

Vad en psykiatrisjuksköterska behöver veta om affektiv sjukdom (och litet till)

Källor:

Läkemedelsboken 2003-2004

”Förstämningssjukdomar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling”. Svensk Psykiatrisk Förening 1997. Beställes via Förlagshuset Gotia, tel 462 26 70. Pris 60 kr + moms

Psykiatri (2000, femte upplagan), Jan-Otto Ottosson

Läkemedelsverkets rekommendationer dec. 1995

Lästips om affektiv sjukdom:

| | |
|--------------------------------|--|
| Miki Agerberg | Ut ur mörkret - en bok om depressioner |
| Vanna Beckman | Medicin mot depression och ångest |
| Föreningen Balans | Balansgång |
| Solveig Klingvall Larson | Stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet |
| Peter D. Kramer | Listening to Prozac |
| Martha Manning | Underströmmar |
| Åsa Moberg/Adam Inczedy-Gombos | Adams bok |
| Kay Redfield Jamison | En orolig själ |
| Danielle Steel | En stråle av ljus |
| William Styron | Synligt mörker |
| Danuta Wasserman | Depression - en vanlig sjukdom |
| Elizabeth Wurtzel | Prozac, min generations tröst |

VAD ÄR EGENTLIGEN EN DEPRESSION?

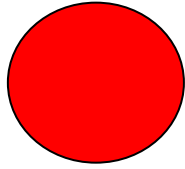
- En sjuklig sänkning av stämningläget med nedsatt förmåga att känna lust och intresse
- Kommer ofta — men inte alltid — i avgränsade skov
- Är ibland en del av bipolär sjukdom
- Ofta livslång sjukdom med återkommande episoder

HUR VANLIGT ÄR DEPRESSION?

- 20-40 % av alla kvinnor och 10-20% av alla män drabbas någon gång i livet
- Just nu har 5-7 % av kvinnorna och 3-4 % av männen en depression = 3-500.000 svenskar
- Depression vanligare hos äldre
- Även barn och ungdomar kan bli deprimerade
- Ffa lätta och medelsvåra depressioner har blivit vanligare de senaste årtiondena

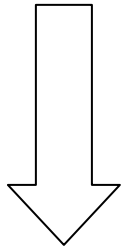
FÅR DESSA HJÄLP?

Problem vid depressionsdiagnostik/ behandling



Deprimerade i befolkningen (3-5%)

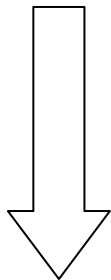
30% \longrightarrow 70% - söker ej hjälp



Söker primärvård/ psykiatri

40% \longrightarrow 60%

- feldiagnos
- rätt diagnos, men fel behandling
- rätt behandling, men för låg dos eller för kort behandlingstid



Rätt behandling (dos och behandlingstid)

80% blir bra 20% oförbättrade

Resultat: 12 % kommer ändå till rätt diagnos *och* rätt behandling

HUR KÄNNER MAN IGEN EN DEPRESSION?

EGENTLIG DEPRESSIONSEPIDOD enligt DSM-IV, kriterium A 1-9

- (1) nedstämdhet, enligt vad som patienten själv berättar (t.ex. ledsenhet, eller tomhetskänslor), eller vad andra kunnat observera (t.ex. ”verkar gråtmild”)
- (2) påtagligt minskat intresse för eller minskad glädje av alla, eller så gott som alla aktiviteter; enligt vad patienten själv berättar, eller vad andra kunnat observera
- (3) framträdande viktförlust utan avsiktlig bantning *eller* viktuppgång, *eller* minskad eller ökad aptit
- (4) sömnlöshet *eller* ökad sömn
- (5) psykomotorisk agitation *eller* hämning (iakttagbart för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller förlångsamning)
- (6) trötthet *eller* minskad energi
- (7) känslor av värdelöshet eller överdrivna eller inadekvata skuldkänslor, vilka kan vara av vanföreställningskaraktär; dock ej enbart självanklagelser eller skuldkänslor för att ha blivit sjuk
- (8) minskad förmåga att tänka eller att koncentrera sig, *eller* obeslutsamhet enligt vad individen själv berättar eller vad andra kunnat observera
- (9) återkommande tankar på döden (dock ej enbart rädsla för att dö), återkommande suicidtankar utan konkreta planer eller något suicidförsök *eller* konkreta suicidplaner

HUR MÅNGA SYMPTOM OCH HUR MYCKET BESVÄR ”MÅSTE” MAN HA?

Enligt DSM-IV minst 5 av 9 symptom varav

- minst ett av symptomen måste antingen vara (1) nedstämdhet eller (2) brist på intresse eller glädje
- symptomen förekommer dagligen, eller så gott som dagligen
- symptomen har förelegat under minst två veckor

För att diagnosen **Egentlig depression enl. DSM-IV** ska kunna ställas krävs att **samtliga villkor A-E nedan är uppfyllda.**

A. Fem eller fler av följande symptom (se tabellen på föregående sida) har förelegat under en och samma 2-veckorsperiod. De har också inneburit en *förändring* jämfört med hur individen tidigare fungerat. Minst ett av symptomen måste antingen vara (1) *nedstämdhet* eller (2) *brist på intresse eller glädje*. För symptom 1-8 gäller också att de måste förekomma *dagligen, eller så gott som dagligen*. Symptom som uppenbart beror på en *kroppslig åkomma* eller på *stämningssinkongruenta* (dvs som *inte* rör temata vanliga vid förstämningssyndrom, som otillräcklighet, skuld, sjukdom eller välförtjänt straff) *vanföreställningar* eller *hallucinationer* ska inte beaktas här.

B. Symptomen uppfyller *inte* kriterierna för en Blandad episod (Mixed Episode). (Vid en sådan uppvisar patienten under åtminstone en veckas lopp så gott som dagligen *samtidigt* en symtombild som vid *egentlig depression* som vid en *manisk episod*).

C. Symptomen förorsakar ett *kliniskt signifikant lidande* för patienten eller en *nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan* eller av något annat viktigt funktionsområde.

D. Symptomen beror inte på några direkta effekter av *kemiska substanser* i någon form, t.ex. av drogmissbruk eller något läkemedel, eller av något *somatiskt tillstånd* som t.ex. hypothyroidism.

E. Symptomen förklaras *inte* på bättre sätt av en *normal sorgereaktion*; dvs efter förlusten av en närstående får inte symptomen kvarstå mer än 2 månader, den kliniska bilden får inte heller karakteriseras av en framträdande funktionsnedsättning, av sjuklig upptagenhet av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symptom eller psykomotorisk hämning.

MEN.....

- I praktiken ofta inte så lätt att avgöra om ett visst symtom föreligger i ”tillräcklig” omfattning eller ej
- Patienten presenterar sig — åtminstone inledningsvis — ej alltid på detta vis
- 75 % söker för kroppsliga besvär vid depression
- Depressioner kan se mycket olika ut
- Finns djupa depressioner som bara varar några dagar
- Finns allvarliga depressionstillstånd med färre än fem symtom
- Majoriteten av äldre med depression uppfyller troligen inte DSM-IV-kraven

HUR KAN DET ISTÄLLET SE UT?

- Patienten klagar istället över något annat besvär:

*smärtor och värk
trötthet och kraftlöshet
förstoppning eller andra mag-tarmbesvär
oro och ångest
hjärtklappning
andningsbesvär
yrsel
stickningar och krypningar
”jag mår inte bra” / ”känner inte igen mig själv” / ”något är fel”
hypokondri*

- Patienten klagar över endast ett bekymmer — enligt DSM-IV-kriterierna eller enligt ovan — och övriga symtom framkommer först vid noggrann utfrågning eller vid självskattning
- Patienten ältar och är svår att avleda
- Mer konventionella symtom ska dock föreligga samtidigt

”VANLIG/ TYPISK” DEPRESSION

Dominerande och tydliga symtom enligt DSM 4 / ICD 10

ATYPISK/ MASKERAD DEPRESSION

Ovanligare eller enstaka symtom dominerar bilden, åtminstone tills man frågar patienten om de typiska symtomen.

1./ Pseudosomatisk

*trötthet
smärtor och värk
sömnbesvär
aptitförlust
förstoppning
andningsbesvär
 yrsel*

2./ Pseudoneurotisk

*ångest
panikattacker
fobier
tvångsbesvär*

3./ Pseudodemens hos äldre

*långsamt tänkande
koncentrationssvårigheter
minnessvårigheter
förvirring
oro*

4./ Beteendestörning hos yngre

*skolvägran
utagerande
asocialitet*

HUR SKALL MAN VETA VILKA AV DE MED DESSA

ATYPISKA BESVÄR SOM HAR EN DEPRESSION ”I BOTTEN”?

- Vid misstanke om depression, diskutera patienten med ansvarig läkare
- Låt gärna patienten fylla i självskattningsformulär ”psykiatrisk egenbedömning”
- Efterfråga de typiska symtomen
- Fråga gärna även efter för depression typiska signaler som

dygnsrytm i besvären
periodicitet i besvären
tidigare depressioner
tidigare maniska perioder
depressioner i släkten

- Fråga anhöriga om patienten är sig själv eller förändrad
- Ibland svårt avgöra. Patienten får vid rimlig misstanke ibland prova antidepressiv behandling

DIAGNOSTIK OCH TERMINOLOGI

1. ICD 10

2. DSM-IV

- Kriterielistor
- Multiaxialt, fem axlar. Olika axlar för psykiatriska sjukdomar och personlighetsstörningar
- Skilj på *syndrom* (egentlig depressionsepisod) och *sjukdom* (egentlig depression, enstaka /recidiverande, eller bipolärt syndrom)
- Symtomatologi + aktuellt sjukdomsförlopp + anamnes -> diagnos
- Involvera gärna anhöriga för komplettering av anamnes, såsom aktuellt sjukdomsförlopp, suicidriskbedömning, eventuell hypomani m m
- Använd gärna skattningsskalor, t.ex. CPRS-S-A, MADRS eller HAM-D
- Existerande kriterielistor är inte heltäckande och man har rätt att ställa diagnos trots att de formella kriterierna inte är uppfyllda
- Affektiva diagnoser erhålles genom att kombinera olika sorters förstämningsepisoder till förstämningssyndrom och sedan lägga till eventuella specifikationer, v v se nedan

1. Förstämningsepisod

- egentlig depressionsepisod
- manisk episod
- blandepisod mani / depression
- hypoman episod

2. Förstämningssyndrom

- egentlig depression
- dystymi
- depression UNS
- bipolär 1
- bipolär 2
- cyklotomi
- bipolärt syndrom UNS
- förstämningssyndrom orsakat av...(organisk orsak)
- substansbetingat förstämningssyndrom
- förstämningssyndrom UNS

3. Specifikationer (olika för olika syndrom)

Exempel, egentlig depression med specifikationer:

- enstaka/recidiverande
- svårighetsgrad lindrig
 måttlig
 svår utan psykotiska symtom
 svår med psykotiska symtom
- med/utan psykotiska symtom (stämningkongruenta / stämninginkongruenta)
- i partiell/fullständig remission
- kronisk
- med/utan melankoli
- med/utan atypiska symtom
- med/utan postpartumdebut
- med/utan årstidsrelaterat mönster
- med/utan korta svängningsperioder

VAD MENAS MED ”MELANKOLI”?

En variant av djup depression med betydande inslag av s.k. kroppsliga/endogena symtom

oavledbarhet

distinkt karaktär på förstämningen

hämning

dygnsrytm

tidigt uppvaknande

minskad aptit och vikt

minskad sexuell lust

förstoppning

minskad salivproduktion och tårsekretion

depressiva vanföreställningar

menstruationsstörningar

DEPRESSION PÅVERKAR DE FLESTA AV MÄNNISKANS FUNKTIONER

tänkande

känsloliv

viljeförmåga

vareblivning och tolkning av verkligheten

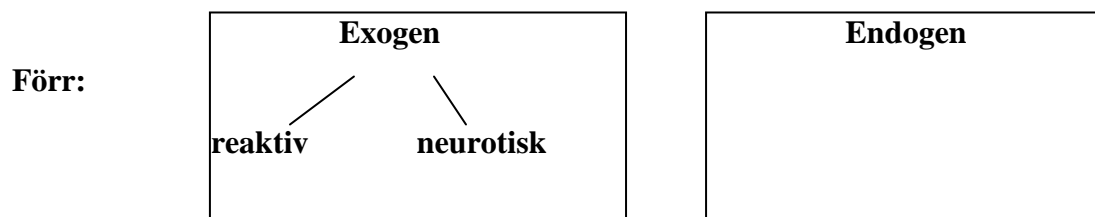
självbild

energinivå

sömn

aptit

VARFÖR BLIR MAN DEPRIMERAD?



- Två olika sorters depression
- Exogen depression skulle ha psykoterapi
- Endogen skulle ha läkemedelsbehandling eller elbehandling
- Exogen depression kunde övergå i endogen depression, ”melankolisk”
- Depressionen ”primär” eller ”sekundär”

VARFÖR BLIR MAN DEPRIMERAD?

Nu: **Stress- och sårbarhetsmodellen**

A./ ***Biologisk sårbarhet***

- faktorer före födelsen
- faktorer efter födelsen

B./ ***Stress***

- långvariga kroniska påfrestningar
- akut belastning

- Samverkan mellan akuta påfrestningar och personens sårbarhet för depression
- Sårbarheten ökar med antalet depressionsepisoder

Depressionens djup - ej dess förmodade orsaker - avgör numera vilken behandling som skall ges

KAN MAN INTE FÅ VARA DEPRIMERAD?

NEJ!

- Lidande
- Risk för självmord
- Förhöjd dödlighet hos depressionspatienter även om självmorden räknas bort
- Depression hos patient med kroppslig sjukdom ökar dödligheten i denna sjukdom
- Depression förefaller öka risken för kroppslig sjukdom
- Depressioner får ofta konsekvenser för patientens liv även då han/ hon är frisk
- Prognosen försämras med varje nytt skov
- Episoderna blir ofta allt längre och alltmer svårbehandlade
- Allt mindre påfrestningar synes behövas för att utlösa varje nytt skov
- Risk ”fastna” i kronisk depression

NÄR ÄR DEN LEDSNE DEPRIMERAD?

1./ Okomplicerad sorg

- ”Får” ha symtom som vid depression, men ej längre tid än två månader
- Men den kliniska bilden får inte karakteriseras av:

*långvarig och uttalad funktionsnedsättning
sjuklig upptagenhet av värdelöshet
psykomotorisk hämning
psykotiska symtom
självordstankar*

- Dock ”får” man ha:

*övergående upplevelser av att se den avlidne
övergående upplevelser av att höra den avlidnes röst
skuldkänslor kring sådant man gjort eller underlåtit att göra vid dödsfallet
dödstankar som begränsas till att man tänker att det vore bäst om man själv
också fick dö eller hade dött samtidigt med den bortgångne*

2./ Krisreaktion/ anpassningsstörning

- Inom tre månader efter påfrestningens debut
- Högst sex månaders varaktighet
- Ger funktionsnedsättning med avseende på arbete/ skola, vanliga sociala aktiviteter eller relationer till andra människor
och/ eller
symtom som överstiger vad man vanligen kan förvänta sig som en normal reaktion på påfrestningen ifråga
- Vanliga symtom är:
*ångest
nedstämdhet
hopplöshetskänslor
stört beteende
kroppsliga symtom
social tillbakadragenhet
arbets-/ studiesvårigheter*
- Får ej vara ett fall av okomplicerad sorg eller fylla kriterierna för någon annan psykiatrisk störning
- D.v.s. då bilden överensstämmer med den vid t.ex. depression tar denna diagnos över och behandling skall ges därefter

SAMMANFATTNING, SORG OCH KRISREAKTIONER

- Kan vara mycket svårt för såväl läkare och övrig vårdpersonal som för patienten själv att avgöra när en behandlingskrävande depression har utvecklats
- Risk att patienten ej får pröva behandling

KAN DET VARA NÅGOT ANNAT ÄN DEPRESSION?

(DIFFERENTIALDIAGNOSER TILL "VANLIG" EGENTLIG DEPRESSION)

0. "Naturlig nedstämdhet"

Förståelig nedstämdhet och begränsade associerade symtom, som reaktion på någon form av påfrestning. Kan reflekteras, bearbetas, leda till förändring, så att symptomen viker...
...eller utvecklas till:

1. Krisreaktion/anpassningsstörning ("maladaptiv stressreaktion")

Nu större lidande, fler besvär, större funktionspåverkan (socialt/arbete/familj)
Om reaktionen fyller kriterierna för egentlig depression så komplettera stödterapin med antidepressivt läkemedel. Om en krisreaktion blir så allvarlig att den fyller DSM-4-kriterierna för någon annan diagnos så är det inte längre fråga om "bara" en krisreaktion!
Kan utvecklas till t ex en egentlig depression

2. Okomplicerad sorg

Reaktion på närståendes bortgång. Kan likna depression men bör ej vara längre tid än en till två månader, och ej innefatta patologiskt sänkt självkänsla, självmordstankar, hämning, psykotiska symtom, dygnsrytm eller långvarig och uttalad funktionsnedsättning. Dock "får" man ha övergående upplevelser av att se den avlidne eller av att höra hans röst, skuld känslor kring sådant man gjort eller underlåtit att göra vid dödsfallet, dödstankar som begränsas till att man tänker att det vore bäst om man själv också fick dö eller hade dött samtidigt med den bortgångne

"Depressionsstege":

"naturlig" nedstämdhet

|

krisreaktion/livskris/sorg

|

”maladaptiv” stressreaktion

|

eg depression

|

eg depression med melankoli

Naturlig nedstämdhet vs egentlig depression – gradskillnad eller artskillnad?

Både och! Dygnsrytm, aptitförlust, skuldkänslor, vanföreställningar o s v är kvalitativt annorlunda, patienten är inte bara *mer* ledsen. Djupt deprimerad patient ibland inte ledsen ö h t, snarare känslomässigt avstängd. Funktionsförlust. Vissa yttringar av depression svårförståeliga utifrån ett psykologiskt perspektiv. Väl etablerad tenderar depressionen att leva sitt eget liv

3. Dystymi (~ ”neurotisk depression”)

Låggradigt men långvarigt (>2 år) depressionstillstånd där symtomen ej räcker till för diagnosen egentlig depression. 30-90 % har även underliggande personlighetsstörning. Ibland pålagras episod med egentlig depression. Stort lidande över tiden. Stor suicidrisk. Överväg specialistkonsultation

Dystymi + egentlig depression = ”dubbel depression”

4. Mild depressiv episod (ICD-10)/ Minor depression

Som egentlig depression beträffande durationen (> 2 v) men ej tillräckligt antal symtom för diagnosen. Livstidsprevalens upp till 30 å 9 %. Vid återkommande lätt depression som ger funktionssvikt bör AD prövas om MADRS-poängen är minst 12-14/60.

5. Kortvariga upprepade depressioner (ICD-10)/ Brief recurrent depression

Symtombild som vid egentlig depression, men skovet varar bara 2-3 dagar (mindre än två veckor). Istället ofta återkommande episoder (var månad). Livstidprevalens ev upp till 30 å 14%. Suicidrisk. Specialistremiss

(Kortvariga stämningslägesförskjutningar diagnostiskt mycket knepiga, kan vara t ex:

”labil” depression

kortvariga upprepade depressioner

borderline personlighetsstörning

bipolär 1-2-3

maladaptiv anpassningsstörning, m fl)

6. Ångestsyndrom

Generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, tvångssyndrom, social fobi, specifik fobi, PTSD, agorafobi...

7. Ångest-depressivt blandtillstånd (ICD 10)

Detta kan numera vara svaret på huruvida patienten ”egentligen” har en depression eller ett ångesttillstånd!

8. Egentlig depression som del i bipolär sjukdom

Bipolär 1 (mani) eller bipolär 2 (hypomani). Specialistremiss för ställningstagande till litium/antiepileptika

9. Cyklotymi

Låggradig bipolär sjukdom. Omväxlande dystymi och hypomani. Specialistremiss

10. Blandad affektiv störning

Depressiva och maniska symtom samtidigt. Vanligt, förekommer hos kanske 30-40 % av de med bipolärt syndrom. Allvarligt, svårdiagnostiserat, svårbehandlat, hög suicidrisk

11. Personlighetsstörning

Borderline, narcissistisk, histrionisk, osv.

12. Schizoaffektiv sjukdom

Symtombild som vid schizofreni men med samtidigt förekommande recidiverande egentliga depressionsepisoder och/eller maniska episoder

13. Depression sekundär till annan psykiatrisk sjukdom

Schizofreni, personlighetsstörning, ångestsjukdom, missbruk

14. Depression orsakad av läkemedel eller kroppslig sjukdom

15. Depression orsakad av drog/drogabstinens

Det tar fyra till sex veckors avhållsamhet innan en abstinensbetingad depressiv reaktion kan skiljas från en ”äkta” depression

16. "Depression UNS"

Diverse svårklassificerade depressionstillstånd, däribland:

Premenstruellt dysforiskt syndrom

Symtom veckan före menstruation (nedstämdhet, oro, känslomässig labilitet, minskat intresse för aktiviteter). Påtagliga besvär som påverkar funktionsförmågan. Symtomen försvinner helt veckan efter menstruationen

17. Ytterligare i någon mån besläktade tillstånd är:

Fibromyalgi

Kroniskt trötthetssyndrom

Elöverkänslighet

Utbrändhetssyndrom

Somatoforma syndrom

Manlig depression (?):

sänkt stresstolerans
utagerande
aggressivitet med bristande impuls kontroll
antisocialt beteende
missbruksbenägenhet
depressivt tankeinnehåll
oftare suicid
sämre insikt om sitt hjälpbehov
mer sällan kontakt med sjukvården
sämre compliance beträffande olika behandlingsstrategier

ANAMNES

(Om möjligt även från anhöriga)

- Hereditet
- Social situation
- Missbruk
- Tidigare + nuvarande somatiska sjukdomar

- Tidigare och nuvarande psykiatriska sjukdomar
 - depression
 - dystymi
 - hypomani – mani
 - psykos
 - suicidförsök
 - tidigare psykiatriska mediciner
(tid, effekt, biverkningar)
 - årstidsvariation

- Aktuellt sjukdomsförlopp inklusive debut, utveckling, duration, ev. utlösande faktorer/negativa livshändelser, påverkan på patientens funktionsförmåga beträffande familj, yrke och socialt
- Suicidalitet
- Aktuell medicinering
- Överkänslighet

SOMATISK UTREDNING

Några tänkbara somatiska orsaker till depression:

- Demens
- Parkinson
- Temporallobsepilepsi
- Cerebrovaskulär lesion
- Borrelia
- HIV
- Malignitet - hjärntumör, pancreascancer, m.fl.
- Anemi inklusive B₁₂-folsyrabrist
- Diabetes mellitus
- Tyroidearubbning, ffa hypotyreos
- Paratyroidearubbning, ffa hyperfunktion
- Cushings syndrom
- Addisons syndrom
- Läkemedelsbehandling - cortison, betablockerare, kalcium-antagonister, p-piller, neuroleptika



Alltid

- Somatiskt status
- Neurologiskt -"-
- Psykiatriskt -"-

Överväg

- CT skalle/ MR skalle
- EEG
- Hb
- B₁₂- Erytrocyt-folat (metylmalonsyra vid lågt B₁₂)

- Elektrolyter
- S-Calcium
- f-B-glukos
- Tyroideaprover
- dU-Cortisol
- Virustitrar

NÄR ÄR DET RISK FÖR SJÄLVMORDSFÖRSÖK?

1. Tidigare suicidförsök — mycket stor riskfaktor

2. Högt på suicidala stegen, d.v.s. åtminstone suicidtankar

Suicidförsök
Suicidplaner/ suicidavsikter/ suicidmeddelanden
Suicidtankar
Dödsönskan
Hopplöshetskänsla
Nedstämdhet

3. Tung hopplöshetskänsla/ förtvivlan (även om dödsönskan/ suicidtankar negeras)

4. Ältande oavledbar patient med kognitiv konstriktion ("tunnelseende")

5. Svårartat somatiserande patient

6. Hög ångestnivå (ska behandlas farmakologiskt)

7. Allvarligt personlighetsstörd patient med nedsatt impuls kontroll

8. Bristande verklighetsförankring — svåra skuldkänslor, depressiva vanföreställningar

9. Suicid i släkten

10. "Klassiska" riskfaktorer — "ensamboende alkoholiserad äldre man med somatisk sjuklighet och dåligt socialt nätverk"

11. Situation som innebär förlust eller hot om förlust — separation, konkurs

12. Situation där man känner sig kränkt eller utsatt för vanära — avsked, konkurs, körkortsindragning

13. Suicidrisken kan öka initialt under behandlingen — hämningen släpper innan humöret stiger, alternativt ångestförstärkning första vecka

14. Dålig kontakt under samtalet — omöjliggör en tillförlitlig suicidriskbedömning

ÄR ÄLDRE OFTARE DEPRIMERADE ÄN YNGRE?

- 15 % vid en viss tidpunkt
- 30-40 % på somatisk sjukdom
- Minst 40 % av de med kroppslig sjukdom som demens, stroke och Parkinsons sjukdom
- 1/5 får adekvat behandling

SER DEPRESSIONEN ANNORLUNDA UT ÄN HOS YNGRE?

- Ofta smygande debut och långdraget förlopp
- Symtomen mindre tydliga och diagnosen svårare att ställa
- Fyller oftast ej strikta DSM-IV-kriterier för egentlig depression
- Atypiska/ maskerade former vanliga
- Vanliga symtom är:

*ångest
sömnstörning
hypokondri
trötthet
smärta och värk
mag-tarmbesvär
minnesstörningar
vanföreställningar*

- Först vid direkta frågor framkommer att livslusten och intresset för sociala kontakter minskat
- Större självmordsrisk än hos yngre
- Missas diagnosen är risken ett onödigt lidande under återstoden av patientens liv
- Man får ofta pröva en tids behandling vid oklar bild

VARFÖR ÄR DEPRESSION VANLIGARE HOS ÄLDRE?

- Degenerativa hjärnförändringar som demens, CVL, och Parkinsons sjukdom vanligare
- Troligen samband mellan demens och åldersdepression
- Kroppsliga sjukdomar vanligare
- Existentiella och psykologiska faktorer
- Till isoleringen bidrar försämrad syn och hörsel

BEHANDLING AV DEPRESSION HOS ÄLDRE

- Känsliga för biverkningar → SSRI-preparat ofta bästa medlet
- Tar ofta flera månader innan behandlingen gradvis börjar ge resultat
- Ofta lång tids behandling

DEPRESSION HOS BARN OCH UNGA

- Depression finns!
- Relativt vanligt, prevalens 2-7 % (som hos vuxna)
- Specialistangelägenhet, men ni träffar patienten först
- Kan fylla i psykiatrisk egenbedömning från 7-8 års ålder
- Suicidförsök vanliga: vid 16 åar har 7 % av flickorna och 2 % av pojkarna försökt ta livet av sig
- Majoriteten av bipolära patienter debuterar före 18 åar
- Dystymi debuterar vanligen i ungdomsåren, ibland redan vid 5-6 åar

SYMPTOM (BARN OCH UNGA)

- Samma depressionskriterier som för vuxna kan användas
- Antisocialt/ utagerande beteende
- "Lägger av", förändring av funktionen och beteendet hemma och i skolan
- Betygen sjunker
- Isolerar sig från kamraterna
- Irritabilitet vanligare än tydligt sänkt grundstämning
- Sömnstörning ofta i form av omvänd dygnsrytm — vänder på dygnet
- Kroppsliga symtom mycket vanligt
- Trötthet mycket vanligt
- Psykomotorisk hämning ovanligt

RISKFAKTORER (BARN OCH UNGA)

- Ärftlighet
- MBD-DAMP
- Fysiska handikapp
- Medicinska handikapp
- Ätstörningar
- Förluster, tidiga separationer
- Hög aggressionsnivå
- Dålig konfliktlösningsförmåga
- Missbruk
- Misshandel — övergrepp

FÖRLOPP (BARN OCH UNGA)

- Obehandlad depression tar 6-9 månader
- Risk för ny episod inom 8 år 75-100 %
- Kroniskt förlopp 10-20 %
- Risk för bipolär sjukdom 20 %

BEHANDLINGSALTERNATIV VID DEPRESSION

A./ PSYKOTERAPI *Stödterapi*

Interpersonell psykoterapi
Kognitiv psykoterapi } *Dokumenterad effekt både vid akutbehandling och som profylax*

Psykodynamiskt orienterad terapi

Kognitiv psykoterapi

- Dysfunktionell tankeprocess
- Klargöra de depressiva föreställningarna och deras effekt på känslor och handlingar
- Successivt lämna över ansvaret till pat.
- Lätt till medelsvår depression kognitiv terapi = TCA

Interpersonell terapi

- Fokus på mellanmänskliga relationer
- Psykodynamisk grund
- Manualstyrd
- Effekt = kognitiv terapi
- Återfallsprofylax mitt emellan TCA och placebo

Psykodynamisk terapi

- Olämplig till en början
- Senare i förloppet
- Obearbetade förluster
- Affektiv kontroll och reaktionsmönster

B./ LÄKEMEDEL

- Akut
- Underhåll
- Förebyggande

Antidepressiva, Litium, Antiepileptika m.fl.

C./ ECT

Kan bli aktuellt vid:

Svåra depressioner med *melankoliska drag*
suicidrisk
vanföreställningar
konfusion
mat-/ dryckesvägran
stuporösa drag
besvärande medicinbiverkningar

Samt vid depression *hos äldre somatiskt sjuka*
hos gravida
postpartum

- Vanligen 3 per vecka
- 5-12 behandlingar

D./ LJUSBEHANDLING

- Artificiellt fullspektrumljus
- Säsongsbundna depressioner (SAD)
- 10 x 2 timmar, morgonen
- Klinisk effekt efter 2-5 ggr
- Risk för överslag

ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL

1. *Icke selektiva monoaminåterupptagshämmare*

Hämmar återupptaget av neuronalt frisatt noradrenalin och serotonin

a/ Tricyklika, TCA **Klomipramin/ Anafranil**
Tryptizol/ Saroten
Sensaval
Tofranil
Tymelyt
Surmontil
Concordin

b/ Tetracyklika **Ludomil/ Maprotilin**

Biverkningar, a+b: - Antikolinerga (muntorrhet, förstoppning, urinretention,
ackommodationsstörningar, kognitiva störningar,
hjärtpåverkan) - Ortostatism
- Vikt ↑
- Kardiotoxiskt vid överdos (ej Tymelyt)
- "Serotonerga" biverkningar för vissa preparat, se nedan

c/ "SNRI" **Venlafaxin (Efexor)**

Biverkningar, c: - ↑ blodtryck
- "serotonerga" biverkningar, se nedan

2. *Selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI*

Citalopram (t ex Cipramil, Citalopram)
Escitalopram (Cipralext)
Paroxetin (t ex Seroxat, Paroxetin)
Fluoxetin (t ex Fluoxetin, Seroscand, Fontex)
Sertralin (Zoloft)
Fluvoxamin (Fevarin)

"Serotonerga" biverkningar: - illamående och diarré, ffa initialt
- huvudvärk
- ↑ svettning
- tremor
- sexuella störningar

3. "NARI"

Reboxetin (Edronax)

Biverkningar:

- svettning
- muntorrhet
- förstoppning
- sömnsvårigheter
- obstipation
- miktionsvårigheter

4. Monoaminoxidas-A-hämmare, RIMA

Moclobemid (Aurorix)

Biverkningar:

- illamående/ diarré
- yrsel
- huvudvärk
- sömnbesvär

5. Övriga

a/ Mianserin (t ex Tolvon, Mianserin)

Biverkningar:

- sedering
- yrsel
- ↑ vikt
- perifera ödem
- agranulocytos -sällsynt. Hb, TPK, LPK, B-celler vid infektion

b/ Mirtazepin (Remeron)

Biverkningar:

- sedering
- ökad aptit
- viktuppgång
- agranulocytos -sällsynt. Dock Hb, TPK, LPK, B-celler vid infektion

BEHANDLINGSEFFEKT, ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL

- Skilj på ”efficacy” (terapeutisk potential hos en behandlingsmetod) och ”effectiveness” (effektiviteten i en vanlig klinisk population).
- 60 % av patienter med egentlig depression uppnår ”response”. ”Response” definieras som minst 50 % reduktion av symtomen på en symtomskattningsskala under de 4–8 första veckornas behandling.
- Av de resterande 40 % svarar en del partiellt, en del inte alls.
- Dessa siffror ska jämföras med placebo svaret, där 30 % svarar på placebo.
- Skillnaden mellan behandlingssvaren på aktivt läkemedel och placebo ökar med depressionens djup.
- Svartsvariationen eventuellt större för SSRI-preparaten än för placebobehandlade; en del blir mycket bättre, andra snarare försämrade.
- En god terapeutisk allians mellan doktor och patient synes förbättra behandlingseffekten av det antidepressiva läkemedlet.

BEHANDLINGSVAL – ANTIDEPRESSIVA FARMAKA ELLER PSYKOTERAPI?

- Vid svåra depressioner är AD effektivare än psykoterapi (KBT/IPT) för att häva depressionen
- Vid lindriga – måttliga depressioner ger IPT/KBT lika bra symtomreduktion som läkemedel, men vanligen inte lika fort
- Vid *situationsutlösta* depressioner är en kombination av AD och IPT/KBT bättre än behandlingarna var för sig (enl. Ottosson)
- KBT/IPT reducerar återfallsrisken efter en framgångsrik antidepressiv behandling
- Sammantaget skulle alltså en stor andel deprimerade ha god nytta av IPT/KBT. Emellertid begränsas terapimöjligheterna av den psykiatriska öppenvårdens otillräckliga resurser och av bristen på terapeuter med någon av dessa utbildningar

UTSÄTTNINGSREAKTIONER

Antidepressiva läkemedel är ej beroendeframkallande. De kan däremot ge utsättningsfenomen vid plötsligt utsättande, särskilt av antidepressiva med kort halveringstid. Vanliga reaktioner är yrsel, illamående, sömnstörningar, koncentrationssvårigheter, parestesier, elektriska upplevelser (stötår i nacke och armar i samband med huvudrörelser eller enbart ögonrörelser i sidled), ångest, irritabilitet och huvudvärk.

SEROTONERGT SYNDROM

Vid alltför kraftig stimulering av det serotonerga systemet kan en allvarlig, potentiellt livshotande reaktion uppkomma. Största risken för att utlösa syndromet synes föreligga vid kombinationsbehandling med SSRI-preparat och monoaminoxidashämmare. Kombinationen SSRI + moclobemid är kontraindicerad i Sverige. Även SSRI + litium tros kunna orsaka serotonergt syndrom, liksom SSRI + klomipramin. Symtom vid serotonergt syndrom kan vara psykiska (maniska symtom, konfusion), gastrointestinala (magkramper, diarréer), neurologiska (tremor, myoklonier, dysartri), kardiovaskulära (takykardi, hypertension) och i svåra fall feber och kardiovaskulär kollaps.

INTOXIKATION

Intoxikation med TCA är ett potentiellt livshotande tillstånd med stor risk för kardiella rytmrubbningar, kramper och koma. Blotta misstanken om TCA-intoxikation skall föranleda akut överföring till IVA. Övriga AD är mindre toxiska i överdos men misstanke om intoxication skall förstås leda till omgående remiss till medicinsk akutmottagning.

BEHANDLINGENS VARAKTIGHET

A. Akutbehandling tills patienten åter mår bra (kan ta en eller ett par månader)

B. Fortsättningsbehandling 6-12 månader

- Tills det aktuella skovet kan förväntas vara över
- Varje depression ska behandlas åtminstone sex månader
- Samma dos som var effektiv i akutbehandlingen
- Vid utsättningsförsök nedtrappning under 3-4 veckor. Om patienten försämras ånyo fulldos, nytt utsättningsförsök efter ytterligare sex månader

C. Återfallsförebyggande underhållsbehandling, allt från ett år till livet ut

- För att förebygga *nya* skov då det aktuella skovet är överståndet
- Indikationer (se nedan)
- Skall alltid övervägas vid återkommande depressioner, ty depression är ofta en livslång sjukdom med återkommande episoder, där varje skov ytterligare försämrar prognosen
- Svårt ge generella rekommendationer beträffande behandlingstidens längd. Enligt en studie var återfallsrisken fortfarande hög vid utsättning av AD efter tre års behandling, men sjönk betydligt vid ytterligare två års behandling. Behandlingstidens längd är en individuell bedömning där man får väga in episodernas duration och frekvens, vilken funktionsstörning de orsakat, de negativa följderna av ett återfall, biverkningarna för den aktuella patienten och patientens inställning
- Samma doser som vid akutbehandlingen
- Alla preparat har ej denna indikation, men i praktiken fortsätter man lämpligen med det medel som patienten svarade på i akutfasen
- Initieras/sköts i samråd med specialist

akutbeh.

fortsättn. beh.

förebygg. underhålls beh.



Indikation för återfallsförebyggande underhållsbehandling

1. tre eller flera depressionsepisoder eller...
2. två episoder samt en eller flera av följande riskfaktorer:

- sen debut (>60 år)
- tidig debut (<20 år)
- täta recidiv
- snabba insjuknanden
- hereditet för förstämningssyndrom
- komorbiditet (dystymi, ångestsyndrom, beroendesjukdom)
- allvarliga episoder (inklusive suicidalitet)
- dålig symtomkontroll under underhållsbehandlingen
- dålig arbetsanpassning

FARMAKOKINETIK/ DOSERING

- Samtliga AD elimineras huvudsakligen via Cytokrom P450 systemet, ffa CYP 2D6. 7% av befolkningen saknar funktionellt enzym (debrisoquinhydroxylas) -> riskgrupp för toxiska läkemedelskoncentrationer redan vid låga doser. Det finns även personer med onormalt snabb metabolisering. Plasmakoncentrationen kan variera tiofaldigt mellan olika personer som får samma dos.
- Samtliga AD har stora interindividuella skillnader i bl.a. eliminationshastighet -> stor variation i steady state-koncentration mellan olika individer på samma dos.
- Fluoxetin har mycket lång halveringstid (3-4 veckor), moclobemid mycket kort (1-3 timmar), övriga preparat mer ordinär halveringstid. De flesta AD kan ges en gång per dag.
- Samtliga AD måste doseras individuellt.

INTERAKTIONER

Interagerar med andra läkemedel som metaboliseras av samma enzymssystem (Cytokrom P 450). Försiktighet rekommenderas vid kombinationsbehandling med andra AD/ neuroleptika. H Lundbeck AB har en utmärkt interaktionsmatris som kan rekvideras från företaget. Citalopram och sertralin har mindre interaktionsproblem än de övriga SSRI-preparaten.

PLASMAKONCENTRATIONSBESTÄMNING

- Terapeutiskt intervall: *Tryptizol, Tofranil, Sensaval, Anafranil/Klomipramin*
- Koncentrationsbestämning men ännu inget terapeutiskt intervall: *Cipramil, Zoloft, Fontex, Seroxat, Tolvon, Efexor, Remeron, Edronax, Nefadar m. fl.* Ansträngningar görs för att fastställa terapeutiskt intervall för nyare AD, kontakta respektive företag för dagsaktuell information.
- Indikationer
 - hjälp för att bestämma adekvat dygnsdos
 - osäker compliance
 - misstanke om avvikande metabolisering
 - besvärande subjektiva biverkningar
 - enstaka allvarlig biverkan
 - polyfarmaci (interaktionsrisk)

INDIKATIONER FÖR BEHANDLING MED AD, ALLMÄNNA SYNPUNKTER

- Många antidepressiva läkemedel, framförallt SSRI, är effektiva vid en rad tillstånd med ofta betydande inslag av ångest:
 - panikångestsyndrom
 - social fobi
 - generaliserat ångestsyndrom
 - tvångssyndrom
 - posttraumatiskt stressyndrom
 - bulimi
 - premenstruellt syndrom
 - smärtsyndrom (osäker dokumentation)
- Depressionens djup - ej dess förmodade etiologi - avgör om behandlingsindikation föreligger. Ty episoden kan bli autonom även om ev. utlösande faktor elimineras. Även depression sekundär till somatisk eller annan psykiatrisk sjukdom kan svara gynnsamt på AD.
- Egentlig depression med melankoli - *ska* behandlas med AD/ ECT.
- -"- -"- utan melankoli - *alltid rätt* behandla farmakologiskt.
- Dystymi - bör behandlas med AD.
- Typisk depressionsbild och MADRS > 20/60 poäng -> indikation för AD föreligger. T.ex. vid "lätt depression" med funktionssvikt.
- Direkt vid recidiv av depression. Invänta ej "tillräckligt" djup.
- OK behandla vid misstanke om depression även om symtomen ej är så typiska och tillståndet ej uppfyller DSM-IV-kriterierna för egentlig depression.
- Bipolär patient (ett maniskt skov räcker) ska ej ha AD, utan skall till specialist för ställningstagande till litiuminsättning

PREPARATVAL

- ◆ Inga effektskillnader påvisade mellan olika preparat eller preparatgrupper i öppen vård
- ◆ Det finns dock studier som tyder på att icke selektiva monoaminåterupptagshämmare är mer effektiva än SSRI-preparat vid behandling av djupt deprimerade sjukhusvårdade patienter.
- ◆ Om tidigare använt preparat haft god effekt -> använd gärna detta.

ECT

Allmänt

- *Krampanfall mot schizofreni sedan 1930-talet*
- Anfallen framkallades först med farmaka, och ett par år senare på elektrisk väg
- Man upptäckte snart att behandlingen var effektivast mot depression
- Ytterst effektivt vid rätt indikation, ffa djupa depressioner med melankoliska eller psykotiska drag
- Psykiatrins - i allmänhetens ögon - mest omtvistade behandlingsmetod, trots att det är den mest effektiva av psykiatrins behandlingsmetoder

Indikationer

Svåra depressioner med

- melankoliska drag
- suicidrisk
- vanföreställningar eller andra psykotiska inslag
- konfusion
- mat/dryckesvägran
- stuporösa drag
- besvärande medicinbiverkningar
- bristfällig effekt av antidepressiva läkemedel

Samt vid depression

- hos äldre somatiskt sjuka (hjärtsvikt, urinstämning)
- hos gravida
- postpartum

Kan därtill ibland ges vid

- cykloid psykos
- katatoni
- svår mani ("delirium acutum") med förvirring, dehydrering, motorisk agitation, farmakaresistens
- psykogen psykos med konfusion
- malignt neuroleptiskt syndrom
- schizofreni
- Parkinsons syndrom

Kan vid framgångsrik behandling även användas som profylax mot återfall

Dålig-obefintlig effekt

- krisreaktioner och reaktiva depressioner utan melankoliska eller psykotiska inslag
- personlighetsstörningar med depressiva drag
- dystymi

Metod

- Information
- Vanligen ineliggande
- Sätt ut bensodiazepiner och antidepressiva
- Fasta från midnatt
- Kortvarig masknarkos
- Muskelrelaxantia (cerebrala epileptiska aktiviteten det verksamma, ej kramperna)
- Syrgas i överflöd
- Framkallar genom elektrisk stimulation grand mal med minimala perifera manifestationer, 30 – 60 sekunder
- Unipolärt eller bipolärt
- Registrerar EEG och EKG under anfallet
- Stimuleringen avbryts när den kloniska aktiviteten blir tonisk
- 6-8 behandlingar (1-14), 3/vecka
- Efter avslutad ECT insättes antidepressivt läkemedel
- Störst återfallsrisk första veckorna efter behandlingen

Utredning (se separat dokument på intranätet)

- Somatisk us – hjärtsvikt, hypertoni etc?
- Hb, elektrolyter, kreatinin, EKG, ev rtg cor-pulm, ev medicinkonsult

Fördelar

- Snabbt insättande effekt
- Lindriga biverkningar
- Ofarligt

Biverkningar

- *Övergående närminnesstörning – anterograd och retrograd amnesi. Ffa konsolideringen störd. Samtidigt förbättras inlärningen, som är nedsatt pga depressionen*
- *Huvudvärk*
- Förvirring, ffa hos redan kognitivt nedsatta patienter
- Risk för hypomant överslag om bipolär disposition
- Komplikationer sällsynt (laryngospasm, tandlossning)
- Risk för dödsfall = anestesirisken, 1-2/100 000 = 0.001 – 0.002 %. Jfr risken dö i obehandlad depression = 15 %

Verkningsmekanism

Dåligt känt. Tänkbart är

- minskad frisättning av NA och normalisering av de noradrenerga receptorernas känslighet
- ökad känslighet hos 5-HT-receptorer
- ökad känslighet hos DA-receptorer

- frisättning av GABA

Kontraindikationer

1. Färsk hjärtinfarkt
2. *Alla tillstånd där intrakraniell blodtrycksstegring måste undvikas*
 - aortaaneurysm
 - arteriella cerebrala aneurysm
 - förhöjt intrakraniellt tryck

BEHANDLINGSVAL – ANTIDEPRESSIVA FARMAKA ELLER ECT?

- Vid djupa depressioner med melankoliska /psykotiska inslag är ECT effektivast och ger snabbast resultat. Detta är förstås värdefullt vid hög suicidrisk. Även vid andra situationer (v g se rubriken indikationer ovan) är ECT ibland att föredra
- Ju djupare depression, desto större effektskillnad mellan ECT och övriga behandlingsmetoder
- Alternativet till ECT vid psykotisk/melankolisk depression är en kombination av antidepressivt - och antipsykotiskt läkemedel (ej bara AD)
- Efter ECT behöver AD/litium sättas in för att förhindra återfall (annars återfaller 25 % inom tre veckor och 50 % inom ett halvår). Glest administrerad ECT sannolikt minst lika effektivt som AD i återfallsförebyggande syfte, men detta används ej i någon större omfattning

BEHANDLINGSSTRATEGI, PRAKTISK HANDEDNING

1. Diagnostik

- Kriteriebaserad
- Förstående - förklarande hållning
- Skattningsskalor (*CPRS-S-A*, *MADRS*)

2. Avgör vårdnivå

- Primärvård
- Psykiatrisk öppenvård
- Slutenvård
- LPT?

3. Information

- Beskriv tillståndet. Gärna patientinformationsbroschyr
- AD - ej vanebildande, skiljer sig från bensodiazepiner
- Man blir icke någon "zombie"
- Förväntade biverkningar av medicinen
- Effektlatensen vanligen 2-3 veckor, men kan variera från 0-8 veckor
- Risk att bli ytterligare försämrad första veckan ("bromssträcka")
- Viss risk att patienten ej svarar på preparatet, i så fall får man byta till ett annat
- Informera gärna anhöriga
- Inget motsatsförhållande mellan AD och samtalsbehandling. De förstärker varandras effekt

4. Psykologiskt stöd A och O!

- Kontinuitet - regelbundenhet
- Containerfunktion
- Ställföreträdande hopp
- Modell för problemlösning
- Nya perspektiv
- Ge mod till förändring
- Stärka självtillit

5. Tillgänglighet per telefon vid behov

6. Snart återbesök (inom 7-10 dagar)

7. Undanröj, om möjligt, eventuella utlösande faktorer

(konflikter, psykosociala problem, missbruk, somatisk sjukdom, läkemedel)

8. Preparatval

- Inga övertygande skillnader
- Biverkningsmönstret skiljer
- SSRI, moklobemid, mianserin fördelaktiga

9. Stegvis dosökning

Avgörs av de initiala biverkningarna. Dosen individuell för samtliga AD.

10. Behandla ångest och sömnstörning symtomatiskt. *Ångesten är suicid drivande!*

Bensodiazepiner eller antihistaminer. Ej neuroleptika.

11. Följ förloppet med psykiatrisk egenbedömning från start

Be patienten ta med sig nyifyllt formulär till varje återbesök.

12. Behandla åtminstone sex månader

Därefter eventuellt försiktigt utsättningsförsök under 3-4 veckor (gradvis dosminskning).

Om patienten då försämras → ånyo full dos. Men kontrollera att ej indikation för långtidsprofylax föreligger före utsättningsförsök.

Indikation för långtidsprofylax

1. Tre eller flera depressionsepisoder

2. Två episoder samt en eller flera av följande riskfaktorer:

- sen debut (>60 år)
- tidig debut (<20 år)
- täta recidiv
- snabba insjuknanden
- hereditet för förstämningssyndrom
- komorbiditet (dystymi, ångestsyndrom, beroendesjukdom)
- allvarliga episoder (inklusive suicidalitet)
- dålig symptomkontroll under underhållsbehandlingen
- dålig arbetsanpassning

13. Vid utebliven effekt efter 3-4 veckor → diskutera med patienten huruvida pat. tar sin medicin som ordinerat

Överväg plasmakoncentrationsbestämning och/ eller specialistkonsultation

BEHANDLING AV DEPRESSION HOS SPECIELLA PATIENTGRUPPER

1. Depression hos äldre

- ? Prevalens 15%
- ? 30-40% av patienter på somatiska sjukhem visar depressiva symtom
- ? Långdraget förlopp, ej lika tydliga skov som i yngre ålder. Ofta smygande debut
- ? Symtomen mindre tydliga och diagnosen svårare att ställa än hos yngre. Fyller ofta ej strikta DSM-4-kriterier för depression
- ? Bilden präglas ofta av oro, ångest, sömnproblem och somatiska besvär
- ? Förväxla ej depression med blödighet (oförmåga kontrollera känslor) som är vanligt vid hjärnskador
- ? Större självmordsrisk än hos yngre

Behandling:

- ? SSRI - förstahandspreparat
- ? Aurorix - OK ur biverkningssynpunkt, men sämre effektdokumentation än för SSRI
- ? Tolvon - sederingen negativ för somliga äldre
- ? TCA - med stor försiktighet p.g.a. lägre tolerans för antikolinerga- och kognitiva biverkningar
- ? ECT - vid djupa depressioner
- ? Tar ofta flera månader innan behandlingen gradvis börjar ge resultat
- ? Ofta lång tids behandling

2. Depression hos barn och unga

- ? Depression finns!
- ? Relativt vanligt, prevalens 2-7%
- ? Specialistangelägenhet, men andra träffar patienten först
- ? Kan fylla i psykiatrisk egenbedömning från 7-8 års ålder
- ? Suicidförsök vanliga: vid 16 år har 7% av flickorna och 2% av pojkarna försökt ta livet av sig
- ? Majoriteten av bipolära patienter debuterar före 18 år, ibland redan vid 6-7 år
- ? Dystymi debuterar vanligen i ungdomsåren, ibland redan vid 5-6 år

Symtom:

- ? Samma depressionskriterier som för vuxna kan användas
- ? Antisocialt/ utagerande beteende
- ? "Lägger av", förändring av funktionen och beteendet hemma och i skolan
- ? Betygen sjunker
- ? Isolerar sig från kamraterna
- ? Irritabilitet vanligare än tydligt sänkt grundstämning
- ? Sömnstörning ofta i form av omvänd dygnsrytm — vänder på dygnet
- ? Kroppsliga symtom mycket vanligt
- ? Trötthet mycket vanligt
- ? Psykomotorisk hämning ovanligt

Riskfaktorer

- ? Ärftlighet

- ? DAMP/ADHD
- ? Fysiska handikapp
- ? Medicinska handikapp
- ? Ätstörningar
- ? Förluster, tidiga separationer
- ? Hög aggressionsnivå
- ? Dålig konfliktlösningsförmåga
- ? Missbruk
- ? Misshandel - övergrepp

Förlopp (barn och ungdom)

- ? Obehandlad depression tar 6-9 månader
 - ? Risk för ny episod inom 8 år 75-100 %
 - ? Kroniskt förlopp 10-20 %
 - ? Risk för bipolär sjukdom 20 %
- Ska till specialist för bedömning och ibland farmakologisk antidepressiv behandling.

3. Depression vid somatisk sjuklighet

- ? Hos 20-30% av sjukhusvårdade patienter
- ? Psykosociala åtgärder viktiga
- ? Om duration och symtombild räcker till för diagnosen ”egentlig depression” skall tillståndet behandlas på samma sätt som då somatisk sjuklighet ej föreligger
- ? Patienterna ofta äldre och biverkningskänsliga ? SSRI förstahandsval

A./ Demens

- Depressionen ofta del av demenssjukdomen, särskilt i början
- SSRI/Aurorix vid depression och oro. Ej TCA

B./ Parkinsons sjukdom

- Depression vanligt
- Depressionen förbättras ofta av behandlingen mot grundsjukdomen
- -”- -”- -”- AD. SSRI i första hand
- ECT temporärt effektivt mot såväl de motoriska symtomen som mot depressionen
- MAO-B-hämmare (Eldepryl) kan ha gynnsam effekt mot depressionen men bör ej kombineras med AD

C./ Cerebral insult

- Cerebral cirkulationsstörning -> mycket ofta depressiva/ anxiösa symtom. Särskilt då skadan är lokaliserad frontalt på vänster sida. Organisk effekt
- AD värdefullt. Reducerar depressionen -> rehabiliteringen går bättre

4. Kronisk smärta

- 10% av befolkningen har långvariga smärtsyndrom som kräver medicinska åtgärder. 25% av dessa fyller kriterierna för egentlig depression (enligt Läkemedelsverket)
- AD kan användas som adjuvans till analgetika för att behandla kroniska smärtsyndrom oavsett om ett samtidigt depressivt syndrom föreligger eller ej. Fullgod dokumentation endast för Tryptizol, Imipramin och Anafranil. Studier av SSRI har gett motsägelsefulla resultat.

5. Depression vid alkoholmissbruk

- 1/3 av patienter med affektiv sjukdom har även alkoholmissbruk eller -beroende
- Depressiva symtom vanligt under första månadens alkoholabstinens. Behöver sällan behandlas med AD då
- Om depressionen kvarstår mer än 4-6 veckor ? behandla. SSRI bra. Används på försök även för att minska suget. Även Buspar populärt preparat hos alkoholister mot ffa ångest
- 10-15% av alkoholberoende personer har även egentliga depressionsepisoder, då ofta efter längre tids alkoholfrihet

TÄNKBARA ÅTGÄRDER VID DEPRESSIONSBEHANDLING, SAMMANFATTNING

Alltid: Läkarmedicering, stödjande samtalskontakt

Vanligen: Antidepressiv medicinering

Därtill: Åtgärder riktade mot problem och utlösande/vidmakthållande faktorer enligt nedan (om möjligt)

Tänkbara orsaker och utlösande / vidmakthållande faktorer:

Ärftlighet

Biol. fakt. före/efter födelsen

Barndom-uppväxt

- separationer
- förluster
- missbruk
- psyk sjd
- emotionell försummelse

Kroppslig sjd

Missbruk

Annan psykisk sjd, till exempel ångestsjukdom eller personlighetsavvikelse

Sociala/existentiella problem

- skilsmässa
- ensamhet
- konflikter
- arbetslöshet
- för mkt arbete
- för höga krav socialt/på arbetet
- understimulering
- ekonomiska problem
- övriga förluster och livshändelser

osv

BIPOLÄRT SYNDROM

Symtombild, hypoman/ manisk episod:

- förhöjd/irritabel/expansiv sinnesstämning
- förhöjd självkänsla
- minskat sömnbehov, pigg ändå
- mer pratsam än vanligt
- tankeflykt, tankarna rusar
- lätt distraherad
- överenergisk, drar igång projekt han/hon ej orkar slutföra
- omdömeslöshet, gör bort sig, gör saker som senare kommer att ångras

Diagnostik, affektiva syndrom

Bipolär 1: manisk episod + egentlig depressionsepisod

Bipolär 2: hypoman episod + ” ”

Bipolär 3?

Cyklotymi: under minst två år ett flertal episoder av hypomani och ett flertal episoder av depression, som ej når upp till kriterierna för egentlig depression

Cykloida syndrom /cykloid psykos: – brokig bild med inslag av förvirring, labila affekter och psykotiska symtom. Denna diagnos finns dock ej i DSM IV

”Rapid cykling” – minst fyra skov/år

Blandepisod mani/depression (40 %)

Unipolär mani?

Hypertymi?

Ytterligare beskrivning, enligt DSM IV:

- blandad form – maniska och depressiva symtom samtidigt. Vanligt
 - svårighetsgrad
 - psykotiska symtom
 - svängningsmönster (med/utan fullständig remission)
 - korta svängningsperioder
- etc

Närliggande diagnoser

- personlighetsstörning, ffa borderline
- annan affektiv sjukdom, t ex återkommande korta depressioner
- schizofreni
- schizoaffektiva syndrom
- missbruk
- ADHD/DAMP
- ångestsjukdom

Etiologi/utlösande

- hereditet alt.
- somatiskt – svår grav/förlossning, hjärnskador
- cortison, antidepressiva farmaka
- post partum – cykloid psykos
- psykiska påfrestningar – förluster, äventyrad trygghet

Debutålder

vanligen i tonåren, ibland redan vid 5-6 år

Förekomst

1-2 %

Förlopp/komplikationer/prognos

- 20 % i sjuk fas
- suicid 15-20 %
- förväntad återstående livslängd reducerad med 30 %
- snabbare svängningar, tätare episoder, ibland ”utbränning” med tiden
- ofullständig remission, kognitiva defekter.
- missbruk
- skilsmässa, sönderslagna relationer
- arbetslöshet, ekonomisk katastrof
- bristfällig behandlingsmotivation
- stora samhällskostnader
- diagnostiken svår, många söker ej hjälp, de flesta sannolikt obehandlade
- var går gränsen för litiumbehandling? Antidepressiv medicin ökar risken för mani hos bipolär patient
- hypomani svår att diagnosticera

Vits med sjukdom?

överrepresenterad bland författare och kreativa personer
anhöriga mer kreativa, högre utbildade, större yrkesframgångar

BIPOLÄRT SYNDROM, BEHANDLING

Behandling av mani, akut

- Inläggning, vanligen enligt LPT
- Litium/antiepileptika (valproinsyra, karbamazepin). Mer specifikt antimaniskt än neuroleptika
- Neuroleptika
 - sederande (klorpromazin, levomepromazin)
 - icke sederande (haloperidol, zuklopentixol)
 - atypiskt (olanzapin, clozapin, risperidon)
- Neuroleptika dämpar agitation och oro, men minskar egentligen inte den maniska expansiviteten eller den förhöjda självkänslan
- Bensodiazepin
- ECT (i sällsynta fall vid allvarlig mani)
- Förhindra sociala och ekonomiska katastrofer
- Stimulibegränsning, rofylld miljö, fåtal kontaktpersoner som får representera ”vikarierande omdöme”
- Mat, dryck och sömn
- Tvångsåtgärder ibland av nöden – isolering på rummet, bältesläggning, tvångsmedicinering

Behandling, längre sikt (förebyggande)

- Specialmottagning
- Litium/antiepileptika
- Info om bipolär sjuk – känna igen tidigsymtom, vikten av rytm i livsföringen, utbilda anhöriga
- Familjestöd
- Psykoterapi
- God man
- Undvik alkohol, amfetamin, hasch, sömnbrist
- Hålla rytmen i livsföringen

Indikationer för litiumbehandling

- Akut behandling av mani
- Tillägg vid behandling av unipolär depression där sedvanlig antidepressiv behandling ger otillräckligt resultat
- Profylaktisk behandling av bipolärt syndrom (ett maniskt skov räcker)
- Profylaktisk behandling av unipolära depressioner (alternativt ges annan typ av antidepressivt läkemedel, eller en kombination av detta och litium)

Litiumbiverkningar

se separat bilaga

Litiumintoxikation

- Cerebrala symtom – nedsatt koncentrationsförmåga, apati, slöhet, sopor, förvirring, kloniska kramper, status epileptikus
- Cerebellära symtom - ataxi, dysartri, nystagmus
- Extrapyramidala symtom - grovvågig oregelbunden tremor, koreiforma rörelser
- Neuromuskulära – muskelsvaghet, fascikulationer
- Renala – oliguri, anuri
- Gastrointestinala – illamående, kräkningar

Litiumintox (>1,5 mmol/l) mycket allvarligt, kan ge bestående skador, ska till IVA för bl a ställningstagande till hemodialys

Litiumbehandling i praktiken

- Smalt terapeutiskt intervall. Vanligen 0.6-0.9 mmol/l. Dosen varierar kraftigt mellan olika patienter
- Det gäller att hitta en dos som ger tillräcklig profylaktisk effekt utan alltför besvärande biverkningar
- Det tar 6 – 12 månader för litium att få full profylaktisk effekt
- Serumkoncentrationen ökar av tiazider, NSAID, ACE-hämmare
- Serumkoncentrationen minskar av teofyllin, koffein, teobromin
- Doserar två gånger dagligen
- Känsligt för ändringar i vätskebalansen - infektion, feber, diarré, kräkningar, resa till varmare land, extrem fysisk aktivitet, operation

- Effekten vid akut behandling kommer gradvis (veckor) -> behöver initialt kompletteras med neuroleptika och/eller bensodiazepin
- Regelbundna kontroller vid specialmottagning, där kliniskt tillstånd följes, litiumkoncentrationen kontrolleras liksom en del andra prover. V g se separat bilaga
- Teratogent -> pat ska ha säker antikonception
- ”En gång litium, alltid litium”. Påverkar ej långtidsförloppet, reducerar bara sjukdomsepisoderna så länge behandlingen pågår. Enligt somliga ökar episodfrekvensen till *över* ursprungsnivån vid utsättning

Behandlingsproblem

- Pat vill ej eller avbryter (manin upplevs som drog)
- Biverkningar
- Bristande effekt
- Psykologiska – pat måste hantera konsekvenserna av sina manier
- Graviditet – risk för fosterskada av litium och antiepileptika
- Litiumintoxikation

Michael Rangne, 2003