

# Depression hos vuxna

Fastställda september 2012 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltighetstid 24 månader.

## Huvudbudskap

- Tidig diagnostik och behandling är av vikt för att erhålla ett bra behandlingsresultat
- Suicidriskbedömning ingår i diagnostiken
- Överväg om depressionen är en del av en bipolär sjukdom eller om risk/missbruk av alkohol föreligger
- Väntetid till psyko-terapeutisk behandling ska ej överstiga 4 veckor
- Plan för utvärderingen ska göras vid behandlingsstart
- Målsättningen är fullständig återgång av de depressiva symtomen och återställd funktionsförmåga
- Profylax ska övervägas vid återkommande depressioner
- Äldre kan ha en annan symtombild och långsammare svar på behandling

## Bakgrund

I dessa riktlinjer har vi tagit hänsyn till senare tids forskningsrön liksom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom 2010. Depressionssjukdomar är vanliga med en livstidsrisk på 25-50% hos kvinnor. De är dubbelt så vanliga hos kvinnor jämfört med män och punktprevalensen ligger kring 5%.

### Risker med obehandlad depression

Depression påverkar inte bara välbefinnande och psykisk förmåga. Risken för självmord är hög vid obehandlad depression. Infektionskänsligheten kan öka och dödligheten i somatisk sjuklighet t.ex. efter hjärtinfarkt och stroke är förhöjd. Äldre patienter med depression har minst en fördubblad dödlighet. Långvarig djup depression påverkar hjärnan såsom hippocampus och frontalloberna med minnesstörning eller annan kognitiv störning som följd. Därför är det viktigt att ställa diagnos tidigt och börja med en effektiv behandling som regelbundet följs upp och utvärderas. Längre tids obehandlad depression eller otillräcklig behandling kan leda till ett mer svårbehandlat tillstånd och minska möjligheten till full remission. Risken för återfall är hög vid en depression som ej gått i full remission liksom efter långdragna depressioner.

## Symtom

Depression är ingen enhetlig sjukdom. Den typiska bilden utgörs av "egentlig depression", vars definition finns beskriven i såväl DSM-systemet som ICD. Kardinalsymtomen är en ihållande sänkt grundstämning, förlorat intresse för det mesta eller att man inte kan finna glädje i något. Ångest är ofta kopplat till depression. Svårighetsgraden av depression varierar från tillstånd som tangerar normala förändringar till allvarliga psykotiska tillstånd. Hos äldre är den kliniska bilden ofta annorlunda och det sänkta stämningsläget kan uttryckas med symtom som sömnbesvär, värk, viktnedgång eller upplevelse av annan kroppslig sjukdom. Detta kan dominera bilden och ge intryck av annan sjukdom.

### DSM-IV kriterier för egentlig depression

Minst fem av följande symtom ska ha förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomen nedstämdhet eller minskat intresse/minskad glädje måste föreligga.

- Nedstämdhet
- Klart minskat intresse eller minskad glädje
- Betydande viktnedgång eller viktuppgång
- Sömnstörning (för lite eller för mycket)
- 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

## Diagnostik

Diagnosen depression är rent klinisk på bas av de symtom som föreligger. Vid lindrig depression är diagnoskriterierna precis uppfyllda men ger inte någon större funktionsnedsättning. Personen fungerar fortfarande i arbete och socialt. Medelsvår depression innebär att personen börjar få svårigheter i arbete och social funktion och vid svår depression är funktionsnedsättningen så uttalad att arbete oftast inte är möjligt. Skattningsskalor kan vara till hjälp. Depressiva tillstånd kan ibland vara svåra att misstänka, framför allt vid samtidig somatisk eller annan psykisk sjuklighet. Det är viktigt att

överväga om en depression är en del i en bipolär sjukdom eftersom dessa depressioner har särskild behandling (se MR Bipolära sjukdomar). Därför ska frågor om tidigare misstänkta hypomana eller maniska episoder ingå i anamnesen. Dystymi är en mer eller mindre kontinuerlig depression som pågått i över 2 år.

### Differentialdiagnostik

Sorg, livskris och demens kan symtommässigt likna en depression och kan övergå till en depression som ska behandlas. Vid alkoholabstinens är depressiva symtom vanliga och man bör därför avvakta cirka tre veckor med diagnostik för depression. Utmattningsyndrom innehåller ofta en depressiv komponent.

### Somatiska orsaker

För att upptäcka behandlingsbara tillstånd som kan bidra till depression bör tillstånd som thyreoideastörning, hyperkalcemi och vitamin B12-brist övervägas. Övrig läkemedelsbehandling bör beaktas eftersom en del läkemedel har depression som biverkning (exempel är betablockare, vareniklin (Champix), opioider och antiepileptika). Ökad depressionsförekomst ses vid hjärtinfarkt, stroke, Parkinsons sjukdom, överkonsumtion av alkohol/droger, demens och hjärntumörer.

### Suicidriskbedömning

Suicidriskbedömning ska alltid göras som en del i diagnostiken. Resultatet av bedömningen har betydelse för val av behandling och vårdnivå. Förnyad bedömning ska göras vid uppföljning.

### Suicidstege

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

#### Frågor att ställa

- Hur mår du?  
 Är du deprimerad?  
 Känns det hopplöst?  
 Har du önskat att du vore död?  
 Har du haft tankar på att göra dig någonting?  
 Hur skulle du göra då?  
 När, var och hur?  
 Har du försökt någon gång?  
 Har du tänkt så de senaste dagarna?

#### Tema

- Dödstankar
- Dödsönskan
- Suicidtankar
- Suicidavsikt
- Suicidplaner
- Suicidförsök

## Risikfaktorer för suicid

Tidigare suicidförsök  
Hereditet för suicidförsök  
Suicid i närmiljö  
Psykisk sjukdom  
Missbruk och beroende  
Allvarlig kroppslig sjukdom  
Ålder (<19 år eller >45 år)  
Manligt kön  
Social isolering  
Akut kris t.ex. separation

Vid hög risk för suicid (suicidplaner) tas direktkontakt med specialistpsykiatri.

## Vårdnivå

Se kommande riktlinjer om ansvarsfördelning från sektorsrådet för psykiatri.

## Behandling

Målsättningen är fullständig återgång av de depressiva symtomen och återställd funktionsförmåga. Vid partiell remission kvarstår lidande och oförmåga, samtidigt som risk för återfall ökar. Studier har visat att den neurodegenerativa effekten av obehandlad depression åtminstone delvis kan återställas vid framgångsrik behandling.

### Lindrig depression

Psykoaterapeutisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT) är förstahandsval. För patienter med recidiverande depressioner som tidigare svarat på läkemedelsbehandling är det ett alternativ.

### Medelsvår depression

Depressionsdjupet inom medelsvår depression avgör om psykoaterapi eller antidepressiv medicinering skall väljas. Väntetid till behandling med KBT eller IPT bör som längst vara 2-4 veckor beroende på svårighetsgrad. Om väntetiden för psykoaterapi förväntas överstiga detta bör läkemedelsterapi väljas på grund av de risker som finns med en obehandlad depression.

### Svår depression

Behandling skall här ges i form av antidepressiv medicinering eller i svårare fall och vid uttalad suicidrisk elektrokonvulsiv behandling (ECT).

### Psykoaterapeutisk behandling

Bäst dokumenterad effekt vid lätt-medelsvår depression har KBT och IPT. Även beteendeterapi, vissa former av beteendeorienterad parterapi och dynamisk korttidsterapi har visat effekt. Svaret på psykoaterapi kommer långsammare än vid läkemedelsbehandling men kan ha större långtidseffekt. Dessa behandlingstekniker kan även komplettera läkemedelsbehandlingen. Om ingen effekt har uppnåtts inom 4 veckor bör antidepressiv medicinering läggas till åtminstone vid medelsvår depression alternativt att man övergår till enbart antidepressiv medicinering.

## Läkemedelsbehandling - Förstahandsval

SSRI är förstahandsalternativ vid alla former av depression utom vid bipolär sjukdom. Effekt är visad även vid dystymi. **Sertralin** har fördelaktig effekt-, biverknings- och kostnadsprofil och är därför rekommenderat förstahandsval. Innan behandlingen gett effekt kvarstår eventuell risk för suicid. Den kan till och med öka om eventuell hämning släpper innan grundstämningen höjs. Tät kontakt i början av behandlingen är viktig bl.a. för att bedöma suicidrisk. Initiala biverkningar kan medföra att patienten avbryter behandlingen. Försiktig dosupptrappning kan minska problematiken. Det är viktigt att informera patienten och vid behov närstående ordentligt om sjukdomen och behandlingen. Insatt behandling bör prövas och utvärderas under fyra till sex veckor i adekvat dos innan annat behandlingsalternativ övervägs.

## Doseringsspann vid monoterapi

Hos äldre	
FÖRSTAHANDSVAL	FÖRSTAHANDSVAL
sertralin 50–150 mg	sertralin 50–100 mg
citalopram 20–40 mg	citalopram 10–20 mg
escitalopram 10–20 mg	escitalopram 5–10 mg
fluoxetin 20–40 mg	
mirtazapin 30–60 mg	mirtazapin 30–45 mg
venlafaxin 75–225 mg	

Om förstahandsvalet inte haft avsedd effekt trots doshöjning bör behandlingen omprövas. Ett alternativ kan vara att kombinera pågående SSRI-behandling med en mindre dos mirtazapin eller att gå över till enbart mirtazapin eller venlafaxin. Om detta ej har effekt kan escitalopram prövas. Metaanalyser visar att mirtazapin, venlafaxin och escitalopram kan förbättra effekten något. Tricykliskt antidepressiva som amitriptylin och klomipramin har god effekt, men är förenade med antikolinerga biverkningar med påverkan såväl på kroppsliga som mentala funktioner. De har en hög toxicitet och kan därför vara olämpliga vid t.ex. suicidrisk. För att minimera biverkningar och maximera effekten är det möjligt att styra behandlingen via koncentrationsmätningar.

## Uppföljning och utvärdering

Effekten av behandlingen kommer gradvis och full effekt kommer först efter flera veckor. Det är 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, för att säkerställa att behandlingen följer det förväntade förloppet. Behandling bör fortgå oförändrad i 6-12 månader efter symtomfrihet. Läkemedlet bör sättas ut gradvis under flera veckor för att undvika utsättningsreaktioner. Vid recidiv i samband med utsättning ska behandling i full dos återinsättas och långtidsbehandling övervägas.

## Otillräcklig effekt

En viktig orsak till bristande behandlings-svar kan vara dålig följsamhet hos patienten. Orsaken till detta kan vara såväl biverkningar och glömska som tveksamhet till att använda psykofarmaka. Eventuell tveksamhet till medicineringen bör förebyggas genom att öka motivationen hos patienten. Detta sker bäst genom att förklara följderna av depression och effekterna av medicineringen. Vidare bör det betonas att behandlingen ej är beroendeframkallande och att risken för allvariga biverkningar är liten. Många antidepressiva läkemedel metaboliseras via leverenzymet CYP2D6. Genetiska skillnader i befolkningen och/eller interaktion med andra läkemedel kan påverka enzymsystemet och därmed leverns metaboliseringskapacitet. Dåligt behandlings-svar kan bero på för hög metabolism som ger för låga serumnivåer. En koncentrationsbestämning kan då vara befogad om patienten bedöms ha en god följsamhet till behandlingen. Vid för höga koncentrationer kan det vara lämpligt att byta preparat.

## Behandlingsrefraktära tillstånd

Patienter som bedöms som terapirefraktära ska remitteras till specialist. Mer kraftfulla strategier som ECT-behandling, behandlingsförstärkning med litium eller andra läkemedelskombinationer kan då prövas.

## Recidiverande depressioner

Patienter som haft  $\geq 3$  depressioner, eller mycket djupa depressioner, bör erbjudas antidepressiv långtidsbehandling. Täta återfall, debut före 20 år och debut i hög ålder, speciellt vid samtidig hjärnskada, är faktorer som talar för långtidsbehandling. Den profylaktiska medicineringen skall ges i samma dos som krävdes för att häva depressionen.

## Behandling av äldre

Hos äldre kan det ofta ta längre tid till behandlingen ger full effekt. En lägre start- och underhållsdos rekommenderas hos äldre. Föreligger hjärtsjukdom vid insättning bör risken för försämring p.g.a. biverkningar värderas.

För ytterligare dokumentation och skattningsskalor, se [www.vgregion.se/vardgivarstod/psykiatri](http://www.vgregion.se/vardgivarstod/psykiatri)

### FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI SEPTEMBER 2012

Lennart Bogren – Psykiatriker

Georg Dolk – Apotekare

Daniel Carlzon – Klinisk farmakolog

John Karlsson – Apotekare

Lennart Stubelius – Allmänläkare

Magnus Geirsson – Allmänläkare

Olof Bergquist – Psykiatriker

## Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri  
Georg Dolk, [georg.dolk@vgregion.se](mailto:georg.dolk@vgregion.se)

Medicinska Riktlinjer finns på [www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer](http://www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer).  
Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum;  
[adress.distributionscentrum@vgregion.se](mailto:adress.distributionscentrum@vgregion.se)