

#### 2.4.2 Melankoliformt (somatisk) syndrom

Depressionsdiagnosen kan suppleres med tilstedeværelsen af melankoliformt syndrom, også kaldet somatisk syndrom. Ifølge ICD-10 drejer det sig om symptomer i form af nedsat lyst og interesse, svækket emotionel reaktivitet, tidlig morgenopvågning, morgenvåde, psykomotorisk agitation eller hæmning, nedsat appetit, vægttab og nedsat libido. Disse symptomer er karakteristiske for det, der tidligere blev kaldt endogen depression, og kaldes også melankolske symptomer. Melankoliformt syndrom kan optræde ved alle sværhedsgrader af depression.

#### 2.4.3 Kronisk depression

Dette begreb er ikke defineret i ICD-10, men defineres i DSM-IV som *major depression* af mindst 2 års varighed.

#### 2.4.4 Dysthymi

Dysthymi defineres i ICD-10 som en tilstand med depressionssymptomer af mindre intensitet end moderat depression og en varighed på mindst 2 år og kan i perioder forværres til egentlige depressive episoder, såkaldt dobbelt depression. Dysthymi kan på trods af den ringere intensitet være en større sygdomsbyrde end depression pga. kroniciteten, og tilstanden er forbundet med betydelig selvmordsrisiko og behov for indlæggelse<sup>4</sup>.

#### 2.4.5 Årstidsrelateret depression (seasonal affective disorder)

Årstidsrelateret eller sæsonafhængig depression er ikke defineret i ICD-10, men i de tilhørende forskningskriterier og i DSM-IV som en specifik forløbsform af *major depression* med tilbagevendende depression på et bestemt tidspunkt af året uden anden udløsende årsag. I praksis drejer det sig om vinterdepression, hvilket der bedst screenes for ved anamnesticke oplysninger om forløbsformen. Ofte er der tillige atypiske symptomer som øget søvnbehov, træthed og irritabilitet, vægtøgning og øget appetit mht. kulhydrater, men disse symptomer indgår ikke i de diagnostiske kriterier.

#### 2.4.6 Postpartum depression (fødselsdepression)

Postpartum depression, også kaldet fødselsdepression, er ikke en selvstændig diagnose i ICD-10, men omtales alligevel i dette referenceprogram pga. særlige problemer i forhold til hyppighed og medikamentel behandling (se detaljer i afsnit 4.3).

#### 2.4.7 Andre depressive tilstande

I DSM-IV defineres den såkaldte *recurrent brief depression*, som har færre symptomer end *major depression* og en varighed på under 2 uger. Desuden forekommer den såkaldte depressive personlighedsforstyrrelse.

### 2.5 Anbefalinger

- B** Til diagnostik af depression anbefales ICD-10's kriterier eller spørgeskemaet MDI (IIb).
- B** Til bestemmelse af sværhedsgraden af depression anbefales HAM-D<sub>17</sub> eller spørgeskemaerne MDI eller MADRS (IIa).

## 5 Udredning og differentialdiagnostik

### 5.1 Psykiatrisk udredning

Formålet med den psykiatriske udredning er dels at sikre diagnosen og de oplysninger fra patient og pårørende, der er nødvendige for behandlingen, dels at finde comorbide psykiatriske tilstande, som skal behandles, eller som er vigtige af prognostiske grunde.

Generelt bør den psykiatriske udredning ved depression omfatte følgende:

- Psykiatrisk anamnese – herunder disposition for psykisk lidelse
- Klinisk psykiatrisk undersøgelse i henhold til ICD-10<sup>8</sup>
- Oplysninger fra pårørende og plejepersonale
- Bedømmelse af depressionens sværhedsgrad
- Vurdering af comorbiditet
- Differentialdiagnostiske overvejelser.

#### 5.1.1 Psykiatrisk anamnese

Det er helt essentielt at få en grundig psykiatrisk anamnese, herunder oplysninger om disposition for psykisk lidelse, eventuelle tidligere depressive eller maniske episoder og misbrug. Oplysninger fra pårørende om patientens habitualtilstand og sygdomsudvikling er af stor vigtighed, især hvis patienten har manglende sygdomsindsigt. Hvis patienten er indlagt, kan der skaffes vigtige informationer fra plejepersonalet, fx om de depressive symptomer er konstant til stede i en observationsperiode. Plejepersonalets observation kan systematiseres ved at anvende *Depressionsskala for sengeafsnit*<sup>97</sup>. Denne skala adskiller sig fra andre skalaer ved at indeholde *items* om aktivitetsniveau og samspil med andre mennesker. Skalaen kan desuden bruges til vurdering af depressionens sværhedsgrad (se nedenfor). Observationsperioden bør ideelt set være medicinfri og strække sig fra nogle dage til en uge. Tilsvarende observation er også vigtig ved ambulans behandling<sup>3</sup>.

#### 5.1.2 Sværhedsgrad

Det er vigtigt at fastslå sværhedsgraden af depression, da svær depression skal behandles anderledes end lettere grader af depression (se kapitel 8). Depressionens sværhedsgrad kan bedømmes ud fra fx Hamiltons Depressionsskala<sup>38</sup> (se afsnit 2.3). Det skal præciseres, at Hamiltons Depressionsskala og lignende skalaer og spørgeskemaer ikke er diagnostiske instrumenter.

### 5.2 Psykiatriske differentialdiagnoser og comorbiditet

Differentialdiagnostik af depression kan være meget vanskelig, og det kliniske indtryk spiller ofte en stor rolle. Som tidligere nævnt er det af stor vigtighed at inddrage pårørende under den diagnostiske udredning, da de kan bidrage med vigtige oplysninger om patientens habitualtilstand og om sygdomsudviklingen. Det er desuden almindeligt for deprimerede mennesker at have en comorbid psykiatrisk lidelse, fx angst i form af socialfobi eller panikangst og forskellige personlighedsforstyrrelser<sup>98</sup>. Hertil kommer en lang række somatiske lidelser, som kan influere på såvel diagnose som behandling og prognose (se nedenfor).

#### 5.2.1 Bipolar lidelse

Patienter, der anamnestisk har haft en eller flere maniske episoder, har ikke unipolar depression, men bipolar affektiv lidelse type 1. Patienter med depression og hypomanier har bipolar affektiv lidelse type 2.

## 7 Generelle behandlingsprincipper

### 7.1 Behandlingsmål

Udgangspunktet for depressionsbehandling er en korrekt diagnose. Valget af behandling afhænger herefter af flere forhold, herunder patientens præferencer, depressionens varighed og sværhedsgrad, forskellige behandlingstilbuds tilgængelighed, patientens tidligere erfaringer med behandling og tilstedeværelse af eventuel comorbiditet og aktuelle psykosociale belastninger.

De overordnede mål med behandling af depression er at:

- Opnå remission, dvs. afkorte den enkelte depressive episode, opnå fuldstændig symptomfrihed og genvinde vanligt funktionsniveau
- Minimere de psykologiske lidelser og sociale konsekvenser af depressionen
- Forhindre selvmord
- Forebygge tilbagefald/recidiv.

Ud over de specifikke medicinske og psykologiske behandlingsformer, som omtales i de følgende kapitler, er det generelt af afgørende betydning at inddrage patienten og relevante pårørende i behandlingen. Oplysning om forhold som diagnose, symptomer, prognose og årsagsforhold samt behandlings- og forebyggelsesmuligheder anses i dag for at være et væsentligt element i en god depressionsbehandling. Oplysning og dialog kan i sig selv være med til at bedre sygdomserkendelse og -accept, styrke samarbejdet om behandlingen og bidrage til at mindske den følelsesmæssige belastning hos såvel patienten som patientens pårørende. Behandlerens støtte og vejledning kan desuden medvirke til, at patient og pårørende tilegner sig hensigtsmæssige strategier med henblik på at håndtere sygdomsperioderne og forebygge nye episoder<sup>5</sup>.

### 7.2 Behandlingsadhærens

Det er et velkendt og velbeskrevet problem, at den enkelte patient med depression ikke altid modtager en behandling, der er i overensstemmelse med den tilgængelige viden om god behandling af sygdommen. Samarbejdet mellem patient og behandler kan beskrives som behandlings*compliance* eller behandlingsadhærens. Adhærensbegrebet kan defineres som ”patientens accept af en rekommanderet sundhedsadfærd, herunder om patienten møder til behandling, er engageret i sund livsstil og følger den ordinerede behandling eller det råd, der er givet af sundhedspersonalet”<sup>5, 113</sup>.

## 8 Farmakologisk behandling af aktuelle episoder

Behandling med antidepressive lægemidler inddeles traditionelt i akut behandling, vedligeholdelsesbehandling og forebyggende behandling. Formålet med den akutte, medikamentelle antidepressive behandling er at opnå fuldstændig symptomfrihed (remission) og genoprette det sociale funktionsniveau.

Inden antidepressiv behandling indledes, skal patienten være grundigt undersøgt, såvel psykiatrisk som somatisk (se kapitel 5).

### 8.1 Opdeling af antidepressiva

Antidepressiva er en fællesbetegnelse for medikamenter med antidepressiv virkning. De inddeles traditionelt i nedenstående grupper:

- Neurotransmittergenoptagshæmmere
- Noradrenerge og specifikt serotonerge antidepressiva
- Tricykliske antidepressiva
- Monoaminoxidasehæmmere.

Neurotransmittergenoptagshæmmerne omfatter selektive serotoningenoptagshæmmere (*selective serotonin reuptake inhibitor*, SSRI), selektive noradrenalingenoptagshæmmere (*noradrenalin reuptake inhibitor*, NARI) og kombinerede serotonin- og noradrenalingenoptagshæmmere (*serotonin and noradrenalin reuptake inhibitor*, SNRI), sidstnævnte også kaldet *dual action*-antidepressiva. Disse stoffer øger koncentrationen af serotonin henholdsvis noradrenalin (eller begge dele) i synapsespalten og fremmer derved neurotransmissionen i det pågældende system.

Dertil kommer de noradrenerge og specifikt serotonerge antidepressiva (*noradrenergic and specific serotonergic antidepressants*, NaSSA), som hæmmer de præsynaptiske  $\alpha_2$ -adrenerge receptorer, hvorved både serotonin- og noradrenalinaktiviteten øges postsynaptisk.

De klassiske tricykliske antidepressiva (TCA) hæmmer både optagelsen af serotonin og noradrenalin, men i varierende omfang. Stofferne påvirker desuden flere andre neurotransmittere og receptorer, hvilket har betydning for stoffernes relativt mange bivirkninger.

Monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere) virker ved at hæmme enzymet, som nedbryder det præsynaptiske neurons indhold af bl.a. serotonin, noradrenalin og dopamin, hvorved mængden af transmittere, der kan frigøres til synapsespalten, øges. Enzymet findes i to former, hvor type A især nedbryder serotonin, noradrenalin og adrenalin, mens type B primært nedbryder dopamin og tyramin. Lægemidler, der hæmmer type A, har antidepressiv virkning. Enzymhæmningen er enten irreversibel eller reversibel (*reversible inhibitor of monoamine oxidase type A*, RIMA).

Yderligere information om de enkelte lægemidler findes i Medicin.dk (<http://www.medicin.dk>).

### 8.2 Effekt og valg af antidepressiva

Antidepressive lægemidler anvendes primært ved behandling af depression af moderat til svær grad. Flere antidepressive lægemidler virker også på andre psykiske lidelser, fx angst og *obsessive-compulsive disorder* (OCD).

### 11.1.6 Counselling (psykologisk rådgivning)

*Counselling* blev udviklet i slutningen af 1950'erne af den amerikanske psykolog Carl Rogers under betegnelsen klientcenteret terapi. *Counselling* kan defineres som en systematisk og tidsbegrænset intervention, hvor man via en positiv terapeutisk relation giver patienten eller klienten mulighed for at undersøge og opdage nye og mere hensigtsmæssige og ressourceorienterede måder at håndtere tilværelsens udfordringer på. Ofte inddrages elementer fra såvel kognitiv adfærdsterapi som systemisk og psykodynamisk terapi, og der kan fx være tale om hjælp til at løse specifikke problemer, tage beslutninger, håndtere kriser, gennearbejde konflikter eller forbedre forholdet til andre mennesker.

### 11.1.7 Computerbaseret kognitiv terapi

Computerbaseret kognitiv terapi er en nyere variant af kognitiv terapi, som udføres vha. et program på cd-rom eller på internettet. Det kan anvendes som en selvstændig behandlingsintervention med minimal terapeutkontakt eller som et potenserende supplement til en terapeutledet behandling. Programmerne til computerbaseret kognitiv terapi varierer i stil, kompleksitet og indhold, og disse faktorer antages at have væsentlig betydning for deres effektivitet<sup>3</sup>. Et eksempel på et velundersøgt program er *Beating the Blues*, der er udviklet i England og består af en 15-minutters introduktionsvideo og 8 interaktive computersessioner<sup>223</sup>.

### 11.1.8 Mindfulness-træning (opmærksomhedstræning)

*Mindfulness* er en metode, der er inspireret af Østens meditation, og som går ud på, at man lærer at give fuld og accepterende opmærksomhed til indre oplevelser, som de optræder her og nu i bevidstheden. Der findes forskellige programmer for *mindfulness*, men i forhold til depression har der især været fokus på *mindfulness*-baseret kognitiv terapi, hvor kognitiv terapi kombineres med *mindfulness*-træning. Metoden har primært været anvendt som led i forebyggelse af recidiv hos patienter med tilbagevendende depression og er undersøgt i et 8-sessioners manualiseret gruppeprogram, der er udviklet af engelske kognitive terapeuter<sup>224</sup>.

### 11.1.9 Formaliseret psykoedukation

Formaliseret psykoedukation kan i denne sammenhæng defineres som en form for interaktiv undervisning, der bl.a. har til formål at øge patienters og pårørendes viden om depression, styrke samarbejdet om behandlingen og forebygge nye episoder. Den foregår som regel i grupper bestående af patienter, pårørende eller patienter med pårørende. Et forløb strækker sig typisk over 8-12 sessioner og omfatter bl.a. emner som diagnose, prognose, forløb, risikofaktorer, sociale forhold, forebyggelses- og behandlingsmuligheder. Der tages som regel udgangspunkt i patienters og pårørendes egne erfaringer med depressionssygdommen, og ofte inddrages metoder fra kognitiv adfærdsterapi med særligt fokus på færdigheder, der er væsentlige for håndtering af sygdommen og forebyggelse af recidiv. Der er meget få undersøgelser af formaliseret gruppepsykoedukation som selvstændig intervention ved depression, selvom psykoedukative elementer i dag indgår som en vigtig del af en god depressionsbehandling.

### 11.1.10 Miljøterapi

Miljøterapi foregår under indlæggelse eller i daghospital og anses for at være god klinisk praksis, omend der kun foreligger ringe dokumentation herfor<sup>99</sup>. I den depressive fase har patienten ofte behov for hjælp til at bryde inaktivitet, isolation og passivitet. Kontaktpersonen og patienten kan i fællesskab udforme et dagligt aktivitetsprogram og planlægge aktiviteter, der er overkommelige og bedrer humøret. Opgaver eller gøremål, der synes uoverstigelige, kan deles op i mindre og overskuelige opgaver. Aktivitetstilbuddene i en afdeling bør være alsidige og på flere niveauer, således at patienten kan deltage i lidt eller meget, afhængigt af sygdomsintensiteten. Aktiviteterne bør tillige være tilrettelagt på en måde, så patienten har mulighed for at træne de færdigheder, som er svækkede i forbindelse med sygdommen. Når de værste depressive symptomer er trådt i baggrunden, er det ofte nyttigt at arbejde med den depressive tænkning i konkrete situationer med henblik på at finde alternative og mere