing depression and renal failure

Table 19.1 Common antidepressant doses in renal insufficiency and failure

Antidepressant	Starting Adult Dose in Renal Failure	Adult Dose Range Mild to Moderate Renal Failure	Adult Dose Range Severe Renal Failure – ESRD
Fluoxetine	10 mg	10–40 mg	20 mg
Paroxetine IR	10 mg	10–30 mg	10–20 mg
Sertraline	25 mg	50–200 mg	50–150 mg
Citalopram	10 mg	20–60 mg	10–40 mg
Escitalopram	10 mg	10–20 mg	10–20 mg
Venlafaxine ER	37.5 mg	75–225 mg	37.5–112.5 mg
Desvenlafaxine	50 mg	50 mg qd	50 mg qod
Duloxetine	20 mg	20–40 mg	Do not use
Mirtazapine	7.5 mg	15–30 mg	7.5–22.5 mg
Bupropion	100 mg	150–300 mg	150 mg

Although many of these medications do not require final dose adjustment for renal insufficiency or failure, a cautious approach with dosing and titration is encouraged.

From Cohen LM, Tessier EG, Germain MJ, Levy NB. Update on psychotropic medication use in renal disease. Psychosomatics. 2004;45(1):34–48.