

OM AFFEKTIVA SJUKDOMAR OCH DERAS HANDLÄGGNING

FÖR LÄKARSTUDENTERNA VID ST GÖRAN VÅREN 2003

Baserat huvudsakligen på

- **Läkemedelsboken 2003-2004**
- **Läkemedelsverkets rekommendationer dec. 1995**
- **”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**

**Michael Rangne
2003-05-15**

INNEHÅLL

SIDA

Vad är egentligen en depression?	3
Hur vanligt är depression?	3
Depressionssyndrom – epidemiologi och allmänt	3
Underdiagnostik vanligt vid ångest- och depressionssjukdomar	5
Tänkbara orsaker till underdiagnostik av psykiatriska sjukdomar	5
Diagnostik och terminologi	7
Symtom vid depression	9
Egentlig depressionsepisod enligt DSM IV	10
Hur många symtom och hur mycket besvär ”måste” man ha?	11
Atypisk/maskerade depression	11
Vad menas med melankoli?	13
Depression påverkar de flesta av människans funktioner	13
Varför blir man deprimerad?	14
Kan man inte få vara deprimerad?	15
Anamnes	16
Somatisk utredning	17
Differentialdiagnoser till ”vanlig” egentlig depression	19
När är den ledsne deprimerad?	23
Sammanfattning, sorg och krisreaktioner	24
Indikationer för psykiatrisk specialistkonsultation	25
Indikation för återfallsförebyggande behandling	26
Suicidrisk, varningssignaler	27
Behandlingsalternativ vid depression	28
Antidepressiva läkemedel	30
Behandlingseffekt, antidepressiva läkemedel	32
Behandlingsval – antidepressiva farmaka eller psykoterapi?	32
Utsättningsreaktioner	32
Serotonergt syndrom	33
Intoxikation	33
Behandlingens varaktighet	34
Farmakokinetik/dosering	35
Interaktioner	35
Plasmakoncentrationsbestämning	35
Indikationer för behandling med antidepressiva, allmänna synpunkter	36
Preparatval	36
Behandlingsstrategi	38
Tänkbara åtgärder vid depressionsbehandling, sammanfattning	40
Komihåglista för depressionsbehandling vid psykiatrisk övm	41
Cost/benefit-aspekter på depressionsbehandling	42
ECT	43
Behandlingsval, antidepressiv läkemedel eller ECT?	45
Behandling av depression hos speciella patientgrupper (äldre, barn, somatiskt sjuka, kronisk smärta, alkoholmissbruk)	46
Dystymi	49
Bipolärt syndrom	51
Behandling av bipolärt syndrom (akut, profylax, litium)	53
Lästips om affektiv sjukdom	56

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

DEPRESSIONSYNDROM — EPIDEMIOLOGI OCH ALLMÄNT

- Livstidsincidens kvinnor 20-40 % (beroende på diagnoskriterier)
 män 10-20 % (beroende på diagnoskriterier)
- Prevalens kvinnor 7 %, män 3-4 %
- Ffa lätta och medelsvåra depressioner har ökat i frekvens de senaste decennierna
- Debutåldern har sjunkit. Majoriteten av patienter med bipolär sjukdom får första skovet före 18 åå. Patienter med unipolära depressioner debuterar i genomsnitt vid 40 åå, men kan debutera redan i barndomen. Tidig debut och ärftlig belastning försämrar prognosen
- Även barn och ungdomar kan bli deprimerade, och skall ibland behandlas farmakologiskt (specialistfall)
- Ofta livslång sjukdom med återkommande episoder. Över hälften av alla individer med förstagångsdepression kommer någon gång att insjukna igen

- En deprimerad patient kan efter debuten tillbringa ca 20 % av sitt återstående liv i deprimerad fas
- Man tror att varje episod på sikt försämrar prognosen
- Ofta blir episoderna allt längre och alltmer svårbehandlade, och de friska intervallen allt kortare
- Förloppsbeskrivning allt viktigare i diagnostiken
- Alltmer angeläget med förebyggande behandling, ibland livslång
- Överdödlighet i självmord (15 % av patienter med svår depression)
- -"- i somatiska sjukdomar
- Depression hos somatiskt sjuk patient ökar mortaliteten i den kroppsliga sjukdomen
- Begreppen endogen och exogen depression används allt mindre. Numera pratar man i termer av stress- och sårbarhetsmodellen. Enligt denna samverkar akuta- och kroniska påfrestningar med patientens individuella - huvudsakligen biologiska - sårbarhet. Ju större sårbarhet desto mindre påfrestningar krävs för att utlösa en depressionsepisod. Det förefaller som om allt mindre påfrestningar krävs för att utlösa varje nytt skov, så att dessa blir alltmer autonoma (kindling- eller sensitiseringshypotesen), dvs sårbarheten ökar med antalet skov
- Depressionens djup — ej dess förmodade etiologi — avgör om den ska behandlas farmakologiskt
- Som framgår ovan finns det alltså en rad goda skäl till att ej underlåta att behandla en patients depression
- ”Nya” diagnoser och termer:
 - Brief recurrent depression (BRD) / Kortvariga upprepade depressioner (ICD-10)
 - Minor depression / Lätt depression (ICD-10)
 - Ångest-depressivt blandtillstånd (ICD-10)
 - Dystymi
 - ”Dubbel depression” (dystymi+egentlig depression)
 - Bipolär 1 (egentlig depression och mani)
 - Bipolär 2 (egentlig depression och hypomani)
 - Bipolär 3 / unipolär 2 (stämningläget oscillerar trots att helhetsbilden är depressiv. Specialistremiss, skall ev ha litium).
 - Rapid cykling (fler än två fullständiga bipolära cykler/år)
 - Blandad affektiv störning (depressiva- och maniska symtom samtidigt)
 - Cyklotymi

UNDERDIAGNOSTIK VANLIGT VID ÅNGEST- OCH DEPRESSIONSSJUKDOMAR

- 1/3 av patienter med klinisk depression söker läkare
- 60 % av dessa får fel diagnos/ rätt diagnos men fel preparat/ rätt diagnos, rätt preparat men fel dos eller behandlingstid
- Enligt en studie beräknas åtminstone 240.000 personer i Sverige vara deprimerade, av dessa söker 80.000 läkarhjälp, varav 30.000 får rätt diagnos och behandling

TÄNKBARA ORSAKER TILL UNDERDIAGNOSTIK AV PSYKIATRISKA SJUKDOMAR (enligt Pär Svanborg och Marie Åsberg, KS)

1. Läkare arbetar under stress och tidsbrist

1 !

Svårt hinna efterfråga depressiva symtom då misstanken är svag

2. Varje specialitet har sitt yrkesspecifika perspektiv

Trötthet, irritabilitet, diffusa kroppsliga obehag

- allmänläkaren misstänker tyroideasjukdom
- psykiatern -"- depression

3. Psykiska sjukdomar har ofta framträdande somatiska symtom

→ patienten vänder sig i första hand till somatisk läkare. Vid framträdande oro och nedstämdhet uppfattar patienten detta som en adekvat psykisk reaktion på det mer konkreta somatiska lidandet

4. Psykiska belastningar föregår ofta debuten av psykiatriska syndrom

-> risk för att såväl patienten som läkaren uppfattar symtomen som förklarliga och förståeliga utifrån den psykiska påfrestningen och lätt missar att t.ex. en djup depression utvecklats

5. Psykiatriska syndrom ger upphov till psykiska konflikter och problem

Psykiatriska syndrom -> sekundära problem och påfrestningar. Dessa uppförstoras och används av t.ex. den deprimerade patienten som en pseudoförklaring av tillståndet

Kroniska ångestsyndrom -> sekundärt missbruk eller patologiska beteendemönster som till sist skymmer den bakomliggande symtombilden

6. Personligheten färgar bilden av psykiatriska syndrom

Avvikande personlighetsdrag kan skymma ett psykiatriskt syndrom. En borderline-personlighets irriterabilitet, instabilitet och agerande förstärks vid depressions- och ångesttillstånd och bedömaren kan lätt förbise depressionen, medan personlighetsstörningen framträder desto tydligare

7. Varje läkare har sitt eget personliga perspektiv

Varje läkare har sin egen inre föreställning om en viss sjukdom.

Varje läkare påverkas av sin egen bakgrund, uppväxt, personlighet och sina egna aktuella livsproblem och konflikter

-> den som t.ex. anser att suicidtankar bara förekommer vid depressioner frågar inte efter sådana hos en patient som ej ter sig deprimerad

-> den som uppfattar alla psykiska symtom som psykologiskt förståeliga inriktar sig mer på förståelsen än på ett systematiskt utforskande av symtomens art och grad

-> den som en gång fått lära sig att tvångshandlingar är rariteter frågar knappast efter sådana

-> den som tror att diagnosen depression innebär att man *måste* behandla med antidepressiva läkemedel, men själv är negativ till denna behandling, undviker kanske att utreda/ställa diagnosen

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. Förstämmningsepisod

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

2. Förstämmningssyndrom

- 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 (stämningsskongruenta / stämningssinkongruenta)
- i partiell/fullständig remission
- kronisk
- med/utan melankoli
- med/utan atypiska symtom
- med/utan postpartumdebut
- med/utan årstidsrelaterat mönster
- med/utan korta svängningsperioder

SYMPTOM VID DEPRESSION

Diagnosen är lätt att ställa om patienten presenterar sig på detta vis (= kriterierna för egentlig depression enligt DSM-IV):

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 vikt förlust 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 skuld känslor, vilka kan vara av vanföreställningskaraktär; dock ej enbart självanklagelser eller skuld känslor 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 suicid tankar utan konkreta planer eller något suicidförsök *eller* konkreta suicidplaner

EGENTLIG DEPRESSIONSEPISSOD ENLIGT DSM-IV

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 symtom (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 symtomen måste antingen vara (1) *nedstämdhet* eller (2) *brist på intresse eller glädje*. För symtom 1-8 gäller också att de måste förekomma *dagligen, eller så gott som dagligen*. Symtom 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. Symtomen 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. Symtomen förorsakar ett *kliniskt signifikant lidande* för patienten eller en *nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan* eller av något annat viktigt funktionsområde.

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

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

Enligt DSM IV minst 5 av 9 symtom från A-symtomen, varav

minst ett av symtomen måste antingen vara (1) nedstämdhet eller (2) brist på intresse eller glädje

symtomen förekommer dagligen, eller så gott som dagligen

symtomen har förelegat under minst två veckor

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

... **och** ibland presenterar sig patienten som bekant istället så här:

- smärtor - värk
- trötthet - kraftlöshet
- parestesier
- oklara GI-besvär
- oro – ångest
- ”jag mår inte bra/ känner inte igen mig själv/ något är fel”. Ältar, och är svår att avleda från detta

Upp till 75% av patienterna söker för kroppsliga besvär vid depression. De tillstånd där ovanligare eller enstaka symtom dominerar bilden kallas **atypisk eller maskerad depression** och brukar delas in i fyra grupper:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 kan man ta reda på vilka av de med dessa atypiska besvär som har en underliggande depression ?

- efterfråga kardinalsymtomen enligt DSM-4-kriterierna ovan eller med MADRS-skattning. Ty om det rör sig om depression har patienten även mer konventionella symtom på detta
- och/eller ge patienten ett självskattningsformulär, t ex MADRS-S
- fråga gärna efter för affektiv sjd typiska signaler som

*dygnsrytm i besvären
periodicitet i besvären
tidigare depressioner eller maniska episoder
hereditet för affektiv sjd*

- fråga anhöriga om patienten är sig själv eller ter sig förändrad

Ibland svårt att avgöra. Patienten får vid rimlig misstanke ev pröva behandling

VAD MENAS MED "MELANKOLI"?

En variant av djup depression med betydande inslag av 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

varseblivning och tolkning av verkligheten

självbild

energinivå

sömn

aptit

KAN MAN INTE FÅ VARA DEPRIMERAD?

Nej! Ty...

- Risk för självmord
- Lidande
- 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

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

- Somatisktstatus
- 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

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 symtomen 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 stödterapi 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, skuld känslor, 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 åå 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). Livstidsprevalens ev upp till 30 åå 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

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
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*

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 farmakologisk behandling, där en sådan krävs för att häva depressionen och möjliggöra bearbetning av den inträffade händelsen (farmakologisk behandling står på intet sätt i motsatsställning till psykologisk hjälp med krisbearbetning)

INDIKATIONER FÖR PSYKIATRISK SPECIALISTKONSULTATION

- 1. Diagnostiska oklarheter**
- 2. Suicidförsök/ suicidrisk/ svårbedömd suicidrisk**
- 3. Djup förstagångsdepression**
- 4. Melankoli/ djup depression med hämning** (MADRS >20/30p / CPRS-S-A, depressionsskalan, > 18/27 p)/ **stuporösa drag/ mat- eller dryckvägran**
- 5. Dramatiskt initialförlopp**
- 6. Ungdomar under 20 år**
- 7. Samtidiga psykotiska symtom**, såväl stämningskongruenta som stämningsinkongruenta
- 8. Tidigare hypomani eller mani.**
Ska ha litium, ej AD
- 9. Oscillerande stämningsläge med atypiskt tidsförlopp**, även om stämningsläget aldrig är förhöjt. Svårbehandlat. ”Brief recurrent depression”/ ”Bipolär III”/ Borderlinestörning?
- 10. Misstanke om psykiatrisk komorbiditet**
Psykosjukdom
Allvarlig personlighetsstörning
Svårare ångestsyndrom
Komplicerat missbruk
- 11. Depression under graviditet**
- 12. Depression postpartum**
- 13. Ev. vid årstidsbunden depression (SAD), ffa vid vinterdepressioner**
Bör eventuellt få pröva ljusbehandling
- 14. Ev. vid atypisk depression**
(avsaknad av/ omvänd dygnsrytm, sömn, aptit och vikt, emotionell reaktivitet, överdriven känslighet för kritik och avvisanden)
- 15. Ev. vid dystymi**
- 16. Dåligt behandlingsvar efter 4-6 veckor.**
Endast ett behandlingsförsök, därefter remiss
- 17. Andra problem i behandlingen** (dålig ”compliance”, besvärande biverkningar)

18. 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

SUICIDRISK, VARNINGSSIGNALER

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 skuld känslor, 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, dömd, incestanklagelser

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

BEHANDLINGSALTERNATIV VID DEPRESSION

A./ PSYKOTERAPI

- Stödterapi
- Interpersonell psykoterapi
- Kognitiv /beteende/terapi
- Psykodynamiskt orienterad terapi

Stödterapi

- väsentligaste metoden i den akuta fasen
- empati och stöd
- hårbärgera patientens plågsamma känslor
- information och utbildning om tillståndet
- inge hopp (men ingen överdriven hastighet)
- motivera till att ta emot behandling
- hjälp med problemlösning och hanterande av praktiska problem
- hjälp patienten ta avstånd från depressiva skuld-känslor och vanföreställningar

Kognitiv /beteende/terapi, KBT

- Dysfunktionell tankeprocess
- Synen på sig själv, omgivningen och framtiden
- Klargöra de depressiva föreställningarna och deras inverkan på känslor och handlingar
- Successivt lämna över ansvaret till pat.
- Lätt till medelsvår depression: kognitiv terapi = TCA

Interpersonell terapi, IPT

- Kombination av dynamisk och kognitiv psykoterapi
- Fokus på problematiska mellanmänskliga relationer som kan utlösa depressioner. T ex förluster, familje- och relationskonflikter, svårigheter att acceptera ändrade levnadsförhållanden eller oförmåga att etablera och behålla harmoniska relationer till omgivningen
- Manualstyrd
- Effekt = kognitiv terapi
- Återfallsprofylax mitt emellan kontinuerlig TCA och placebo

Psykodynamisk terapi

- Olämplig till en början. En djupt deprimerad patient kan inte tillgodogöra sig insiktsterapi
- Senare i förloppet
- Obearbetade förluster
- Affektiv kontroll och reaktionsmönster
- Antiaggressivitet, överkrav, dåligt självförtroende

B./ FARMAKA

- Antidepressiva
- Litium
- Antiepileptika
- Bensodiazepiner (anxiolytica och hypnotica)

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*

D./ LJUSBEHANDLING

- Artificiellt fullspektrumljus
- Säsongsbundna depressioner (SAD)
- 10 x 2 timmar, morgonen
- Klinisk effekt efter 2-5 ggr
- Risk för överslag till mani
- Ljusbehandlingen behöver fortsätta regelbundet under den tid depressionen skulle ha varat, annars stor risk för snabbt återfall

E./ ÖVRIGA (måttligt dokumenterade/kliniskt använda)

- Sömndeprivering
- Omega 3-fettsyror
- SAM-e
- Folsyra/B 12
- Motion
- M.m. m.m....

ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL

1. *Icke selektiva monoaminåterupptagshämmare*

Hämmar i varierande grad återupptaget av neuronalt frisatt noradrenalin respektive serotonin

a/ Tricyklika, TCA

Klomipramin (**Klomipramin, Anafranil**)
Amitryptilin (**Tryptizol, Saroten**)
Nortriptylin (**Sensaval**)
Imipramin (**Tofranil**)
Lofepramin (**Tymelyt**)
Trimipramin (**Surmontil**)

b/ Tetracyklika

Maprotilin (**Ludiomil, Maprotilin**)

Biverkningar, a+b:

- antikolinerga (muntorrhet, förstoppning, urinretention, ackommodationsstörningar, kognitiva störningar, hjärtpåverkan)
- ortostatism
- ökad vikt
- kardiotoxiskt vid överdos (ej Tymelyt)
- ”serotonerga” biverkningar för vissa preparat, se nedan
- dåsighet

c/ ”SNRI”

Venlafaxin (**Efexor**)

Biverkningar, c:

- förhöjt blodtryck
- ”serotonerga” biverkningar, se nedan

2. *Selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI*

Citalopram (**Cipramil, Citalopram**)
Escitalopram (**Cipralext**)
Paroxetin (**Seroxat, Paroxetin**)
Fluoxetin (**Fontex, Fluoxetin Selen, Fluoxetin ratiopharm, Seroscand**)
Sertralin (**Zoloft**)
Fluvoxamin (**Fevarin**)

”Serotonerga” biverkningar:

- sexuella störningar
- illamående och diarré, ffa initialt
- huvudvärk
- ökad svettning

- tremor
- initial ångeststegring och agitation
- sömnstörning

3. Monoaminoxidas-A-hämmare, RIMA

Moclobemid (**Aurorix**)

Biverkningar:

- illamående/ diarré
- yrsel
- huvudvärk
- sömnbesvär

4. "NARI"

Reboxetin (**Edronax**)

Biverkningar:

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

5. Övriga

a/ Mianserin (**Tolvon, Mianserin**)

Biverkningar:

- sedering
- yrsel
- vikt
- perifera ödem
- agranulocytos -sällsynt. Dock 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 placeboavret, 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 (stötar i nacke och armar i samband med huvudrörelser eller enbart ögonrörelser i sidled), ångest, irritabilitet och huvudvärk.

SEROTONERT 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

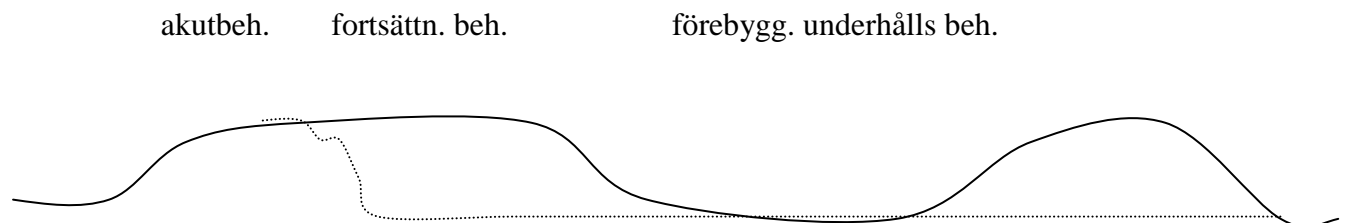
A. Akutbehandling tills patienten åter mår bra (kan ta en eller ett par månader)

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 1 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



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 rekvireras 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.

Läkemedelsverket december 1995:

”Då SSRI, mianserin och moclobemid är mindre toxiska vid överdos och tolereras bättre med avseende på biverkningar rekommenderas i första hand något av dessa medel. Vid svår depression är dock tricykliska medel fortfarande ett huvudalternativ”

Läkemedelsverket rekommenderar att läkaren gör sig förtrogen med ett SSRI-preparat och ett preparat ur gruppen icke selektiv monoaminåterupptagshämmare.

Läkemedelsboken 97-98 ger ingen distinkt rekommendation beträffande förstahandspreparat.

Svensk Psykiatrisk Förening -97: *”Då SSRI/Tolvon/Aurorix är mindre toxiska vid överdos och tolereras bättre med avseende på biverkningar, rekommenderas i första hand något av dessa medel, särskilt i öppenvårdsbehandling. Vid svår depression är TCA fortfarande ett huvudalternativ. Remeron, Nefadar och Efexor...är tills vidare väsentligen att betrakta som andrahandspreparat och kommer därför oftare ifråga inom slutenvården, där också TCA fortsätter att ha en legitim användning.”*

Läkemedelsboken 2000-2001: *”SSRI rekommenderas därför som förstahandsmedel vid behandling av lindriga – måttliga depressioner i öppen vård. De är mindre toxiska och den kliniska erfarenheten talar för att SSRI-preparaten i allmänhet ger mindre besvär av biverkningar, särskilt hos äldre patienter...*

...vid svår depression är TCA fortfarande ett huvudalternativ pga god effektdokumentation och möjlighet till optimering av dosen med plasmakoncentrationsbestämning...

...nyare antidepressiva som mirtazepin, nefazodon, reboxetin och venlafaxin bör, tills större erfarenheter vunnits, betraktas som andrahandsmedel.”

CochraneReview1999 / The Cochrane Library, 1, 2001: *”There are no clinically significant differences in effectiveness between selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants. Treatment decisions need to be based on considerations of relative patient acceptability, toxicity and cost.”*

BEHANDLINGSSTRATEGI / PRAKTISKA RIKTLINJER

1. Diagnostik

Kriteriebaserad

Förstående och samtidigt förklarande hållning

Skattningsskalor (*CPRS-S-A*, *MADRS*, *BDI*)

1. Avgör vårdnivå.

Primärvård, psykiatrisk öppenvård, slutenvård, LPT?

Skilj ut de depressioner som behöver psykiatrisk specialistvård (hög suicidrisk, melankoliska/psykotiska depressioner etc, vg se separat avsnitt). *Tumregel*: tidigare hyggligt välmående och välfungerande personer som drabbats av en ordinär depression kan behandlas i primärvården, resten remitteras till psykiatri för en bedömning. Om man funderar på om patienten är i behov av psykoterapi i återfallsförebyggande syfte kan man inleda med att behandla depressionen och först därefter försöka bedöma detta.

3. Information

- Beskriv tillståndet. Gärna patientinformationsbroschyr
- Info om medicinen:
 - ej vanebildande, skiljer sig från bensodiazepiner
 - man blir icke någon ”zombie”
 - förväntade biverkningar
 - effektlatensen vanligen 2-3 veckor, men kan variera från 0-8 veckor
 - risk att bli ytterligare försämrad första veckan (”bromssträcka”), också vanligt att humöret svänger från dag till dag i början av behandlingen
 - viss risk att patienten ej svarar på preparatet, i så fall får man byta till ett annat
 - inget motsatsförhållande mellan AD och samtalsbehandling. De förstärker varandras effekt
- Informera gärna anhöriga

4. Psykologiskt stöd A och O!

- Kontinuitet och regelbundenhet
- Containerfunktion (hållbara patientens oro och lidande)
- Ställföreträdande hopp, betona att tillståndet är övergående
- Modell för problemlösning
- Nya perspektiv
- Ge mod till förändring
- Stärka självförtroende
- Ej optimistiskt överslätande/bryskt avfärdande/slappt samtyckande

5. Tillgänglighet per telefon vid behov

6. **Snart återbesök** (inom 7-10 dagar). Observans på eventuellt omslag till hypomani vid varje kontakt

7. Undanröj - om möjligt - eventuella utlösande faktorer

Konflikter, psykosociala problem, missbruk, somatisk sjukdom, läkemedel... men en depressiv episod blir ofta autonom även om den utlösande faktorn elimineras

8. Preparatval (se separat avsnitt)

Avgörs av de initiala biverkningarna. Dosen individuell för samtliga AD

9. Stegvis dosökning

10. Ge ångestdämpande medicin vid behov

Ångesten är suiciddrivande!

Bensodiazepiner eller antihistaminer. Ej neuroleptika. Betänk att det förvisso kan vara fel att ge bensodiazepiner i ett visst läge, men att det också kan vara fel att *inte* behandla i ett annat!

11. Följ förloppet med någon form av psykiatrisk egenbedömning från start.

Be patienten ta med sig nyifyllt formulär till varje återbesök

12. Behandla till symtomfrihet och ytterligare fyra till 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 (se separat avsnitt)

13. Vid utebliven effekt efter 3-4 veckor -> diskutera compliance

Överväg plasmakoncentrationsbestämning och/eller specialistkonsultation. Rätt diagnos? Komorbiditet?

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 / utlösande / vidmakthållande faktorer:

Ärftlighet

Biol. fakt. före/efter födelsen

Barndom-uppväxt

- separationer
- förluster
- missbruk
- psyk sjuk
- emotionell försummelse

Kroppslig sjuk

Missbruk

Annan psykisk sjuk, 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

KOMIHÅGLISTA FÖR DEPRESSIONSBEHANDLING I ÖPPEN VÅRD

1. Fullständig journal

2. Suicidalitet!

3. Muntlig info om

- tillståndet
- farmakologisk behandling (alkohol, graviditet-amning, upptrappning, biverkningar, effektlätens, icke beroendeframkallande)
- psykologiskt stöd vs psykoterapi (eget önskemål om psykoterapi?)
- anhöriga välkomna till pats besök om pat så vill
- akut&kristeamet

4. Ge pat

- recept AD/ångestdämpande/sömnmedicin
- återbesökstid
- info om teltid
- sjukintyg
- lapp om akut&kristeamet
- ev MADRS egenbedömning/BDI (några stycken)
- infoskrift om depression
- remisser för lämpliga prover (se nedan)
- ev skrift om kognitivt förhållningssätt vid depression-ångest

5. Somatisk utredning

- somatiskt- och neurologiskt status
- labprover- allmänt blodstatus, thyroideaprover, ev B 12-folsyra

6. Fråga om

- ok rekvirera gamla journaler?
- önskemål om psykoterapi?
- något ytterligare pat vill ta upp?

7. Ev rekvirera gamla journaler

COST-BENEFIT-ASPEKTER PÅ DEPRESSIONSBEHANDLING

- Läkemedel endast en liten del av samhällets kostnader för depressioner
- Depressionssjukdomarnas kostnader för samhället uppskattas vara av samma storlek som kostnaderna för hjärt-kärlsjukdomarna
- **Läkemedelsverket december 1995:** ”Oberoende av läkemedelsval skulle sannolikt den största mänskliga och ekonomiska vinsten uppnås om en effektiv behandling erbjuds de många patienter som idag ej diagnosticeras eller får olämplig behandling”
- **Läkemedelsboken 97-98:** ”Priset för depressionsbehandling är lågt, jämfört med de mycket höga nationalekonomiska kostnaderna för sjukdomen, även när de nya relativt dyra antidepressiva läkemedlen används”
- **Läkemedelsboken 2000-2001:** ”Huruvida bättre tolerabilitet, som de nya läkemedlen förefaller ha, påverkar följsamheten till ordinationen och därmed behandlingseffekten i sådan grad att en lägre total samhällskostnad uppstår är inte tillfredsställande dokumenterat.”

ECT

Allmänt

- Krampanfall mot schizofreni sedan 1930-talet
- Anfällen 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, urinstämma)
- 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

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
- Aurox - 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

Risikfaktorer

- 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

DYSTYMI

”most men lead lives of quiet desperation”

e e cumming

Symtom

låggradiga depressiva symtom som varar mer än två år

Vad är det egentligen?

subsyndromal depression
depressiv el annan personlighetsstörning
neurotisk depression
depressiv neuros
asteni

Vanliga personlighetsdrag (men vad händer när pat förbättras?)

dålig självkänsla
ältar besvikelser och oförrätter
krävande
negativism
skyller på andra
retlig, otålig, självömkan
trötthet, uttröttbarhet, oföretagsamhet
stresskänslighet
obeslutsamhet
vanebundenhet
samvetsgrannhet
spänningsbenägenhet

Diagnostik

inte eg depr/bipolärt syndrom som kronifierat
primär eller sekundär?

Primär, tidig debut (före 21 års ålder):

vanligt med personlighetsstörning
dystyma personlighetsdrag innebär en disposition att utveckla depressiva
episoder, förekommer i ökad grad hos släktingar till periodiskt deprimerade
störda uppväxtförhållanden

Primär, sen debut (21 år eller äldre):

oskarp gräns visavi atypiska depressioner, anpassningsstörningar, asteniskt
syndrom till följd av somatisk sjuk, generaliserat ångestsyndrom, drogpåverkan
mindre personlighetspatologi

Sekundär:

pålagring på annan psykisk sjuk/somatisk sjuk/personlighetsstörning

Orsak

- * hereditet för affektiv sjuk/suicid hos 20-40 % av de som senare utvecklar periodisk affektiv sjukdom, 1-2 % av de övriga
- * psykologiska faktorer
 - inlärld hjälplöshet (maktlöshet)
 - tidig separation (rhesusapor, anaklitisk depression)
 - symbiotiskt beroende (när relationen bryts)
 - brist på ömhet och överbeskydd
- * mindre biologiskt/mer psykogent orsakad än melankoli och bipolärt syndrom
- * 30-90 % har någon personlighetsstörning

Förekomst

3 %

Förlopp/prognos

kroniskt, men varierande intensitet
känslig för psykosociala förändringar
ofta mycket plågsamt med stora konsekvenser för patientens liv – socialt, yrkesmässigt osv
förbättras med åren
många förstår inte att sjuk, söker ej hjälp
efter 10 år drygt hälften besvärslösa
” ” 90 % arbetsförmögna
” ” 16 % bi-/unipolära syndrom
suicidrisk ökad x15-20
i en amerikansk studie efter 3-4 år:
40 % periodiskt affektivt syndrom
10 % berodde på somatisk sjuk
10 % sek till bl a alkoholism eller schizofreni
vid hypomant överslag på farmaka blir förloppet bipolärt

Komorbiditet

ångestsyndrom, t ex social fobi (22 %)
beroendetillstånd, t ex alkmissbruk (30 %)
personlighetsstörning, ffa fobisk, osjälvständig, tvångsmässig

Behandling

vem är det som ska behandlas?
antidepressiva läkemedel
psykoterapi (stödande, kognitiv, kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk, psykoedukativ, interpersonell?)
behandla komorbida tillstånd

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 sjukdom – känna igen tidiga symtom, 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 epilepticus
- 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
- Doseras 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

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

Michael Rangne, 2003