

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 recidiv eller afbøde virkningerne heraf vil derfor ofte være indiceret, men kræver hver gang i samarbejde med patienten en grundig afvejning af fordele og ulemper.

Den vejledende retningslinje for, hvornår der skal overvejes anfaldsforebyggende behandling, er to eller flere depressionsepisoder (med mindst 2 måneders mellemrum) inden for en femårig periode. Det tilrådes, at afgørelsen træffes i samråd med en speciallæge i psykiatri [3].

Både patienter og pårørende bør informeres om risikoen for nye depressionsepisoder, ligesom de bør informeres om tegn på begyndende depression og om, hvordan de skal forholde sig, hvis situationen opstår igen, eller hvis der er begyndende bipolare tegn.

## **Konsultationsforløb**

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

### **Første konsultation**

Den første konsultation omfatter en diagnostisk afgørelse af, om der foreligger en depressionstilstand.

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

Bekræftes mistanken (hvis mindst to kernesymptomer er 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.

Om patienten har en depressionstilstand (P03), som er en symptomtilstand, vil således oftest kunne afklares ved den første konsultation.

For at tilrettelægge behandlingen er det nødvendigt at udrede årsagsforholdene og placere depressionstilstanden i dens diagnostiske sammenhæng (organisk, bipolar, periodisk eller enkeltepisode). Den nøjere udredning af årsagsforholdene, herunder den familiære disposition og medvirkende psykologiske eller sociale faktorer, kan tage nogen tid og kan ved lette og moderate depressionstilstande med fordel henlægges til en efterfølgende konsultation 1-2 uger senere.

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

Ved initiering af medicinsk behandling bør patienten ses hyppigt og i hvert fald inden for 1 uge, bl.a. af hensyn til en evt. udvikling af suicidal tanker.

Ved svære depressioner kan der være behov for indlæggelse, se faktaboks side 34.

Der skal ligeledes tages stilling til behov for sygemelding, og det bør overvejes,

om der er lokale tilbud, som patienten kan have glæde af, fx støttetilbud fra kommunen, kontakt til patientforeninger eller Psykiatrifonden, se nyttige links s. 37.

Overvej også, om patienten og de pårørende kan have glæde af at få udleveret informationsmateriale.

### **Anden konsultation**

Udviklingen af depressionen bedømmes ud fra et klinisk skøn, bl.a. ved at sammenholde symptomer og fund med ICD-10-kriterierne. Hvis der skønnes behov for det, kan sværhedsgraden vurderes ved rating efter Hamiltons depressionsskala [34] (Bilag 3).

Ved de lette depressionstilstande udredes årsagsforhold og medvirkende årsagsfaktorer med henblik på tilrettelæggelse af samtalebehandling og stillingtagen til medikamentel behandling.

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

Der bør desuden tages stilling til, om patienten har behov for sygemelding.

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

### **Tredje og efterfølgende konsultationer**

Den indledte behandling videreføres. Ved medikamentel behandling registreres virkning og bivirkninger ved anvendelse af TCA med serummonitorering. Behandlingsfasen fortsættes, indtil der er indtrådt remission eller tydelig bedring – respons, hvorefter den vil gå over i opfølgingsfasen og evt. senere følges op med forebyggende efterbehandling.

Der skal fortsat tages stilling til, om patienten har behov for sygemelding.

#### **Boks 1. Vigtige elementer i depressionsbehandlingen**

1. Vær opmærksom på suicidalrisiko gennem hele forløbet, specielt i forbindelse med begyndende bedring, hvor en tidligere handlingslammet patient med suicidal tanker begynder at få energi til evt. at gøre alvor af disse tanker.
2. Forsøg at inddrage pårørende, som ud fra deres kendskab til patienten kan bidrage med væsentlige oplysninger om symptomer, årsagsforhold og forløb. De kan desuden bidrage til behandlingen med støtte, opmuntring, afledning og evt. overvågning.
3. Informer patienten og de pårørende om depressionstilstanden. Gør opmærksom på, at det ikke drejer sig om svaghed, dovenskab eller manglende evne til at tage sig sammen, men at det er en ikke ualmindelig tilstand, som kan behandles effektivt.
4. Fortæl de pårørende, at patientens eventuelle suicidal tanker absolut skal tages alvorligt, og at de selv kan hjælpe ved at holde øje med patienten.
5. Fraråd patienten at foretage vidtrækkende handlinger eller træffe afgørende beslutninger i den depressive tilstand.
6. Oplys ved medikamentel behandling om forventet virkning, bivirkninger og risiko ved et pludseligt eller for tidligt ophør af behandlingen.
7. Aftal tid for næste konsultation og følg op ved udeblivelse eller afbud.