

## Personlig sammanfattning av Regionala Vårdprogrammet för depression och bipolär sjukdom, SLL 2007 (Michael Rangne, feb 2012)

Ansvarig läkare skall personligen göra en inledande diagnostisk bedömning och ansvara för att behandlingen fullföljs och avslutas.

Insatt behandling ska alltid följas upp inom 1-2 veckor. Följ förloppet kontinuerligt med PHQ-9 eller MADRS-S.

Rekommenderade skattningsskalor: M.I.N.I, PHQ-9, MADRS-S, MDQ, HCL-32-R, AUDIT, ASRS, M.I.N.I.

Rekommenderade labprover: Hb, s-järn, ferritin, TSH, b-folat, B-12, S-calcium, b-glukos.

Några namnesuppgifter som ska med

- Episoder av ökad aktivitet?
- Debut postpartum?
- Psykotiska drag?
- Tidigare/aktuellt suicidförsök?
- Agitation/hämning?
- Variationer i aktivitet/stämningsläge?
- Blandtillstånd?
- Hereditet?
- Missbruk/beroende?
- Somatisk sjukdom?

Särskilda depressionsvarianter som melankoli, atypisk depression och kataton depression påverkar valet av behandling. Vid melankoli eller psykotiska symtom ska bipolär sjukdom misstänkas.

Screena *alla* för eventuell hypomani i anamnesen!

Instabilt stämningsläge kan vara ADHD, borderline eller bipolärt spektrum. Överväg Lamotrigin, Litium, Valproat, atypiskt neuroleptikum.

Hög ångest, psykomotorisk agitation, rusande tankar, suicidimpulser vid inledande av behandling ska föra tankarna till blandad episod och därmed bipolär sjukdom. Sätt ut AD, ge valproat eller neuroleptika, möjligen litium.

Gör alltid en initial suicidriskbedömning, och upprepa den vid förändringar i stämningsläget, vid inläggning och utskrivning från slutenvård.

Ökad risk för suicid vid:

- I början av depressionen
- Inledande av behandlingen, särskilt första månaden
- Ångestsymtom
- Sömnstörning
- Mycket djup depression
- Långvarig depression

- Upprepade skov
- Dystymi + depression
- Ej fullt återställd
- Sekundär depression vid samtidig personlighetsstörning, schizofreni, alkoholmissbruk
- Somatisk samsjuklighet – stroke, MS, hjärntumör, annan cancersjukdom
- Bipolär sjukdom med depressiv fas, stark ångest, utagerande beteende, alkohol/drogbruk, blandepisoder och "transition phases"
- Tidigare suicidförsök, särskilt senaste året

Serotonergt syndrom: irritation, ökad oro, tremor, svettningar, tilltagande gastrointestinala symtom

#### Behandling av bipolär depression

- Alltid stämningsstabiliserare. Överväg doshöjning vid depressiva besvär
- Lamotrigin
- Möjligen *kortvarigt* tillägg av AD. AD riskerar förvärra depressionen eller utlösa blandade/maniska episoder
- Seroquel
- Olanzapin + fluoxetin
- ECT

#### Bipolär sjukdom hos barn och unga

- Ta ordentlig anamnes, efterfråga hereditet (affektiv sjukdom, missbruk, suicid), följ förloppet över tid för att urskilja förskjutningar i stämningsläget
- Child Mania Rating Scale kan användas för att få en bild av symtomen under barndomen
- MDQ och HCL-32-R kan användas för screening
- Vid svåra, ofta akuta depressioner, särskilt med suicidalitet, ska alltid bipolär depression övervägas
- Dito vid hypomani/utebliven effekt på SSRI
- Ofta snabbt växlande förlopp med många växlingar per dag
- Blandepisoder är vanliga
- Vid mani ofta uttalad irritabilitet, affektlabilitet, explosiva utbrott och konflikter
- Ofta självdestruktivitet
- Differentialdiagnoser är bl a borderline, ADHD, schizofreni
- Vanligt med samsjuklighet med ADHD, ångest, OCD, CD och sömnsvårigheter
- Skillnader mot ADHD
  - Förhöjt stämningsläge
  - Grandiositet
  - Minskat sömnbehov (omtvistat)
  - Ökad sexuell upptagenhet (omtvistat)
  - Tankeflykt (omtvistat)
- Kan kräva läkemedelsbehandling trots de diagnostiska kriterierna inte är uppfyllda

## Akut behandling av mani

1. Avsluta behandling med antidepressiva och om möjligt även med andra läkemedel som kan inducera mani t.ex. steroider.
2. Reducera stimuli (särskilt kontakt med människor), undvik all form av konfrontation eller argumentation med patienten.
3. Aktiv behandling av manin måste omedelbart inledas.
4. Antipsykotika har ofta en god effekt. Haloperidol eller zyklo-pentixol är väl beprövade läkemedel med välkända effekter. Nackdelen är risken för akuta extrapyramidala biverkningar. Ett alternativ är atypiska antipsykotika som har mindre risk för extrapyramidala symptom. De flesta atypiska antipsykotika fungerar väl vid manibehandling. Olanzapin har en munlöslig tablett (velotab), som ibland kan vara ett alternativ till injektionsbehandling i akuta situationer, eftersom det är lätt att observera att patienten verkligen tar läkemedlet. Om patienten redan behandlas med litium kan höjning av dosen vara lämplig.
5. Antiepileptiska läkemedel. Valproat kan användas vid behandling av mani och hypomani. Det är särskilt viktigt att inte glömma bort att behandla med valproat i de fall patienten svarar dåligt på behandling med antipsykotika. Karbamazepin är ett annat alternativ. OBS! valproat och karbamazepin givna till gravida under första trimestern ger ökad risk för fostermisbildning, vilket begränsar deras användbarhet för kvinnor i fertil ålder.
6. Patienter med pågående blandepisod svarar som regel dåligt på litium. Här är behandling med valproat eller atypiska antipsykotika indicerad.
7. ECT är effektivt mot mani. Särskilt god och snabb effekt har ECT vid postpartumpsykos och vid manier av typen cykloid psykos. Bilateral elektrodplacering rekommenderas. Behandlingen kan vara svår att genomföra.
8. Anxiolytika och hypnotika - bensodiazepiner i första hand - skall som regel ges som tillägg till övrig behandling för att patienten skall kunna vila och sova. Phenergan är ett välkänt läkemedel som finns som licenspreparat för intramuskulär injektion och som har god lugnande effekt och få biverkningar.
9. Observera att förflyttning av en manisk patient är en risksituation för både patienten och personalen. Det är av stor vikt att patienten är noggrant medicinerad och lugn innan förflyttning sker.
10. Vid mani skall alltid vård oberoende av samtycke övervägas.