

Behandling av depression hos vuxna

REGIONALA MEDICINSKA RIKTLINJER. På uppdrag utarbetar regiongemensamma expertgrupper riktlinjer inom strategiskt viktiga diagnosgrupper. Riktlinjerna fastställs efter hörande av regionala läkemedelsrådet, medicinska sektorsråd och Strategiska läkemedelsrådet vid SU.

Riktlinjer för behandling av depression hos vuxna

Målgrupp

Depression är ingen enhetlig sjukdom. Den typiska bilden utgörs av "egentlig depression" (major depressive disorder) vars definition finns beskriven i såväl DSM-systemet som ICD (se fakturetan på baksida). Svårighetsgraden av depression varierar kontinuerligt från tillstånd som tangerar normala förändringar till allvarliga psykotiska tillstånd. Hos äldre är den kliniska bilden annorlunda. Depression med färre symtom ökar med stigande ålder.

Det finns också andra tillstånd med

depressiva symtom. "Dystymi" är ett långvarigt tillstånd, där stämningläget endast sällan når upp till normala nivåer. Ängest är ofta kopplat till depression. Utmattningsreaktioner innehåller ofta en depressiv komponent. Sorg och andra livskriser är ingen målgrupp för antidepressiv behandling, men kan övergå i depressiva tillstånd. Vid alkoholabstinens är depressiva symtom vanliga och man bör därför avvaktas ca tre veckor innan eventuellt behandlingsbeslut tages.

Risker med obehandlad depression

Depression påverkar inte bara välbefinnande och psykisk förmåga. Risken för självmord är hög vid obehandlad depression. Dödlighet i somatisk sjukdom t ex hjärtinfarkt ökar och infektionsförsvar minskar vid depression. Hos äldre har patienter med depression minst en fördubblad dödlighet. Långvarig djup depression påverkar hjärnan, t ex hippocampus med minnesstörning, men även frontallober tycks kunna påverkas. Långvarigt depressivt tillstånd ökar risken för återfall i depressiv episod.

Diagnostik

Diagnos av depression är rent klinisk på bas av de symtom som föreligger. Skattningsskallor (*se baksidan) som MADRS (hos äldre GDS eller Cornell) kan vara till hjälp. Depressiva tillstånd kan ibland vara svåra att misstänka, framför allt vid samtidig somatisk eller annan psykisk sjuklighet. Framför allt hos äldre, maskeras ofta det sänkta stämningläget.

I andra tillfällen kan symtom som sömnproblem, viktnedgång eller upplevelsen av kroppslig sjukdom dominera bilden och skapa intryck av annan sjukdom.

Det är viktigt att skilja rent depressiva tillstånd från bipolär sjukdom. Frågor om tidigare misstänkta maniska episoder skall ingå i anamnes. Depression som orsakas av

bipolär sjukdom riskerar att övergå i mani/hypomani om inte stabiliserande behandling ges.

Somatiska orsaker

Somatiska orsaker måste uteslutas t ex thyreoidearubbningar, hypercalcemi och läkemedelsbiverkningar.

Behandlingsförslag

Målsättningen med en behandling är fullständig återgång av de depressiva symtomen och återställd funktionsförmåga. Vid en partiell reduktion kvarstår lidande och oförmåga, samtidigt som risk för återfall ökar. Behandlingen skall vara anpassad till den enskilde patientens symtom. Alltför kraftfull behandling ger ofta onödiga biverkningar, risk för överaktivering och ökade behandlingskostnader.

Förstahandsval

SSRI är förstahandsalternativ vid behandling av depression. Oftast är det betydelsefullt ur effektsynpunkt vilket preparat som väljs. Sveriges samlade läkemedelskommittéer, inklusive VGRs, rekommenderar som förstahandspreparat Citalopram. Biverkningar och behandlingskostnader skall påverka preparatvalet. Innan behandlingen givit positiv effekt kvarstår risker med t ex suicid. Tätt kontakt i början av behandlingen är viktig bl a för att bedöma självmordsrisk som bör värderas på ett strukturerat sätt (se suicidstegen nästa sida). Initiala biverkningar kan medföra att

man avbryter behandlingen. Försiktig insättning är att rekommendera.

Andrahandsval

Evidensbaserad kunskap ger i de flesta fall inte tillräcklig kunskap för att hävda skillnad mellan olika preparat. För amitriptylin och klomipramin finns det dock data som tyder på att de har en starkare antidepressiv effekt än övriga. Båda dessa har dock antikolinerga biverkningar med påverkan såväl på kroppsliga som mentala funktioner. De har även en hög toxicitet och är olämpliga vid t ex suicidrisk.

Klinisk erfarenhet, och i viss mån studier, talar för att preparat som i likhet med amitriptylin och klomipramin påverkar såväl serotonin som noradrenalin i vissa fall kan vara mer effektiva än SSRI-preparat. Dessa läkemedel kan provas när det är säkert ställt att effekten är otillräcklig med SSRI (Citalopram). Mirtazapin och venlafaxin tillhör denna grupp. Mianserin och reboxetin är rent noradrenalinstimulerande läkemedel.

Lätta depressiva tillstånd hos yngre

svarar dåligt på antidepressiv behandling. Hos äldre bör däremot alla diagnostiserade depressiva tillstånd behandlas. Dystymi svarar på antidepressiv behandling.

Behandling av bipolär sjukdom

Behandling av bipolär sjukdom bör skötas av specialist. En stabiliserande behandling bör sättas in där litium är bäst dokumenterad. Antiepileptisk behandling som lamotrigin eller valproate kan utgöra alternativ eller komplettering.

Psykoterapeutisk behandling av depression

Bäst dokumenterad effekt vid lätt/måttlig depression har kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT). Även beteendeterapi, vissa former av beteendeträning och dynamisk korttidsterapi har visat effekt. Svaret på psykoterapi kommer långsammare än vid farmakologisk behandling men har större tendens att kvarstå. Dessa behandlingstekniker kan även komplettera den farmakologiska behandlingen.

Behandlingsvar

Effekten av behandlingen kommer gradvis och full effekt kommer först efter flera veckor. Hos äldre finns full effekt först efter 12 veckor. Det är därför svårt att i början av behandlingen avgöra om den leder till helt tillfrisknande eller endast partiell symtomreduktion. Det är därför nödvändigt att följa läkningsförloppet, eventuellt via skattningsskala (MADRS eller hos äldre Cornell), för att säkerställa att behandlingen följer det förväntade förloppet.

En viktig orsak till bristande behandlingsvar är dålig följsamhet hos patienten. Orsaken till detta är såväl, biverkningar och glömska som tveksamhet att använda psykofarmaka. Antal doseringstillfällen bör hållas så lågt som möjligt för att uppnå god compliance. Eventuell tveksamhet mot medicineringen

bör motarbetas genom att öka motivationen hos patienten. Detta sker bäst genom att förklara effekterna av medicineringen. Vidare bör det betonas att behandlingen ej är beroendeframkallande och att det inte finns några långsiktiga biverkningar.

Behandlingsrefraktära tillstånd

Alla patienter svarar inte på den först insatta behandlingen. I studier har i genomsnitt 60% svarat. Vid terapivikt bör i första hand dosen ökas, i andra hand ett mer potent läkemedel ges. Patienter som tycks terapirefraktära skall remitteras till specialist. Mer kraftfulla strategier som ect-behandling (elektrokonvulsiv behandling), behandlingsförstärkning med litium eller andra läkemedelskombinationer kan då ge effekt.

Behandlingstid

Behandling bör fortgå oförändrad i 6-12 månader. Läkemedlet bör i avslutningsfasen gradvis sättas ut under flera veckor för att undvika utsättningsreaktioner. Vid recidiv återinsättes behandling i full dos. Patienter som haft flera depressioner (3 eller mer) eller mycket djupa depressioner, bör få antidepressiv långtidsbehandling. Täta återfall, snabba insjuknanden, debut före 20 år och debut i hög ålder, speciellt vid samtidig hjärnskada, är faktorer som talar för långtidsbehandling.

DSM-IV kriterier

DSM-IV kriterier för egentlig depression (Förkortade. Fullständiga kriterier finns i MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Pilgrim Press 1995).

Minst fem av följande symtom har förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomen (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje måste föreligga.

- Nedstämdhet
- Klart minskat intresse eller minskad glädje
- Betydande viktnedgång
- Sömnstörning
- Psykomotorisk agitation eller hämning
- Svaghetskänsla eller brist på energi
- Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuld känslor
- Minskad tanke- och koncentrationsförmåga
- Återkommande tankar på döden eller återkommande självmordstankar.
- Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Suicidstege

Genom att ställa en serie frågor till patienten går det att fastställa var patienten befinner sig på nedanstående stegen

Hur mår du?

Är du deprimerad?

Känns det hopplöst?

◦ Dödstankar

Har du önskat att du vore död?

◦ Dödsönskan

Har du haft tankar på att göra dig någonting?

◦ Suicidtankar

Hur skulle du göra då?

◦ Suicidavsikt

Har du försökt någon gång?

Har du tänkt så de sista dagarna?

◦ Suicidförsök

* Mer information

Utförlig beskrivning av skattningsskalor och depressionsbehandling finns i SBU 2004: Behandling av depressionssjukdomar (www.sbu.se) och hos Läkemedelsverket info 5:2004 Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre (www.mpa.se)

FÖR ARBETSGRUPPEN JANUARI 2005

Ingvar Karlsson

Docent, överläkare i psykiatri
Ordf. Regionala terapigruppen för psykiatri i Västra Götalandsregionen