

Indhold

Forord	4
Indledning og forekomst	6
Opsporing	7
Diagnose	8
Differentialdiagnose	11
Suicidalrisiko	13
Årsagsforhold og sygdomsopfattelse	14
Behandling	16
Tilrettelæggelse af behandling	16
Psykoterapi	16
Medikamentel behandling	17
Behandlingsstrategi	20
Bivirkninger	20
Behandlingsfaser	24
Konsultationsforløb	25
Henvisningskriterier	27
Cost-benefit	28
Implementering	28
Litteratur	29
Bilag 1: Undersøgelse for depressionssymptomer	31
Bilag 2: Hamiltons depressionsskala med 17 punkter	32

Tak for gennemlæsning og kommentarer til:

Afdeling for Almen Medicin, Københavns Universitet
Institut for Almen Medicin, Odense Universitet
Institut for Almen Medicin, Århus Universitet
Forskningsenheden for Almen Medicin, Odense
Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus
Central forskningsenhed for almen praksis, København
Institut for Rationel Farmakoterapi
Ringkøbing amts Medicinske Forskningsenhed
Sundhedsministeriet
Overlæge Rasmus Licht, Risskov
PsykiatriFonden
Lægemiddelstyrelsen
Forskningsenheden for almen medicin i Frederiksborg amt

DSAM's faste høringspanel

Dan Helmer Andersen, Hellerup	Lene Holm Andersen, Rønne
Helle Bondesen, Holstebro	Klaus Hasager Boss, Svaneke
Michael Filtenborg, Tisvildeleje	Jesper Gerdes, Kolding
Per Grinsted, Odense	Niels Kristian Kjær, Sønderborg
Jesper Lundh, Fredensborg	Merete Lundsteen, Værløse
Lars Dudal Madsen, Holstebro	Ole Eg Pedersen, Køge
Jens Mørck Rubak, Århus	Vibeke Rønn Simonsen, Nykøbing F
Tom Simonsen, Hellerup	Kirsten Ulstrup, Odense
Henrik Wintzentsen, Svendborg	

Forord

DSAM udsender hermed en ny klinisk vejledning. Det er mit håb, at denne vejledning vil blive lige så godt modtaget som de forrige. Vejledningen er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af praktiserende læger, således at den forhåbentlig vil opleves relevant og anvendelig i de praktiserende lægers kliniske hverdag. Desuden har en repræsentant fra Dansk Psykiatrisk Selskab deltaget, og som det fremgår af Merete Nordentofts forord støttes vejledningen af dette selskab. PsykiatriFonden har også anbefalet vejledningen, således at der er bred opbakning til vejledningen også udenfor almen medicins rækker.

Sundhedsstyrelsen har for nylig udsendt en »Vejledning om behandling med antidepressiva. Vejledning om behandling med antipsykotika. Vejledning om behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler«. Som udgangspunkt har DSAM divergerende opfattelse af visse formuleringer i Sundhedsstyrelsens vejledning. Sundhedsstyrelsens "bør/skal" har derfor givet arbejdsgruppen begrænset spillerum på visse områder. Det har medført, at Vibeke Bunch, medlem af arbejdsgruppen - ikke kan tilslutte sig behandlingsafsnittet.

Et medlem af arbejdsgruppen (Søren Kaltoft) er udtrådt, fordi han ønskede vejledningen udarbejdet ud fra en psykodynamisk forståelsesmodel. Det er imidlertid synspunkter og en behandlingsform for hvis resultater, der foreligger begrænset evidens. På den baggrund har et flertal af arbejdsgruppens medlemmer derfor ment, at disse forhold ikke burde have en dominerende plads i vejledningen, hvor man har stræbt efter en afbalanceret præsentation af forskellige synspunkter vedrørende forståelses- og behandlingsmodeller. Arbejdsgruppen har fundet det væsentligt, at forskellige synspunkter blev fremført og man har også tilgodeset Søren Kaltofts synspunkter med henvisninger til hans egne arbejder, hvor enhver vil kunne sætte sig ind i de synspunkter han repræsenterer.

Denne menings- og forståelsesforskel på behandlingen af depression giver mig anledning til at fremhæve, at DSAM's kliniske vejledninger skal hvile på dokumenteret viden, og er der ikke dokumentation til stede, kan vejledningen måske være det første skridt på vejen til at oparbejde en dokumentation, ud fra de initiativer der så måtte blive sat i gang. Som DSAM tidligere har fremhævet, er en klinisk vejledning én måde at håndtere en klinisk problemstilling på. Den er et værktøj til prioritering af undersøgelse, behandling og pleje, således at lægen og patienten i fællesskab kan træffe beslutning ud fra patientens eget værdigrundlag.

Den er således kun en del af det samlede grundlag, der indgår i beslutningsprocessen.

Jeg vil gerne takke alle, der har siddet i arbejdsgruppen for det store og gode stykke arbejde, der er udført.

Hans Kallerup
Formand for Dansk selskab for almen medicin

Forord ved formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab

Depression er en af de mest udbredte psykiske sygdomme. Sygdommen er pinefuld og de menneskelige og økonomiske omkostninger ved depressive lidelser er store. Der eksisterer gode muligheder for behandling af depression, og en væsentlig del af denne behandling kan og skal foregå i almen praksis. Der er i den offentlige debat stor opmærksomhed på depressive lidelser, men også på forbruget af nyere antidepressivt virkende midler, og det er derfor nødvendigt at bidrage til at skabe klarhed og konsensus på området.

Det er derfor kærkomment og helt nødvendigt at Dansk selskab for almen medicin har udarbejdet denne fagligt velfunderede kliniske vejledning vedrørende diagnostik og behandling af depression i almen praksis. Vejledningen gennemgår kriterierne for diagnostik af depressive lidelser, og der er opstillet vejledende retningslinier for medikamentel behandling og samtalebehandling. Der er vejledning vedrørende udspørgning og differentialdiagnostik, og det er præciseret i hvilke tilfælde, det er nødvendigt at henvise til indlæggelse eller speciallæge i psykiatri. Endelig lægges der op til gennemførelse af en række efteruddannelsesaktiviteter for at sikre tilegnelse af de diagnostiske og behandlingsmæssige færdigheder, som vejledningen forudsætter.

Dansk Psykiatrisk Selskab har bidraget til arbejdet med vejledningen med en repræsentant i udvalget og som høringspart, og vi bidrager gerne til den fortsatte implementering af vejledningen.

Merete Nordentoft
Formand for Dansk Psykiatrisk Selskab

Indledning og forekomst

Ordet "depression" har efterhånden fået en meget bred anvendelse i almindeligt sprogbrug. Det anvendes for alle former for dårligt humør, fra normale humørudsving til dyb melankoli.

Depression er en hyppig lidelse

En depressionstilstand i klinisk betydning er andet og mere end dette, og defineres i overensstemmelse med internationale retningslinier (WHO ICD-10 (1)). Klinisk depressionstilstand er en hyppigt forekommende lidelse. Undersøgelser har vist, at der til enhver tid er 4-5% af befolkningen, som har en depressionstilstand (2), svarende til ca. 200.000 personer her i landet. Henvend dobbelt så mange har eller har haft en depression inden for det seneste år og endnu flere vil få en depression i løbet af livet. Henvend halvdelen søger ikke læge og blandt dem, der søger læge, vil mange henvende sig for andre symptomer end nedtrykthed, fx angst, træthed, smerter eller andre fysiske symptomer, og kan forblive udiagnosticerede, hvis man ikke er opmærksom på en bagved liggende forsænkning af stemningslejet (3).



Opsporing

At erkende en depressionstilstand er ikke så vanskeligt, når man gør sig klart, hvad man skal se efter. Vanskeligheden kan ligge i at mange patienter ikke selv er klar over, hvad der er i vejen med dem og derfor ikke kan oplyse om deres depressive symptomer. I stedet vil patienten ofte klage over fysiske symptomer som fx træthed, smerter, klager fra bevægeapparatet, mavebesvær, manglende appetit, vægttab eller dårlig nattesøvn (5). Hvis symptomerne ikke har en somatisk forklaring, bør man overveje om der foreligger en depressionstilstand. Det gælder særligt ældre og personer tilflyttet fra andre kulturområder. Mistanke om depression foreligger også, hvis patienten i stedet for depressive symptomer klager over andre psykiske symptomer, særligt hvis de er opstået for nylig, fx angst eller urofølelse, anspændthed eller irritabilitet, stress eller udbrændthed. Det samme gælder hvis patienten tidligere har haft depressive episoder, eller hvis der optræder depression i slægten.

Præsenterede symptomer er ofte somatiske klager

Andre psykiske symptomer

Det er derfor vigtigt at undersøge for depressive symptomer, i første række nedtrykthed, glædesløshed, nedsat lyst/interesse og nedsat energi, de såkaldte kernesymptomer ved depression (1). Med få enkle spørgsmål kan man afgøre om de er til stede, fx

- Er du ked af det?
- Har du tabt lysten og interessen for det hele, eller evnen til at glæde dig over noget?
- Har du ingen kræfter eller energi?

Screenings spørgsmål

Hvis patienten svarer bekræftende på to af disse spørgsmål er der grund til mistanke om en depressionstilstand og herefter undersøge nærmere for andre depressive symptomer fx ved hjælp af spørgsmålene i bilag 1.

Ved indfølelse holdning og klinisk skønsomhed vil det praktisk talt altid være muligt at få pålidelige oplysninger om tilstedeværelsen af depressive symptomer, som man i almen praksis ofte vil have særlige forudsætninger for at erkende ud fra et forudgående kendskab til personen.

Diagnose

Diagnosen stilles udelukkende ud fra tilstedeværelsen af depressive symptomer, uden hensyn til mulige årsager, dvs. rent deskriptivt ud fra sygdomsbilledet. Man skelner her mellem depressive kernesymptomer og depressive ledsagesymptomer (3) (Tabel 1).

Kernesymptomer De depressive kernesymptomer omfatter

1. Nedtrykthed
2. Nedsat lyst eller interesse
3. Nedsat energi eller øget trætheth.

De to vigtigste kernesymptomer er nedtrykthed og nedsat lyst eller interesse som udtryk for en forsækning af stemningslejet, dvs. den universelle og gennemgribende grundstemning, som de øjeblikkelige emotioner svinger omkring og hele tiden vender tilbage til. Et forsænket stemningsleje opleves subjektivt som en følelse af nedtrykthed, der kan beskrives i forskellige grader fra tristhed, dårligt humør over tungsindighed til dybeste fortvivlelse, ofte ledsaget af en uvant letrørtheth eller grådtendens.

Det forsænkede stemningsleje opleves også ofte som en nedsat eller manglende evne til at føle glæde ved, lyst til, eller interesse for noget, man ellers plejer at være glad for eller interesseret i. Nogle patienter, som måske har svært ved at finde ord for deres følelser, vil benægte at føle sig nedtrykt, men i stedet kunne oplyse om glædesløshed og nedsat lyst eller interesse.

Det tredje kernesymptom er nedsat energi og psykisk drivkraft, der viser sig ved uforståelig og vedholdende trætheth og uoverkommelighedsfølelse.

Ledsagesymptomer De depressive ledsagesymptomer omfatter:

1. Nedsat selvtillid i forhold til andre eller nedsat selvfølelse, så man føler sig utilstrækkelig eller måske uduelig.
2. Sygelig skyldfølelse som kan medføre overdrevne selvbeprejdelse eller selvanklager.
3. Følelse af ulyst ved livet eller tanker der kredser om døden, stigen til dødsønsker eller selvmordstanker, eventuelt selvmordsforsøg.
4. Koncentrations- eller tænkebesvær, så man får vanskeligt ved at samle sig om at arbejde, at læse, følge samtale eller fjernsyn, eller tankerne opleves som langsomme med tilbøjelighed til at gå i ring, ledsaget af en pinagtig ubeslutsomhed.
5. Hæmning med langsomhed i bevægelserne, så man går i stå, sidder hen og stirrer ud i luften, eller agitation med følelse af indre uro og rastløshed.
6. Søvnforstyrrelser oftest i form af afbrudt søvn og tidlig opvågning om morgenen, men undertiden ses også øget søvntrang med tilbøjelighed til at sove både dag og nat.
7. Appetit- og vægtændring oftest med vægttab, men nogle oplever i stedet øget appetit og vægtstigning.

En depressionstilstand, som den defineres i ICD-10, fordrer at der gennem 14 dage har været mindst fire af de nævnte symptomer i generende og vedvarende grad, heraf mindst 2 kernesymptomer. Sværhedsgraden afgøres af antallet og intensiteten af symptomerne og hviler bedst på et klinisk skøn ud fra det kendskab, man i forvejen har til personen. En vejledende bedømmelse kan også opnås ved hjælp af Hamiltons depressionsskala (4), som giver et talmæssigt udtryk for sværhedsgraden (Bilag 2, side 32).

Sværhedsgrad

Svær depressionstilstand vil ofte være ledsaget af såkaldt melankoliforme træk i form af tidlig opvågning, morgenforværring, hæmning eller agitation, udtalt appetitnedsættelse og vægttab, og manglende evne til at lade sig aflede eller opmuntre.

Svær depressionstilstand

Svær depressionstilstand kan ledsages af psykotiske symptomer hyppigst i form af vrangforestillinger, hvis indhold oftest vil være i overensstemmelse med det forsænkede stemningsleje.

Tabel 1: Depressionstilstand (ICD-10)

Gennem mindst 2 uger 4 eller flere symptomer, hvoraf mindst 2 fra I

I: Depressive kernesymptomer

- 1 nedtrykthed
- 2 nedsat lyst eller interesse
- 3 nedsat energi eller øget træthedsgrad

II: Depressive ledsagesymptomer

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

Letere grad: Mindst 2 fra I + mindst 2 fra II

Moderat grad: Mindst 2 fra I + mindst 4 fra II

Svær grad: Alle 3 fra I + mindst 5 fra II

Depressionsdiagnosen stilles således udelukkende ud fra symptomerne, uden anden prioritering eller vægtning end den anførte og helt uden hensyn til mulige årsager eller udløsende faktorer (1). Depressionstilstand (ICD-10) svarer i det væsentlige til DSM-IV major depression, som ligeledes forekommer i let, moderat og svær grad (5).

Diagnosen kræver mindst:

*2 ugers symptomer,
2 kernesymptomer og
2 ledsagesymptomer*

Depressionstilstanden optræder hyppigst som depressiv enkeltepisode, som tilbagevendende (periodisk) depression, eller som depressiv fase ved bipolar affektiv sindslidelse, tidligere kaldet maniodepressiv psykose. Depressionstilstand kan endvidere ses ved

Diagnosekategorier

forskellige organiske hjernelidelser eller i forbindelse med misbrug, fx af alkohol eller stoffer (Tabel 2).

Tabel 2: Hyppigste depressionsdiagnoser med kodetal fra ICD-10 og i parentes kodetal fra ICPC (6)

1. Depressiv enkeltepisode F32.0 - .9 (P73 og P76)

Depressionstilstand hos patient som ikke tidligere har haft lignende eller anden affektiv episode

2. Tilbagevendende (periodisk) depression F33.0 - .9 (P73 og P76)

Depressionstilstand hos patient som tidligere har haft lignende episoder, måske af lettere grad, men aldrig hypomane eller maniske symptomer.

3. Depressiv fase ved bipolar affektiv sindslidelse (maniodepressiv sindslidelse) og F31.0 - .9 (P73 og P76)

Depressionstilstand hos patient som tidligere har haft hypomane eller maniske symptomer

Depressive enkeltsymptomer ved andre psykiske tilstande

Depressive symptomer kan således ses ved tilpasningsreaktioner (krise- eller sorgreaktioner), hvor de ikke i antal eller varighed må overskride tærsklen for en depressionstilstand. Der er også beskrevet kortvarige, tilbagevendende depressive episoder, som kan optræde med udtalte depressive symptomer af få dages varighed med ugers til måneders mellemrum. Endelig ses depressive symptomer ved tilstande med lettere, vedvarende stemningssvingninger (cyklothymi) eller kronisk lettere forstemningstilstand (dysthymi).

Differentialdiagnose

Depressive symptomer ses ofte ved andre psykiske lidelser eller ved somatiske lidelser uden at de her opfylder kriterierne for en klinisk depressionstilstand. På den anden side kan en klinisk depression være dækket eller maskeret af andre psykiske symptomer end de depressive så som angstsymptomer, tvangssymptomer eller somatoforme symptomer, som fx uforklarede smerter eller træthed. Der er derfor ofte differentialdiagnostiske overvejelser mellem en klinisk depression på den ene side og en række psykiske og somatiske lidelser på den anden side.

Depressive symptomer ses ofte ved angstlidelser, i form af fobiske angsttilstande, panikangst og generaliseret angst, ved obsessiv-kompulsiv tilstand samt ved dissociative og somatoforme (tidligere kaldet hysteriske) tilstande, med optagethed af uforklarede fysiske symptomer og hypokondre tilstande med frygt for navngiven alvorlig sygdom, vedvarende uforklaret smertetilstand og uforklaret træthedstilstand (neurasteni). Depressive symptomer kan desuden optræde ved følgetilstande efter svære psykiske traumer eller belastninger, som ved posttraumatisk belastningstilstand, der ofte ses hos flygtninge og asylansøgere. Differentialdiagnosen bestemmes ud fra kriterierne for de nævnte lidelser (1).

Udtalte depressive symptomer ses hyppigt ved demenstilstande. Hos ældre mennesker er det vigtigt at skelne mellem begyndende demens med depressive træk og en depressionstilstand med pseudodemente træk, som forsvinder ved antidepressiv behandling (jf. Vejledning i udredning af demens og specielt tilhørende tests: MMSE og GDS (7)).

Overforbrug, især af alkohol, ledsages ofte af depressive træk, som svinder, når overforbruget bringes til ophør. På den anden side kompliceres depressionstilstand ofte med overforbrug af alkohol, hyppigst hos mænd, som derfor løber en risiko for at fejldiagnosticeres som misbrugere.

Personlighedsforstyrrelser kan ledsages af depressive symptomer, ikke sjældent af tilbagevendende eller af vedvarende karakter. På den anden side kan tilbøjelighed til afvisende og aggressiv holdning, særligt hos mænd med depressionstilstand, give indtryk af en personlighedsforstyrrelse, som ved nærmere undersøgelse viser sig ikke at have været til stede hele livet igennem, og derved ikke at opfylde kriterierne for en personlighedsforstyrrelse. Når depression diagnosticeres sjældnere hos mænd og hyppigere hos kvinder kan en del af forklaringen således være, at depression hos mænd er blev fejlopfattet som misbrug og personlighedsforstyrrelse. Muligheden for en særlig depressionsform hos mænd har været diskuteret, men kan ikke anses for endelig fastslået (8).

*Angst
Obsessiv-kompulsiv tilstand
Somatoforme tilstande*

Posttraumatisk belastningstilstand

Demens

Misbrug

Personlighedsforstyrrelse

Somatiske lidelser

En række somatiske lidelser ledsages af depressive symptomer. Det gælder således organiske hjernelidelser af traumatisk, infektiøs eller degenerativ karakter, samt en række svære eller kroniske somatiske lidelser såsom neoplasmer, arthritis, endokrine lidelser, kroniske infektionssygdomme, B-12-vitaminmangel og anæmi. Medikamentelle bivirkninger med depressive symptomer ses ved brug af betablokkere, kortikosteroider, og i nogle tilfælde p-piller. Somatisk undersøgelse med omhyggelig anamnese og relevante parakliniske undersøgelser kan afklare den somatiske diagnose.

Depressive symptomer ved andre lidelser

Kun hvis de depressive symptomers karakter af antal og varighed opfylder kriterierne for en depressionstilstand, foreligger der en egentlig klinisk depressionstilstand, jf. Tabel 1.



Suicidalrisiko

Det er ganske særligt vigtigt at blive klar over, om der foreligger suicidalrisiko. Ved passende takt og finfølelse er det altid muligt at tale med patienterne om deres suicidaltanke og om hvordan de forholder sig til dem. Depressive patienter har meget ofte svigtende livslyst og mere eller mindre klare dødsønsker, og mange får tillige selvmordstanker, som de af den ene eller den anden grund prøver at skubbe til side eller bekæmpe.

Spørg altid efter suicidaltanke

Man bør forsøge at blive klar over, om patienterne har specifikke planer for, hvordan de vil begå selvmord, eller om de eventuelt allerede har gjort forsøg, nu eller tidligere. Man skal ikke være bange for at komme til at indgive patienten suicidaltanke; dem har de i forvejen, og de vil oftest føle det som en lettelse at tale om dem.

Suicidalplaner

Det er også vigtigt at få at vide hvilke modforestillinger de har, så man bedst muligt kan vurdere suicidalrisikoen. En svær depressionstilstand er en meget pinagtig lidelse, hvor selvmord kan fremstå som en særdeles fristende udvej. Man bør i den forbindelse huske, at 15% af patienterne med depressionstilstand før eller siden ender med at begå selvmord (livstidsrisiko), og at omkring halvdelen af alle selvmord optræder i forbindelse med en depressionstilstand (2). Det er vist, at 50% af patienter der suiciderer har været i kontakt med egen læge indenfor den seneste måned.

Modforestillinger

Høj suicidalrate

For en høj risiko taler detaljerede planer, tidligere forsøg og udtalt håbløshedsfølelse. Hertil bidrager yderligere at være aleneboende, mand, fysisk sygdom og nylig udskrivelse fra psykiatrisk indlæggelse samt forekomst af selvmord i familien.

Risikofaktorer

Årsagsforhold og sygdomsopfattelse

Genetisk disposition Depressionstilstande har efter alt at dømme en multifaktoriel ætiologi, hvori indgår biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Udviklingen af en sygelig depressionstilstand beror formentlig på en anlægsetinget tilbøjelighed til defekt stemningsregulation, hvilket ofte viser sig ved øget forekomst af depressive tilstande i familien, særligt ved bipolar affektiv sindslidelse (9).

Udløsende faktorer Et sådant anlæg er dog ikke i sig selv tilstrækkeligt til at fremkalde sygdommen, som oftest udløses af en eller anden form for belastning, som rammer personen i en særlig følsom livsfase (diathesis-stress model), fx i form af tabsoplevelse eller belastende konfliktforhold (9,10). Andre udløsende faktorer kan være misbrug, traumer, sygdom eller hormonsvingninger, fx i forbindelse med fødsel ("fødselsdepression").

Depressionstilstande kan også udløses af årstidsbestemt nedsættelse af lysmængden, og kan da optræde som vinter- eller forårsdepressioner (9). Hvor stærk en påvirkning, der skal til for at udløse en depressionstilstand synes at afhænge af styrken af det genetiske anlæg: jo stærkere dette er, jo mindre skal der til.

Kindling Dertil kommer en vis selvforstærkende virkning, således at depressive episoder baner vejen for nye episoder med tiltagende hyppighed (Kindling-effekt) (11).

Mere end halvdelen af patienter, der har haft en depressiv episode vil således før eller siden få en ny depressionsepisode (9).

Tabel 3: Risikofaktorer for depression

- Familiær disposition
- Tidligere depressionsepisoder
- Tidligere suicidalforsøg
- Kronisk somatisk sygdom
- AMI og hjerteoperation
- Barsel, abort eller "fødselsdepression"
- Psykiske belastninger, specielt tabsoplevelser
- Manglende familiestøtte eller socialt netværk
- Arbejdsløshed
- Alkohol- eller andet misbrug

Særligt fremtrædende risikofaktorer er nævnt i Tabel 3, mens en mere omfattende og detaljeret oversigt over de medvirkende årsagsfaktorer er anført i Tabel 4.

Tabel 4: Medvirkende årsagsfaktorer ved udvikling af depressionstilstand

1. Organiske og biologiske

Cerebrale

Apopleksi, spec. ved venstresidigt cerebralt insult
 Demenstilstand, såvel kortikal som subkortikal
 Epilepsi, spec. ved komplekse partielle anfald
 Dissemineret sklerose
 Parkinsons
 Hjerneturorier
 Hjernetraumer, i efterforløbet

Systemlidelser

Infektionssygdomme, svære eller kroniske
 Cancer
 Arthritis
 Diabetes
 Hypothyreoidisme
 Coronar hjertesygdom
 Lupus erythematosus disseminatus

Fysiologiske ændringer

Barsel
 Abort
 Menarche
 Menopause
 Årstidsvekslen, særligt vinter- forårssæson

Medikamentelle

β-blokkere
 Steroid-hormoner
 Levodopa

Misbrug

Alkohol
 Psykoaktive stoffer, især anxiolytika, hypnotika og centralstimulantika

2. Psykologiske og sociale

Traumatiske eller rystende oplevelser, posttraumatisk belastningstilstand ved

Krigsoplevelser
 Naturkatastrofer
 Ulykkestilfælde
 Tortur, gidseltagning
 Fangenskab
 Voldtægt
 Overfald

Taboplevelser

Dødsfald eller svær sygdom blandt nærtstående
 Skilsmisse, afbrudt samlivsforhold
 Bortrejse / fraflytning af nærtstående
 Afskedigelse, arbejdsløshed
 Tab af kæledyr, bolig, bil
 Fængselsophold
 Ensomhed

Livsændringer

Indgåelse af ægteskab eller samlivsforhold
 Forfremmelse
 Flytning til anden bolig (evt. ny og bedre)
 Barsel og forældreskab
 Pensionering

Konfliktforhold

Familiekonflikter
 Arbejdskonflikter
 Nabokonflikter
 Skolekonflikter

Andre

Overanstrengelse
 Søvnmangel

De nævnte årsagsfaktorer optræder sjældent alene, oftest ses en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer, som sammen eller i vekselvirkning bidrager til depressionstilstanden. De psykologiske faktorer virkning afspilles ofte på et ubevidst niveau, og ud fra en psykodynamisk forståelsesmodel kan mange af symptomerne forklare som udtryk for eller reaktion på taboplevelser eller indre psykiske konfliktforhold, til dels med baggrund i tidligt anlagte forsvarsmekanismer (specielt passiv aggression). Efter kognitiv forståelsesmodel har patienten udviklet negative og depressive tankemønstre, som kan aktiveres ved modgang eller skuffelser og med deres følelsesmæssige korrelat trække patienten ned i en depressionstilstand.

Behandling

Tilrettelæggelse af behandling

Udredning af årsagsforhold

At stille den korrekte diagnose er nødvendigt for at konstatere, at der foreligger en behandlingskrævende depressionstilstand. Men det er ikke tilstrækkeligt til at planlægge den rette behandling. Her må man yderligere søge at opklare årsagsforholdene, dvs. hvilke biologiske, psykologiske og sociale faktorer der kan tænkes at have udløst eller forværret depressionstilstanden hos den pågældende patient. Det er derfor vigtigt at disse identificeres så behandlingen om muligt kan rettes mod dem. Hvis der foreligger familiær disposition til depressionstilstand, taler det for, at de genetiske faktorer er til stede i mere udtalt grad, hvilket betyder, at tilstedeværelse af andre årsagsfaktorer forholdsvis let kan udvikle en depressionstilstand hos patienten. Fravær af familiær disposition tyder på et svagere anlæg, hvorfor man her må forvente, at andre årsagsfaktorer har større betydning, og at behandlingen derfor i højere grad bør sættes ind mod dem. For de biologiske og de psykosociale årsagsfaktorer gælder det, at de praktisk talt altid optræder sammen. Alle patienter bør derfor behandles med en eller anden form for samtalebehandling. Hos en del af patienterne med en mere udtalt eller længerevarende depressionstilstand vil psykoterapi alene dog være utilstrækkelig, og her bør også gives medikamentel antidepressiv behandling.

Altid samtalebehandling

Ved tilrettelæggelsen af en individuelt tilpasset behandlingsplan bør man altid tage patientens behandlingsmotivation, personlighed, religiøse, kulturelle eller etniske baggrund, samt sociale livsforhold i betragtning.

Psykoterapi

Støttende samtaler

Alle patienter vil have brug for en almindelig støttende samtalebehandling (counselling), med oplysning om depressionstilstandens natur og formodede årsagsforhold, motivering til at modtage og gennemføre foreslået behandling, oplysning om forventet effekt og bivirkninger, og rådgivning vedrørende problemer og belastninger, særligt med henblik på at patienten undgår at foretage væsentlige handlinger eller træffe afgørende beslutninger, så længe depressionstilstanden varer. Desuden vejledning med hensyn til afledning, beskæftigelse eller livsstilsændringer, hvis det er muligt, samt endvidere altid trøst og opmuntring, hvor patienten ofte vil have brug for stadigt gentagne forsikringer om, at tilstanden før eller siden vil rette sig og patienten komme sig af sin depression.

Egentlig psykoterapi vil især komme på tale ved udtalte psykologiske og sociale årsagsfaktorer, specielt tabsoplevelser (10,13), ligesom man også bør tage patientens personlighedsstruktur i betragtning (12). Ved svære depressioner er det vigtigt at terapien foretages af terapeuter, der er uddannet til at behandle svære depressioner,

idet forkert eller manglende strukturering af terapien og fjernelse af hæmninger før depressionen er lettet kan øge suicidalrisikoen.

De hyppigst anvendte former for formaliseret behandling består af:

1. Kognitiv terapi, som tager sigte på at ændre vanemæssige negative tankemønstre. Med udgangspunkt i aktuelle oplevelser og hændelser søger man at alliere sig med patientens fornuft og gennem samtale og konkrete arbejdsopgaver at træne og at styrke mere hensigtsmæssige tankemønstre. Behandlingen kombineres ofte med adfærdsmæssige øvelser, som kognitiv adfærdsterapi. Behandlingseffekten er vel-dokumenteret særligt for lette og moderate depressioner, indtræder ofte relativt hurtigt, og synes at være vedvarende (12).

Kognitiv terapi

2. Psykodynamisk terapi efter psykoanalytisk orienteret forståelsesmodel sigter mod at afdække og skabe indsigt i ubevidste konflikter og tabsreaktioner, som søges bearbejdet og afviklet. Hensigten er at hjælpe en udviklingsproces i gang, så patienten bliver i stand til aktivt at ændre sin tilbøjelighed til at reagere depressivt på livets genvordigheder og i stedet opnår at mestre tab og frustrationer. Særligt for tabsramte synes der at være erfaring for at psykodynamisk terapi individuelt eller i grupper kan hjælpe (13,14). Ellers synes denne terapiform at være mindre velegnet til depressive patienter og man bør være opmærksom på, at den kan øge eventuel suicidalrisiko (12).

Psykodynamisk terapi

3. Interpersonel psykoterapi sigter ikke mod afdækning af ubevidste konflikter eller personlighedsændring, men mod udvikling af problemløsningsmetoder over for aktuelle interpersonelle vanskeligheder. Der er dokumentation for effekt ved lette og moderate depressioner (12).

Interpersonel terapi

Almindelig støttende samtalebehandling (counselling) bør alle læger kunne beherske i et sædvanligt konsultationsforløb, hvorimod anvendelse af de specificerede psykoterapeutiske behandlingsformer forudsætter særlig uddannelse og erfaring inden for disse områder.

Samtalebehandling

Hvis der er behov for psykoterapi, som egen læge ikke kan yde, kan der henvises til psykiatrisk speciallæge eller psykolog med erfaring i psykoterapeutisk behandling af depressive patienter.

Medikamentel behandling (15-17)

Antidepressive medikamenter fordeler sig på 4 grupper med evidens for behandlingseffekt:

4 grupper

1. Tricykliske antidepressiva
2. Selektive serotonin reuptake inhibitorer
3. Såkaldte "dual action" præparater
4. Monoaminoxidasehæmmere.

Valget af medikament vil afhænge af oplysninger om depressionstilstandens karakter, effekten af tidligere behandling, anden samtidig psykisk og fysisk sygdom eller behandling, bivirkninger, suicidalrisiko samt patient-accept og omkostninger. Man bør sikre sig at dosis er tilstrækkelig høj gennem tilstrækkelig lang tid (4-6 uger). Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at virkningen først kan ventes efter 3-4 ugers forløb og at behandlingen bør fortsætte i mindst 6 måneder efter indtrådt bedring, ligesom der skal oplyses om mulige bivirkninger, risiko ved for tidligt ophør af behandlingen og eventuelle seponeringssymptomer samt om konsekvenserne ved undladelse af behandling (jf. lov om information og samtykke).

Tricykliske antidepressiva (TCA)

Disse virker i varierende omfang på hjernens noradrenalin- og serotoninomsætning samt på andre neuroreceptorforhold. Eksempler er amitriptylin, nortriptylin og clorimipramin, som alle har den fordel, at deres koncentration i blodet kan måles, således at man gennem serum-monitorering kan blive vejledt om dosering. De har antikolinerge og udtalte antiadrenerge bivirkninger, specielt ortostatisk blodtryksfald samt vægtøgning og kan være letalt toksiske ved selvmordsforsøg. Desuden kan ses cardiale ledningsforstyrrelser, hvorfor ekg og ortostatisk blodtryksmåling skal foretages før behandlingen påbegyndes (17).

Selektive serotonin reuptake inhibitorer (SSRI)

Virker på serotoninomsætningen ved genoptagelseshæmning. Eksempler er citalopram, sertralin, fluoxetin og paroxetin. Virkningen er mere selektiv og de er muligvis mindre effektive end tricykliske præparater, især ved svære depressionstilstande. Der er kun få bivirkninger. Specielt ses ingen antikolinerge bivirkninger eller vægtøgning. De mest generende bivirkninger er seksuelle funktionsforstyrrelser. Desuden kan ses kvalme og urofølelse, som oftest fortager sig med tiden. SSRI præparaterne er ikke særligt toksiske og derfor ikke selvmordsfarlige. Interaktion med andre medikamenter ses særligt for fluoxetin og parotitin, men ikke eller kun i ringe grad for sertralin og citalopram.

Naturmedicinpræparater med udtræk fra perikonplanten synes at indeholde et stof med SSRI-lignende virkning.

”Dual action” præparater

Betegnelsen ”dual action” dækker over præparaterne venlafaxin, mirtazapin, nefazodon og roboxetin. Præparaternes virkningsmekanismer er forskellige, men de påvirker omsætningen af serotonin og noradrenalin. De har lidt flere bivirkninger end SSRI præparater, til dels af samme karakter som ved de TCA. Erfaring med hensyn til deres toksicitet er endnu begrænset.

Monoaminoxidasehæmmere med selektiv og reversibel virkning (RIMA)

Virker hæmmende på nedbrydningen af monoaminerne.

Moclobemid, som er eneste præparat, er måske særligt virksomt ved atypisk depression præget af hypersomni, øget appetit og invers døgnvariation. Man bør være opmærksom på interaktion med andre antidepressiva, adrenalin- og noradrenalinpræparater, cimetidin, sumatriptan og morfika.



Behandlingsstrategi

Depressionstilstand af lettere grad

Samtalebehandling, usikker virkning af medikamentel antidepressiv behandling.

Depressionstilstand af moderat grad

Ses an med samtalebehandling i 1-2 uger. Hvis der ikke indtræder bedring eller hvis tilstanden forværres, gives antidepressiv behandling med SSRI eller "dual action" præparater; ved atypisk depression evt. moclobemid.

Depressionstilstand af svær grad

Foruden samtalebehandling altid antidepressiv behandling med "dual action" - eller SSRI-præparater, eller med tricykliske antidepressiva under serummonitorering. Ved suicidalrisiko og psykotiske symptomer indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Depression ved allerede kendt bipolar lidelse

Denne patientgruppe udgør et særligt problem, da behandling med antidepressiva ofte ikke er tilstrækkelig, idet denne behandling kan udløse en mani. Behandlingen kombineres derfor ofte med stemningsstabiliserende behandling i form af lithium og/eller antiepileptika i samråd med en speciallæge i psykiatri.

Administration

Dosering, kontraindikationer, bivirkninger, interaktioner, farmakokinetik og forgiftning er detaljeret beskrevet i Lægeforeningens Medicinfortegnelse.

Bivirkninger

Antikolinerge

Antikolinerge bivirkninger i form af mundtørhed, akkomodationsbesvær, urinretention, svedtendens og obstipation hører til de mest generende og optræder særligt ved brug af TCA-præparater. Patienterne skal informeres om øget risiko for kariesangreb og tilrådes omhyggelig mundhygiejne og tandlægekontrol. Hos ældre kan TCA med mere udtalt antikolinerg virkning udløse konfusion, evt. delir.

Kardiovaskulære

De kardiovaskulære bivirkninger i form af ortostatisk hypertension og cardiale overledningsforstyrrelser hører til de alvorligste bivirkninger. Det optræder ved brug af TCA-præparater, og her skal derfor ekg og ortostatisk blodtryk kontrolleres før behandling påbegyndes (17). Hvis der optræder overledningsforstyrrelser under

behandlingen, skal denne forstås af eller foregå i samråd med psykiater og kardiolog (17). Nortriptylin er det TCA der har færrest ortostatiske bivirkninger, hvorfor det ved behov for TCA behandling hos ældre er specielt velegnet.

Vægtøgning optræder især ved brug af TCA-præparater samt "dual action" præparatet mirtazepin, og fører ofte til at patienten vægrer sig mod at fortsætte behandlingen.

Vægtøgning

Serotonerge bivirkninger, i form af kvalme med opkastningstendens, urofølelse, søvnforstyrrelse og tremor ses særligt ved brug af SSRI-præparater, til en vis grad ved "dual action" præparatet venlafaxin og TCA-præparater. De serotonerge bivirkninger er i reglen lette og forbigående, men der kan særligt ved brug af SSRI-præparater udvikles et potentielt farligt serotonergt syndrom (se Tabel 5).

Serotonerge

**Tabel 5: Serotonergt syndrom.
Tilstedeværelse samtidig af mindst 3 af følgende**

- Konfusion/eufori
- Agitation
- Myoklonier/spasmer
- Hyperrefleksi
- Svedsekretion
- Kulderystelser
- Tremor
- Diarré
- Muskulær dyskoordination
- Temperaturforøgelse

Desuden kan ses leukocytose og forhøjet kreatinphosphokinase. Tilstanden kan i værste fald føre til dissemineret intravaskulær koagulation og lever-skade med et fatalt forløb.

Seksuelle funktionsforstyrrelser, særligt i form af forsinket ejakulation og orgasme, ses særligt ved anvendelse af SSRI-præparater, men kan også optræde ved brug af "dual-action"-præparatet venlafaxin. Disse forstyrrelser kan være ret generende, men omtales sjældent spontant af patienterne.

Seksuelle

Bivirkningerne kan undertiden være vanskelige at vurdere, idet de i visse tilfælde svarer til symptomer, der optræder ved den depressive tilstand, såsom mundtørhed, obstipation, træthed, svimmelhed og søvnforstyrrelser, urofølelse og øget svedtendens. Antidepressive præparater giver ikke tilvænning og dermed abstinenssymptomer ved ophør af behandling, men der kan i forbindelse hermed undertiden optræde moderate seponeringssymptomer (Tabel 6).

Ingen tilvænning

Tabel 6: Seponeringssymptomer

Fysiske	Psykiske
Svimmelhed	Angst/agitation
Ataksi	Grådlabilitet
Kvalme/opkastning	Irritabilitet
Træthed	Overaktivitet
Myalgier	Depersonalisationsfornemmelser
Kulderystelser	Koncentrations- og hukommelsesforstyrrelser
Paræstesier	Nedtrykthed og konfusion
Søvnforstyrrelser	

Seponeringsstymptomer optræder oftest 3-4 dage efter brat seponering af SSRI, venlafaxin, og TCA-præparater. De kan vare op til et par uger, hvorfor behandlingen skal seponeres gradvist over 1-2 uger. Man skal være opmærksom på ikke at forveksle seponeringssymptomer med recidiv af depression.

Børn og unge

En depressionstilstand diagnosticeres ganske som hos voksne, men symptomerne kan dække sig bag uligevægtighed, irritabilitet og adfærdforstyrrelser. Personer med disposition til bipolar affektiv sindslidelse har ofte deres første depressionsepisode i pubertetsårene. For at modvirke nye anfald og tiltagende anfaldshyppighed er det vigtigt at erkende og diagnosticere tilstanden og sætte ind med behandling allerede på dette alderstrin, hvilket bør ske ved henvisning til speciallæge i børne-ungdomspsykiatri (18,19).

Ældre personer

Ved højere alder, fra 60-70 års alderen og opefter, bør man være særlig opmærksom på medvirkende organiske årsagsfaktorer og somatisk comorbiditet. Diagnosen stilles, men vurderingen kan besværliggøres af ledsagende kognitiv svækkelse (pseudodemens) med differentialdiagnostiske vanskeligheder over for begyndende demensudvikling, særligt hvis patienten ikke tidligere har haft depressionsepisoder (17). Medikamenter omsættes langsommere hos ældre med større risiko for bivirkninger og interaktioner, specielt ved anvendelse af TCA-præparater, som kræver serummonitorering, ortostatisk blodtryksmåling og ekg-kontrol (17, 20).

Graviditet

Selv om der ikke er påvist fosterskadende virkning af antidepressiva, må behandling under graviditet principielt frarådes. I tilfælde med svær depression må man afveje risikoforholdene ved at undlade at behandle over for at behandle, fortrinsvis med SSRI og TCA præparater, som man har kendt længst.

Debut af bipolære sindslidelser i puberteten

Somatisk comorbiditet

Pseudodemens

Go low - go slow

Amning

Antidepressiva går i nogen grad over i modermælken, og kan således påvirke den nyfødte ved amning, især med sedation eller irritabilitet. Langtidsvirkningen er ikke kendt, hvorfor amning under nødvendig behandling må frarådes (21, 23).

Poor metabolizers

Nogle patienter har en genetisk betinget leverenzymmangel (CYP 2D6 og 2C19) og omsætter derfor en række antidepressiva og andre medikamenter langsommere med højere serumkoncentration til følge. Det drejer sig om 3-7% blandt vesteuropæere, men kan være betydeligt højere hos personer af anden etnisk oprindelse (især asiater og inuitter). Det er derfor et forhold man bør være opmærksom på ved behandling med TCA-præparat med nøje serummonitorering (17).

Svigtende respons

Hvis ikke der indtræder tydelig bedring i løbet af 4-6 uger, bør man sikre sig, at doseringen er optimal og at patienten tager præparatet. Diagnosen og årsagsforholdene bør revurderes for at sikre, at man ikke har overset en væsentlig årsagsfaktor, som indicerer anden behandling. Først herefter kan behandlingsskift overvejes, fortrinsvis til anden præparattype, fx til tricykliske antidepressiva med serummonitorering. Hvis to behandlingsforsøg har været virkningsløse, bør patienten henvises til speciallæge i psykiatri med henblik på kombineret forstærkende eller stemningsstabiliserende behandling med lithium, antiepileptika eller antipsykotika (17).

Depressive symptomer ved andre tilstande eller lidelser

Behandlingen vil her i første række være rettet mod hovedlidelsen. De depressive symptomer kan imidlertid være så udtalte, at de afgiver indikation for supplerende antidepressiv behandling.

Ved dystymi, cyklothymi og kortvarige tilbagevendende depressive episoder kan de depressive symptomer være fremtrædende, selvom de ikke i antal og varighed opfylder kriterierne for en depressionstilstand. Disse tilstande kan være ret invaliderende og er erfaringsmæssigt vanskelige at behandle. Dystymi kan forsøges behandlet med antidepressiva og ved de to andre tilstande kan man overveje henvisning til speciallæge i psykiatri med henblik på stemningsstabiliserende behandling. Man bør vogte sig for at forveksle disse tilstande med personlighedsforstyrrelser.

Supplerende behandling

Ved komplicerede symptomer kan man overveje behandling i kortere periode indtil begyndende bedring med:

- Anxiolytika i form af oxazepam ved agitation med udtalt urofølelse eller angstsymptomer.
- Hypnotika fortrinsvis zolpidem eller zopiklone ved søvnløshed.
- Abstinensbehandling under aftrapning ved komplicerende overforbrug af alkohol, sedativa eller hypnotika.

Anden antidepressiv behandling

Lysbehandling

Lysbehandling kan forsøges ved tilbagevendende moderate depressioner med tydelig årstidsrelation til vinterhalvåret. Til en begyndelse kan patienten leje et lyspanel og forsøge behandling 1-2 timer dagligt først på dagen. Hvis behandlingen er virksom vil effekten indtræde inden for 2 uger, men det er nødvendigt at fortsætte dagligt gennem hele den periode depressionen sædvanligvis varer (22).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet i form af konditræning, løbeture eller lange gåture kan bidrage til at øge det psykiske aktivitetsniveau, og derved i nogle tilfælde også modvirke de depressive symptomer og give en vis umiddelbar lettelse af tilstanden.

Behandlingsfaser

Behandlingen forløber i 2 eller 3 faser:

Den initiale behandlingsfase

1-3 måneder

Den initiale behandlingsfase strækker sig over 1-3 måneder indtil der er opnået udtalt og stabil bedring (remission). For alle antidepressive medikamenter gælder, at begyndende virkning først kan ventes efter 3-4 ugers forløb, og den fulde virkning oftest først efter 6-8 ugers behandling. Hvis der ikke indtræder tydelig bedring i løbet af 4-6 uger kan dosisøgning og senere eventuelt behandlingsskift til anden præparattype overvejes fx tricykliske antidepressiva med serummonitorering. Under selve episoden bør behandlingen følges med korte mellemrum varierende fra få dage til få uger afhængig af sværhedsgraden. Specielt bør man være opmærksom på, at begyndende bedring med svindende hæmning kan øge en bestående suicidalrisiko.

Korte kontrolintervaller

Den opfølgende behandlingsfase

6-12 måneder

Vedligeholdelsesbehandlingsfasen varer 6-12 måneder. Den antidepressive behandling af en overstået episode af moderat til svær grad bør følges gennem 6-12 måneder med samme præparat og dosis som i den initiale fase. I denne periode er tilbagefaldsrisikoen væsentligt højere hos patienter, der ophører med behandlingen end hos patienter, der fortsat er i antidepressiv behandling. Da risikoen for tilbage-

fald er størst de første måneder efter episoden, bør opfølgningen her ske med større hyppighed, fx med 2-4 ugers mellemrum; senere kan mellemrummet øges til 1-2 måneder. Ved tilbagefald i denne fase bør man sikre sig, at patienten har fulgt behandlingen før eventuel dosisregulering eller behandlingsskift.

Kontrol

Den anfaldsforebyggende behandlingsfase

Denne fase kan vare fra flere år til resten af livet afhængig af patientens tilbøjelighed til recidiverende depressionsanfald (profylaktisk behandlingsfase).

Recidiverende episodisk depression og bipolar affektiv sindslidelse er alvorlige sindslidelser med høj recidivfrekvens og ofte svære sociale følger. Risikoen for en ny depression er 50% efter den første episode, 70% efter to og 90% efter tre tidligere episoder. Profylaktisk behandling for at forhindre tilbagefald eller afbøde virkningerne heraf vil derfor ofte være indiceret, men kræver hver gang en grundig afvejning af fordele og ulemper i samarbejde med patienten.

Stor recidivrisiko

Vejledende retningslinje for overvejelse af anfaldsforebyggende behandling vil være to eller flere depressionsepisoder (med mindst 2 måneders mellemrum) inden for en 5-årig periode. Det tilrådes, at afgørelsen træffes i samråd med speciallæge i psykiatri (17). Både patienter og pårørende bør informeres om muligheden for nye depressionsepisoder, ligesom de bør informeres om tegn på begyndende depression og om hvordan, de skal forholde sig hvis situationen opstår.

Indikation

Konsultationsforløb

Diagnostik og behandling af depression vil kræve et forløb af konsultationer.

Første konsultation

Omfatter en diagnostisk afgørelse af, om der foreligger en depressionstilstand.

Ved mistanke om depression udspørges om depressive kernesymptomer (nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi/øget træthed) og deres varighed, hvilket kan afgøres med enkle spørgsmål.

Bekræftes mistanken (mindst to kernesymptomer til stede) bør man gå videre med at undersøge for de depressive ledsagesymptomer. Herefter vil det være muligt at afgøre, om der foreligger en egentlig depressionstilstand, og da i hvilken sværhedsgrad. Diagnosen "depressionstilstand" vil således oftest kunne afklares ved første konsultation.

For at tilrettelægge behandlingen er det nødvendigt at udrede årsagsforholdene og placere depressionstilstanden i sin diagnostiske

sammenhæng (organisk, bipolar, episodisk tilbagevendende eller enkeltepisode). Den nøjere udredning af årsagsforholdene, herunder den familiære disposition og medvirkende psykologiske eller sociale faktorer, kan tage nogen tid og ved lettere og moderate depressionstilstande med fordel henlægges til efterfølgende konsultation en eller to uger senere.

Ved svære depressionstilstande vil det være nødvendigt at indlede behandling allerede ved første konsultation med såvel antidepressiv behandling som samtalebehandling.

Anden konsultation

Udviklingen af depressionen bedømmes ud fra et klinisk skøn, herunder ved at sammenholde symptomer og fund med ICD-10 kriterierne. Hvis der skønnes behov for det, kan sværhedsgraden vurderes ved rating efter Hamiltons depressionsskala (4), (bilag II).

Ved de lettere depressionstilstande udredes årsagsforhold og medvirkende årsagsfaktorer med henblik på tilrettelæggelse af samtalebehandling og afgørelse af indikation for medikamentel behandling.

Ved sværere depressionstilstande fortsættes den indledte behandling med registrering af bivirkninger og eventuelt tillæg af supplerende behandling med anxiolytika og hypnotika samt fortsat samtalebehandling.

I en række tilfælde kan denne og efterfølgende konsultationer falde ind under landsoverenskomstens rammer for samtaleterapi (ydelse 6101).

Tredje og følgende konsultationer

Videreførelse af den indledte behandling. Ved medikamentel behandling registreres virkning og bivirkninger ved anvendelse af TCA-præparater med serummonitorering. Behandlingsfasen fortsættes indtil der er indtrådt remission eller tydelig bedring, hvorefter den vil gå over i opfølgingsfasen, og eventuelt senere med forebyggende efterbehandling.

Vigtigt

1. Gennem hele forløbet at være opmærksom på suicidalrisiko, specielt i forbindelse med begyndende bedring, hvor en oprindelig handlingslammet patient med suicidal tanker begynder at få energi til eventuelt at gøre alvor heraf.

2. Under hele behandlingsforløbet i forståelse med patienten at søge at medinddrage pårørende, som ud fra deres kendskab til patienten kan bidrage med væsentlige oplysninger om symptomer, årsags-

forhold og forløb, ligesom de pårørende kan bidrage til behandlingen med støtte, opmuntring, afledning og eventuel overvågning.

3. At informere om depressionstilstanden, så patienten og de pårørende når til forståelse af, at det ikke drejer sig om svaghed, dovenskab eller manglende evne til at tage sig sammen, og at en depression er en ikke ualmindelig tilstand, som kan behandles effektivt.

4. At gøre de pårørende opmærksom på, at patientens eventuelle suicidal tanker absolut skal tages alvorligt, og at de kan hjælpe med at holde øje med eventuel suicidal risiko.

5. At råde til at patienten undgår vidtrækkende handlinger eller beslutninger i sin depressive tilstand.

6. Ved medikamentel behandling at oplyse om forventet virkning, bivirkninger og risiko ved pludseligt eller for tidligt ophør af behandlingen.

7. At aftale tidspunkt for næste konsultation med opfølgning ved udeblivelse eller afbud.

Henvisningskriterier

Indlæggelse, henvisning eller samråd med speciallæge i psykiatri (17)

1. Suicidal risiko (indlæggelse).
2. Psykotisk tilstand med hallucinationer, vrangforestillinger, agitation eller stupor (indlæggelse).
3. Udtalt spisevægring med livstruende udvikling (indlæggelse).
4. Manglende respons på behandling, eventuelt efter 2(-3) behandlingsforsøg med et antidepressivum fra anden præparatgruppe (indlæggelse eller henvisning).
5. Sociale eller familiemæssige forhold, som gør ambulante behandling vanskelig (indlæggelse).
6. Behov for formaliseret psykoterapi, som egen læge ikke selv behersker (henvisning).
7. Usikkerhed med hensyn til diagnose eller videre behandling (henvisning eller indlæggelse).
8. Patienter med bipolar affektiv sindslidelse (henvisning eller samråd).
9. Indikation for kombinationsbehandling eller anfaldsforebyggende behandling (henvisning eller samråd).

Cost-benefit

*Depression koster
5-10 mia. kr. om året*

Depression, særlig af moderat og svær grad, hører til de mest omkostningsbelastende sygdomme. For patienten selv i form af betydelig nedsat livskvalitet og risiko for tab af arbejdsevne, uddannelses- og karrieremuligheder eller brudte samlivsforhold, social stigmatisering og eventuel udvikling af misbrug. Dette rammer også de nærmeste pårørende, hvortil yderligere kommer risikoen for tab af forsørger eller forældrepart ved selvmord. For samfundet måles belastningen overvejende økonomisk ved produktivitetstab på grund af sygefravær eller selvmord og udgifter til behandling og sociale ydelser, skønsmæssigt af en størrelsesorden på mellem kr. 5-10 milliarder om året (7). Behandling der nedsætter depressionsepisodernes hyppighed og varighed og forebygger selvmord vil derfor selvsagt være af stor betydning. Der foreligger ikke danske undersøgelser af disse forhold, men i en svensk undersøgelse fra Gotland kunne resultaterne af en intensiv uddannelse af øens almenlæger påvise et fald i sygefravær og indlæggelsesvarighed, og omtrent en halvering i selvmordshyppigheden, som økonomisk opgjort langt overvejede det øgede forbrug af antidepressiva; en virkning, der holdt sig gennem flere år (23).

Implementering

*Efteruddannelses-
programmer*

Anvendelse af nærværende vejledning sigter netop mod at forstærke indsatsen mod depressioner og deres følger. Tilegnelsen af en sådan vejledning forstærkes erfaringsmæssigt betydeligt af deltagelse i kortvarige intensive efteruddannelsesprogrammer til optræning af klinisk vurdering, diagnostiske færdigheder og korrekt anvendelse af psykoterapeutiske og medikamentelle behandlingsmuligheder. Dette bekræftes af erfaringerne fra den fynske depressionsinterventionsundersøgelse, hvor praktiserende læger deltog i to gange 2-dages undervisningsprogram (24), som kan tjene som model for en påkrævet intensivisering af diagnostik og behandling af depression i almen praksis.

Forslag til implementering findes på www.dsam.dk.

Litteratur

1. WHO ICD-10 Psykiske Lidelser og Adfærdsmæssige Forstyrrelser. Klassifikation og Diagnostiske Kriterier. Munksgård 2000.
2. Mortensen PB: Depressioners epidemiologi. I: DSI - Institut for Sundhedsvæsen: Depression en folkesygdom der skal behandles. Rapport fra konsensuskonference 1.-3. marts 1999. København DSI 1999, p. 59-66.
3. Üstün TB and Sartorius N: Mental Illness in General Health Care. An International Study. John Wiley and Sons, Chichester, New York, 1995.
4. Bech P: The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Testing. A Twenty Years' Update with Reference to DSM-IV and ICD-10. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 1995.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, International Version. American Psychiatric Association, Washington DC, 1995.
6. Lamberts H, Wood M: International Classification of Primary Care. Dansk bearbejdelse ved Niels Bentzen og Henrik Schroll. Dansk selskab for almen medicin, 1990.
7. Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis. Klinisk Vejledning. Dansk selskab for almen medicin, 1999.
8. Rutz W et al. Prevention of depression and suicide by education and medication: Impact on male suicidality. An update from the Gotland study. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 1997; 1:39-46.
9. Gjerris A: Det affektive spektrum. I: Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A, Reisby N og Kragh-Sørensen P: Klinisk Psykiatri 2. udgave. Munksgård, København 2000, p. 407-450.
10. Kaltoft S. Tab og tabsreaktioner. I: Månedsskr Prakt Lægegern 1999, 77:757-769.
11. Licht R W. Affektive sindslidelser. I: Poulsen HD, Munk-Jørgensen P, Bolwig TG Psykiatri - en grundbog. Munksgård, København 2000, p. 143-182.
12. Hougård E. Psykoterapeutisk behandling af depression. I: DSI - Institut for Sundhedsvæsen: Depression en folkesygdom der skal behandles. Rapport fra konsensuskonference 1.-3. marts 1999. København DSI 1999, p. 81-90.
13. Kaltoft S. Tab og tabsreaktioner II. Månedsskr Prakt Lægegern 1999; 77:911-928.

-
14. Kaltoft S. Gruppebehandling af tabsramte. Månedsskr Prakt Lægegern 1995;73: 1479-1487.
 15. Licht RW, Rasmussen NA. Effekten af antidepressive lægemidler ved behandling af depression. I: DSI - Institut for Sundhedsvæsen: Depression en folkesygdom der skal behandles. Rapport fra konsensuskonference 1.-3. marts 1999. København DSI 1999, p. 91-123.
 16. Vestergaard P og Gerlach J. Behandling med psykofarmaka - samspillet med andre behandlingsformer. Munksgård, København, 1998.
 17. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling med antidepressiva. Sundhedsstyrelsen, København 2000.
 18. Thomsen PH. Depression hos børn og unge. I: DSI - Institut for Sundhedsvæsen: Depression en folkesygdom der skal behandles. Rapport fra konsensuskonference 1.-3. marts 1999. København DSI 1999, p. 67-72.
 19. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler. København, 2000.
 20. Kørner A. Depression hos ældre. I: DSI - Institut for Sundhedsvæsen: Depression en folkesygdom der skal behandles. Rapport fra konsensuskonference 1.-3. marts 1999. København DSI 1999, p. 73-80.
 21. Lægeforeningens Medicinfortegnelse 2000. 23. udgave. Lægeforeningens forlag, København, 2000.
 22. Reichborn-Kjennerud T: Vinterdepression, Krüger MB, Lund A, Skarstein J og Stubhaug B (eds.): Depresjonshåndboka. Gyldendal Akademisk, Oslo 2000.
 23. Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Wålinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Acta Psychiatrica Scandinavia, 85:457-464, 1992.
 24. Kragh-Sørensen P. Depressionsbehandling i den primære sundhedssektor. I: DSI - Institut for Sundhedsvæsen: Depression en folkesygdom der skal behandles. Rapport fra konsensuskonference 1.-3. marts 1999. København DSI 1999, p. 51-58.

- 1. Nedtrykthed**
Har du følt dig ked af det, trist, nedtrykt?
Hvor længe har du haft det sådan?
- 2. Glædesløshed, nedsat lyst eller interesse**
Har du haft svært ved at glæde dig over noget?
Har du mistet lysten til det hele?
Har du tabt interessen for det, du plejer at være optaget af?
- 3. Nedsat energi, øget trætheds**
Har du ingen energi eller kræfter?
Kører du hurtigt træt?
Føler du det hele uoverkommeligt?
- 4. Nedsat selvtillid eller selvfølelse**
Har din selvtillid været mindre?
Føler du dig mindre duelig eller dygtig end andre?
- 5. Selvbekendelser eller skyldfølelse**
Går du og bebrejder dig selv et eller andet?
Føler du, at du er skyld i noget?
- 6. Tanker om død eller selvmord**
Tænker du meget på død eller ulykker?
Føler du, at livet ikke er værd at leve?
Ville du ønske, at du hellere var død?
Har du haft tanker om selvmord?
- 7. Tænke- eller koncentrationsbesvær**
Har du svært ved at tænke klart? - ved at træffe dagligdags beslutninger?
Har du svært ved at læse eller følge en TV-udsendelse?
- 8. Agitation eller hæmning**
Føler du dig urolig, rastløs?
Er du langsom til det hele, sidder og kigger ud i luften?
- 9. Søvnproblemer**
Har du svært ved at falde i søvn?
Vågner du op flere gange i nattens løb?
Vågner du tidligere, end du plejer?
Skal du sove mere end vanligt?
- 10. Appetit eller vægtændring**
Har du mistet appetitten?
Har du tabt i vægt eller fået større appetit og taget på?

Depression

I Kernesymptomer

- 1: nedtrykthed
- 2: glædesløshed, nedsat lyst eller interesse
- 3: nedsat energi eller øget trætheds

II Ledsagesymptomer

- 4: nedsat selvtillid eller selvfølelse
- 5: selvbekendelser eller skyldfølelse
- 6: tilbagevendende tanker om død eller selvmord
- 7: tænke- eller koncentrationsbesvær
- 8: agitation eller hæmning
- 9: søvnforstyrrelse
- 10: appetit og vægtændring

Hamiltons depressionsskala med 17 punkter

Bilag 2

1. Nedsat stemningsleje.....	0 - 4
2. Skyldfølelse og selvbebrejdelser	0 - 4
3. Suicidalimpulser	0 - 4
4. Indsovningsbesvær	0 - 2
5. Afbrudt søvn.....	0 - 2
6. Tidlig morgenvågning.....	0 - 2
7. Arbejde og interesser (daglige aktiviteter).....	0 - 4
8. Hæmning.....	0 - 4
9. Agitation.....	0 - 4
10. Psykisk angst	0 - 4
11. Somatisk angst.....	0 - 4
12. Gastrointestinale symptomer	0 - 2
13. Somatiske symptomer (træthed, smerter).....	0 - 2
14. Seksuel interesse.....	0 - 2
15. Hypokondri	0 - 4
16. Manglende sygdomsindsigt	0 - 2
17. Vægttab.....	0 - 2

Total score Sum

8 - 12: mulig depression

13 - 17: mild depression

≥ 18: svær depression

Vejledning i Hamiltons depressionsskala findes i Sundhedsstyrelsens vejledning (17), bilag 1. Vejledningen kan hentes på www.sst.dk