



# Hos lægen

Vejledning for deprimerede  
og deres omgivelser

# &

# DEPRESSION



# Hos lægen

# DEPRESSION

# &

Dette hæfte er en vejledning for deprimerede og deres omgivelser. En brugerversion af de praktiserende lægers "Vejledning i diagnostik og behandling af depression i almen praksis". Dette hæfte er en del af en skriftserie, der udkommer i løbet af 2001, og som behandler forskellige emner med relation til depression:

Fakta & depression	Medicin & depression
Årsager & depression	Ældre & depression
Behandling & depression	Børn og unge & depression
Job & depression	Psykotering & depression
Mani & depression	Selv mord & depression
Arstider & depression	Pårørende & depression

Hæfterne udgives som led i Landsindsatsen mod Depression, som startede i oktober 2000. Du kan få mere information om Landsindsatsen og om depression ved henvendelse til PsykiatriFonden på tlf. 3929 3909 eller på [www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk). Hos PsykiatriFondens TelefonRådgivning på tlf. 3925 2525 kan du anonymt og personligt få rådgivning og svar på spørgsmål om depression og andre psykiske lidelser.

## Indhold

Side

Forord	4
Om at opdage en depression	6
Diagnosen. Symptomerne og de forskellige depressionstyper	8
Kernesymptomer	8
Ledsagesymptomer	9
De forskellige depressions-diagnoser	11
Differentialdiagnosen. Depressive symptomer er ikke altid depression	13
Selv mordsrisiko. Tal om det	15
Årsager til depression	16
Behandling	19
Samtale eller medicin?	19
Psykotering – samtaleterapi	20
Medicin	22
Virkninger	24
Bivirkninger	25
Behandlingsfaser – behandlingens varighed	28
Specielle behandlingssituationer	30
Hvordan forløber konsultationerne hos den praktiserende læge?	33
Hvornår skal man indlægges eller henvises til psykiater?	36
Huskeliste – for hele behandlingsforløbet	38
Anbefalet litteratur	40
Bilag 2: Hamiltons depressions-vurderingsskala	41
Bilag 1: Depressionsspørgeskema baseret på diagnosesystemets 10 symptomer	42

# forord

Langt de fleste mennesker med depression bliver behandlet af deres praktiserende læge og ikke af psykiatere, psykologer eller andre specialister. De praktiserende læger (ved Dansk Selskab for Almen Medicin) har derfor udarbejdet en vejledning om depression, som skal hjælpe lægerne til at stille diagnosen depression og til at give den bedst mulige behandling.

De praktiserende læger har dermed fået en vejledning, der gerne skulle bidrage til at nedsætte antallet af deprimerede mennesker i Danmark.

Men forudsætningen er, at befolkningen – de deprimerede og deres pårørende, kolleger, arbejdsgivere og venner – er opmærksomme på symptomerne på depression og vil medvirke til, at den (måske) deprimerede kommer til den praktiserende læge – og at lægen får de oplysninger, som han eller hun skal bruge for at kunne stille den rette diagnose og give den rette behandling.

PsykiatriFonden har på den baggrund omskrevet de praktiserende lægers vejledning. Hæftet her består af de samme kapitler, de er blot skrevet i et lettere tilgængeligt sprog.

Hæftet henvender sig først og fremmest til de (måske) deprimerede og deres pårørende, for at de kan vide så meget som muligt om depression og dermed være forberedte til samarbejdet med den praktiserende læge. Men hæftet kan også læses af andre, der ønsker at vide, hvordan man i dag prøver at forbedre behandlingen af de godt 200.000 mennesker i Danmark, der lider af depression.

PsykiatriFonden gennemfører i disse år Landsindsatsen mod Depression med støtte fra Sundhedsministeriet, Socialministeriet og amterne. Hæftet her er

et led i denne indsats. I hæftet henvises undervejs til andre af PsykiatriFondens udgivelser om depression, og bagefter i hæftet er en liste over relevant litteratur, hvor man kan finde yderligere oplysning og viden.

Tak til de praktiserende læger for et inspirerende samarbejde.

*PsykiatriFonden  
Jes Gerlach*

# depression

## Om at opdage en depression

Ordet depression har en meget bred anvendelse i almindeligt sprogbrug. Det anvendes om alle former for dårligt humør, lige fra morgensurhed til dyb melankoli, men ordet depression bør ikke anvendes om normale humørudsving og normal tristhed.

Depression er en længerevarende og alvorlig tilstand, der er kendetegnet ved en følelse af håbløshed og uforklarligt tungsind, en svigtende evne til alt. Nogle kalder det en livstruende sygdom pga. de hyppige selvmordstanker.

Depression er en ofte forekommende lidelse. Undersøgelser har vist, at der til enhver tid er 4-5% af den voksne befolkning, som har en depression. Det svarer

til ca. 200.000 personer her i landet. Omkring dobbelt så mange har haft en depression inden for det seneste år. Ca. 15% af alle danskere – 600.000 personer – vil få en depression i løbet af deres liv.

Omkring halvdelen af disse deprimerede søger ikke læge, og blandt dem, der søger læge, kommer mange med andre symptomer end nedtrykthed. At opdage en depression *kan* derfor sommetider være vanskeligt – men er det som regel ikke, hvis både læger, de deprimerede og de pårørende er klar over, hvad de skal se efter.

Man må være opmærksom på, at den deprimerede selv ofte vil mene, at han eller hun ikke har en depression, men snarere lider af en slags udbrændthed eller de-

mens, som ingen kan gøre noget ved. Den deprimerede vil ofte holde problemerne for sig selv og have svært ved at sætte ord på de følelser og tanker, som ellers ligger som en sort skygge over tilværelsen. I stedet vil den deprimerede ofte klage over fysiske symptomer som fx træthed, smerter, mavebesvær, manglende appetit, vægttab eller dårlig nattesøvn. Hvis lægen ikke finder en fysisk forklaring på sådanne symptomer, kan der altså være tale om en depression. Hos ældre og hos personer, der er tilflyttet fra andre kulturområder, skal man være særligt opmærksom på dette.

Mistanke om depression bør man også få, hvis der er andre psykiske symptomer som fx angst eller uro, anspændthed eller irritabilitet, stress eller udbrændthed – og især hvis disse symptomer er opstået for nylig. Det samme gælder, hvis personen tidligere har haft en depression, eller hvis der er eller har været depression i familien. Hvis den praktiserende læge har

kendt personen gennem lang tid, kan lægen måske registrere, at der er indtrådt en ændring, fx i retning af fæmælthed og mere usikker væremåde. Men ellers er det oftest de pårørende, der lægger mærke til den slags ændringer, og som må ledsage vedkommende til en konsultation hos den praktiserende læge.

Et af formålene med dette hæfte er netop at gøre opmærksom på hvilke symptomer, både psykiske og fysiske, der kan være udtryk for en depression. Kender man dem, er man bedre i stand til at hjælpe sig selv – eller sin kollega eller pårørende – med at komme ud af depressionen så hurtigt som muligt.

# diagnosen

## Diagnosen

### Symptomerne og de forskellige depressionstyper

Man deler symptomerne op i depressive *kernesymptomer* og depressive *ledsagesymptomer*.

#### Kernesymptomer:

##### 1. Nedtrykthed

Man er ked af det, alt er trist, farveløst, håbløst, der er ikke noget ved noget.

##### 2. Nedsat lyst eller interesse

Man har mistet lysten til det, der tidligere interesserede en, fx sport, bøger, tv, arbejdet, familien.

##### 3. Nedsat energi eller øget træthed

Man orker ingenting, alt kræver overvindelse, især om morgenen.

Lægen vil sikkert stille nogle enkle spørgsmål for at finde ud af, om nogle af disse første vigtige symptomer er til stede. Det kan være spørgsmål som:

- Er du ked af det?
- Har du tabt lysten til og interessen for det hele?
- Kan du ikke længere glæde dig over noget?
- Har du ingen kræfter eller energi?
- Føler du, at det hele er uoverkommeligt?

#### Ledsagesymptomer:

Ud over de tre kernesymptomer er der som regel såkaldte ledsagesymptomer:

##### 1. Nedsat selvtillid eller nedsat selvfølelse

Man føler ikke, at man slår til på arbejdet eller i familien. Man har det bedst, når man gemmer sig under dynen og trækker telefonstikket ud.

##### 2. Sygelig skyldfølelse, som kan føre til overdrevne selvbefrejdelse eller selvanklager

Man føler sig uværdig og til skade for omgivelserne. Man bebrejder måske sig selv for at have snydt i skat, eller man føler, at man ikke har passet sit arbejde eller sine børn godt nok. Måske føler man, at andre taler om det, og at man burde straffes.

3. Manglende lyst til at leve, eller tanker der kredser om døden  
Man har dødsønsker eller selvmordstanke, eventuelt også selvmordsforsøg. Man føler, at den bedste udvej for alle parter ville være, at man ikke var her mere.

4. Koncentrations- eller tænkebesvær  
Man har svært ved at samle sig om at arbejde, læse, følge en samtale eller se fjernsyn. Tankerne opleves som langsomme, og de samme "dumme" tanker kommer igen og igen. Man er ubeslutsom.

##### 5. Hæmning – eller indre uro og rastløshed

Man føler sig langsom til alt, i kroppen og i tankerne, som en slags lammelse. Man svarer kun med få ord og måske efter nogen tids tøven. Det modsatte kan også ses: at man er urolig, angst og rastløs, og at man ikke føler, man kan være nogen steder.

## 6. Søvnforstyrrelser

Man har afbrudt søvn og vågner tidligt – sjældnere ses en øget trang til søvn. Man vågner hyppigt i nattens løb, og tidligt om morgenen kan man slet ikke sove, men ligger og spekulerer – ofte på den kommende dag, der virker helt uoverskuelig. Eventuelt oplever man det modsatte, altså øget trang til søvn og lyst til at sove både dag og nat.

## 7. Appetit- og vægtændring

Oftest taber man sig, men nogle oplever øget appetit og vægtstigning. Måske er det første symptom, man lægger mærke til, at man har tabt sig og mistet appetitten – men det modsatte kan også forekomme.

Hvis man har mindst to af ovennævnte *kernesymptomer* og mindst to *ledsagesymptomer* i generende grad i mindst to uger, har man en depression (ifølge det internationale diagnosesystem) – og så skal man sammen med sin læge finde ud af, om der skal gøres noget ved det, og om der eventuelt er noget, man selv kan gøre.

Sværhedsgraden af depressionen afgøres altså af, hvor mange symptomer der er til stede – ud fra følgende retningslinjer:

- En *lettere* depression: mindst to kernesymptomer og mindst to ledsagesymptomer
- En *moderat* depression: mindst to kernesymptomer og mindst fire ledsagesymptomer
- En *svær* depression: alle tre kernesymptomer og mindst fem ledsagesymptomer

Har man en svær depression, kan man fx vågne tidligt, være fåmælt, mangle energi og lyst til almindelige aktiviteter, opleve uro og angst, have nedsat appetit og være ude af stand til at lade sig aflede eller opmuntre. Symptomerne er ofte værst om morgenen, hvor alt føles uoverkommeligt.

Man kan eventuelt forsøge at “måle” sværhedsgraden af sin depression ved hjælp af de to spørgeskemaer bagerst i hæftet. Det drejer sig dels om det almindelige depressionsspørgeskema, som er lavet på baggrund af ovennævnte diagnosesymptomer, og dels om den såkaldte Hamilton-skala, som især bruges til forskning. Den praktiserende læge anvender undertiden en af disse skalaer til at bedømme sværhedsgraden af en depression.

Depression kan i svære tilfælde ledsages af psykotiske symptomer, hyppigst i form af vrangforestillinger, som oftest tager udgangspunkt i det dårlige humør – fx at man har en uhelbredelig kropslig sygdom, eller at man har begået en forbrydelse.

## De forskellige depressions-diagnoser

Depression optræder hyppigst som:

- En depressiv enkelt-episode (én episode og aldrig mere)
- Tilbagevendende (gentagne) depressioner. Der kan være meget varierende mellemrum mellem depressionerne, fra få måneder til mange år. Hvis man har haft 2-3 depressioner, skal man begynde at tænke på langvarig forebyggelse
- En depressiv fase ved manio-depressiv sygdom (såkaldt *bipolar affektiv sindslidelse*), altså en tilstand, hvor der indimellem også kommer maniske opsving. Dette er den alvorligste form, fordi forløbet er så uberegneligt med svingninger fra den ene yderlighed til den anden. Ud over de ubehagelige symptomer fører den manio-depressive sygdom ofte til både familie- og arbejdsmæssige problemer og til misbrug, hvis der ikke sættes kraftigt ind med en forebyggende behandling

Der findes også andre lettere depressionstyper, der dog på grund af deres langvarige forløb er meget belastende:

- Vedvarende, eventuelt livsvarige lettere depressive symptomer (dystymi)
- Vedvarende lettere stemningssvingninger (cyklotymi, en mild manio-depressiv tilstand)
- Kortvarige, tilbagevendende depressioner af få dages varighed, som kan komme med ugers eller måneders mellemrum

Depression kan endvidere ses ved forskellige fysiske hjernelidelser (fx demens eller Parkinsons sygdom) eller i forbindelse med misbrug af alkohol eller stoffer.

Endelig kan depressive symptomer også ses i forbindelse med en personlig krise eller sorg. Det kaldes normalt ikke for en depression, men en sådan tilstand kan undertiden udvikle sig til en egentlig depression – og skal så behandles som sådan. Det gælder, hvis symptomernes intensitet og varighed overskrider det, der skønnes at kunne henføres til krisen eller sorgen.

# diagnosen

## Differentialdiagnosen

Depressive symptomer er ikke altid depression

Depressive symptomer ses ofte ved andre psykiske lidelser eller ved fysiske sygdomme, uden at der er tale om en egentlig depression.

Samtidig kan en depression også være skjult bag andre psykiske symptomer end de depressive, fx angstsymptomer, tvangssymptomer eller fysiske symptomer som smerter og træthed. Lægen skal derfor – sammen med den deprimerede – finde ud af, om det er en egentlig depression eller en anden psykisk eller fysisk sygdom.

Depressive symptomer ses ofte ved angstlidelser som fx fobier (angst for bestemte situationer, fx lukkede rum, gader eller andre mennesker), pludselige panikanfald og konstant angst og bekymrighed (kaldet

generaliseret angst), ved svære tvangstanke og tvangshandlinger (OCD) samt ved specielle tilstande præget af optagethed af kropslige symptomer som smerter og træthed (somatoforme tilstande) eller angst for at lide af en bestemt alvorlig sygdom (hypokondre tilstande). Depressive symptomer kan desuden optræde efter svære psykiske traumer eller belastninger, der ofte ses hos flygtninge og asylansøgere.

Ved demens ses også ofte depressive symptomer. Hos ældre mennesker er det derfor vigtigt at skelne mellem en begyndende demens med depressive træk og en egentlig depression med såkaldt pseudodemente træk, dvs. træk som *ligner* demens, men som ikke er det, og som forsvinder ved antidepressiv behandling.

Misbrug eller overforbrug af især alkohol, men også af forskellige stoffer, fører ofte til depressive symptomer, som dog forsvinder, når overforbruget stopper. En depression kompliceres også ofte af et overforbrug af alkohol, hyppigst hos mænd, der forsøger at dulme symptomerne med alkohol, hvilket blot forværrer depressionen.

Personlighedsforstyrrelser (tidligere kaldet psykopati) kan også ledsages af depressive symptomer, som ofte er tilbagevendende eller vedvarende. Samtidig kan en afvisende og aggressiv holdning, særligt hos deprimerede mænd, ligne en personlighedsforstyrrelse, selv om det ikke nødvendigvis er tilfældet. Når depression diagnosticeres sjældnere hos mænd end hos kvinder, kan en del af forklaringen være, at depression hos mænd undertiden bliver fejlopfattet som misbrug og personlighedsforstyrrelse. Nogle taler om en speciel depressionsform – en “mandlig depression”, som netop er præget af en negativ

holdning til alt og alle, vrede og eventuelt misbrug. Det kan være svært at opdage, at der bag denne “psykopatiske” overflade gemmer sig en regulær depression.

En række fysiske lidelser ledsages af depressive symptomer. Det gælder sygdomme eller skader i hjernen samt en række svære eller kroniske sygdomme som kræft, gigt, hormonlidelser, kroniske infektionssygdomme, B-12-vitaminmangel og blodmangel.

Depression kan også optræde som en bivirkning af medicin, fx ved brug af betablokkere, binyrehormoner (steroider), i nogle tilfælde p-piller samt angst- og sovemedicin (benzodiazepiner).

# selvmord

## Selvmordsrisiko

### Tal om det

Det er naturligvis særligt vigtigt at blive klar over, om der foreligger selvmordsrisiko. Som deprimeret har man ofte svigtende livslyst og ser selvmordet som den bedste og enkleste løsning på problemerne. Man har ofte regulære selvmordstanker, som man dog prøver at skubbe til side eller bekæmpe.

Som pårørende bør man forsøge at blive klar over, om den deprimerede har specifikke planer for, hvordan et selvmord eventuelt kan gennemføres, eller om vedkommende eventuelt allerede har forsøgt selvmord. Det er vigtigt, at der bliver talt om selvmordstanker, da det ofte vil føles som en lettelse for den deprimerede.

En svær depression er en meget pinefuld sygdom, hvor selvmord kan se ud som en

fristende udvej. Mere end halvdelen af alle selvmord optræder i forbindelse med depression, og undersøgelser har vist, at 50% af dem, der begår selvmord, har været i kontakt med deres læge inden for den seneste måned.

Risikoen for selvmord er størst, når der foreligger:

- Detaljerede selvmordsplaner
- Tidligere selvmordsforsøg
- Udtalt følelse af håbløshed
- Ensomhed
- Fysisk sygdom
- Nylig udskrivning fra psykiatrisk indlæggelse
- Selvmord i familien

Mænd begår hyppigere selvmord end kvinder, men kvinder har flere selvmordsforsøg end mænd.

*Se PsykiatriFondens hæfte “Selvmord & depression” for yderligere information.*

# Årsager til depression

## årsager

Depression skyldes et samspil af biologiske, psykologiske og sociale faktorer.

Arven spiller en vis rolle, især ved den manio-depressive sygdom, men et arveanlæg er ikke i sig selv tilstrækkeligt til at fremkalde en depression. Det er oftest en eller anden form for belastning udefra, der rammer personen, som udløser en depression. Det kan ske i en særligt følsom livsfase, fx i forbindelse med sorg, krise eller konflikter med omgivelserne, eller det kan være misbrug, traumer, sygdom eller hormonsvingninger, fx i forbindelse med fødsel ("fødselsdepression"), der udløser depressionen.

Vinter- eller forårsdepressioner kan opstå, hvis mængden af dagslys nedsættes markant. Hvor stærk en påvirkning, der skal til for at udløse en depression, menes at afhænge af arveanlægget: jo stærkere arveanlægget er, jo mindre påvirkning skal der til.

Endelig har depressionssygdommen en vis selvforstærkende virkning, idet en depression ofte baner vejen for nye depressioner – med tiltagende hyppighed.

Følgende faktorer øger risikoen for udvikling af depression:

- Depression i familien (arvelighed)
- Tidligere depressioner
- Tidligere selvmordsforsøg
- Alvorlig fysisk sygdom
- Barsel eller abort
- Alkohol- eller andet misbrug

Der er også en række social-psykologiske belastninger, der kan medvirke til at udløse en depression:

Dramatiske, rystende oplevelser:

- Krigsoplevelser og naturkatastrofer
- Ulykkestilfælde
- Tortur og gidseltagning
- Fangenskab
- Overfald og voldtægt

Tab:

- Dødsfald eller svær sygdom blandt nærtstående

- Skilsmisse og afbrudt samlivsforhold
- Ensomhed
- Afskedigelse og arbejdsløshed
- Tab af kæledyr, bolig, bil eller lignende

Livsændringer:

- Indgåelse af ægteskab eller samlivsforhold
- Forfremmelse
- Flytning
- Barsel og forældreskab
- Pensionering

Konflikter:

- Familiekonflikter
- Arbejdskonflikter
- Nabokonflikter
- Skolekonflikter

Andet:

- Overanstrengelse og stress
- Søvnmangel

Psykologiske faktorer kan også danne grund for en depression. Fx ved man, at tabsoplevelser i barndommen – som fx tabet af en far eller mor, svigtende omsorg eller manglende kærlighed og respekt – kan give den skrøbelighed, der kan slå ud som depression ved et tilsvarende tab som voksen. Man mener også, at perfektionistiske og selvusikre karaktertræk kan øge risikoen for depression.

Set fra en kognitiv indfaldsvinkel drejer det sig om en selvforringende grundopfattelse og automatiske negative tanker som fx “jeg duer ikke til noget”. En tilfældig hændelse, ofte af mindre betydning, kan da genfremkalde og forstærke de negative tanker og de dermed forbundne depressive følelser. Kognitiv terapi sigter derfor mod systematisk at ændre de negative tanker til positive tanker (se side 21).

*Se PsykiatriFondens hæfte “Årsager & depression” for yderligere information.*

## Behandling

### Samtale eller medicin?

For at kunne tilrettelægge den rette behandling af en depression må man først forsøge at finde frem til de biologiske, psykologiske og sociale faktorer, der kan have udløst depressionen. Behandlingen skal så vidt muligt rettes mod disse faktorer.

Depressioner i familien taler for, at arvelige faktorer spiller ind. Det betyder, at psykologiske og sociale årsagsfaktorer forholdsvis let kan fremkalde en depression. Hvis der derimod ikke er depression i familien, spiller de arvelige faktorer formentlig en mindre rolle, mens psykosociale årsagsfaktorer har større betydning. Behandlingen bør derfor i højere grad sætte ind mod de psykosociale faktorer.

I næsten alle tilfælde spiller både biologiske og psykosociale faktorer en rolle. Alle deprimerede har derfor behov for en eller anden form for samtalebehandling. Hos dem, der har en sværere eller længerevarende depression, vil samtalerapi alene ikke være tilstrækkelig, og den bør derfor suppleres med antidepressiv medicin.

Man kan som regel regne med følgende principielle retningslinier, der forholder sig til depressionens sværhedsgrad:

- Lettere depression: Samtalebehandling. Virkningen af medicin ved lettere depressioner er usikker
- Moderat depression: Samtalebehandling i 1-2 uger, eventuelt længere, afhængigt af den deprimeredes egen

holdning og udsigten til et givende forløb. Hvis der ikke indtræder eller ser ud til at ville indtræde bedring, eller hvis tilstanden forværres, suppleres med medicin.

- Svær depression: Foruden samtalebehandling behandles altid med medicin. Ved selvmordsrisiko og psykotiske symptomer bør man indlægges på psykiatrisk afdeling.
- Depressiv fase i en manio-depressiv tilstand: Behandling med antidepressiv medicin kan udløse en mani. Behandlingen kombineres derfor ofte med stemningsstabiliserende behandling i form af litium og/eller antiepileptisk medicin i samråd med en psykiater. Denne forebyggende behandling er særligt vigtig ved manio-depressive tilstande, der kan være totalt ødelæggende for den ramte og dennes familie.

*Se PsykiatriFondens hæfte "Mani & depression" for yderligere information.*

## Psykoterapi – samtaleterapi

Alle mennesker med depression har brug for almindelig støttende samtalebehandling hos lægen. Samtalen skal blandt andet indeholde:

- Oplysning om depressionen og dens formodede årsag(er)
- Oplysning om den foreslåede behandlings forventede effekt og bivirkninger
- Afklaring af den deprimeredes motivation til at modtage og gennemføre den foreslåede behandling
- Rådgivning vedrørende problemer og belastninger – særligt med henblik på, at den deprimerede undgår store beslutninger eller handlinger under depressionen

Den deprimerede skal desuden have vejledning med hensyn til afledning, beskæftigelse eller livsstilsændringer, hvis det er muligt, samt *altid* trøst og opmuntring. Den deprimerede vil have særlig brug for gentagne forsikringer om, at depressionen før eller siden vil forsvinde.

Egentlig psykoterapi vil især komme på tale ved særlige psykologiske og sociale årsagsfaktorer, specielt tabsoplevelser, ligesom man også bør tage patientens personlighed i betragtning.

De hyppigst anvendte psykoterapeutiske metoder er kognitiv terapi, psykodynamisk terapi og interpersonel terapi.

**Kognitiv terapi** sigter mod at ændre vænsmæssige negative tanker som fx "jeg duer ikke til noget", "ingen kan lide mig" og "det bliver aldrig anderledes". Man prøver at finde konkrete situationer, hvor den deprimerede har oplevet de negative følelser og tanker – og derefter at finde alternative, mere virkelighedsnære tanker. Den kognitive behandlingsform er meget konkret, men let at forstå og at arbejde med for de fleste. Undersøgelser tyder på, at kognitiv terapi virker på lettere og undertiden på moderate depressioner, og at virkningen holder bedre end den medicinske behandling. En del praktiserende

læger anvender kognitiv terapi, mens andre henviser til psykiatere eller psykologer.

**Psykodynamisk terapi**, der bygger på Freuds principper, sigter mod at afdække og skabe indsigt i ubevidste konflikter. Samtaleformen er mere fri og afhængig af den deprimerede, hvorfor psykodynamisk terapi ikke er særligt velegnet til at behandle en eksisterende depression, hvor den deprimerede sjældent har overskud til at tale. Psykodynamisk terapi er mere egnet til bearbejdelse af personlighedstræk og kan anvendes efter en depression med henblik på at forebygge nye depressioner. Behandlingsformen anvendes af få praktiserende læger, men af mange psykiatere og psykologer.

**Interpersonel psykoterapi** er en sjældnere anvendt behandlingsform, der stiler mod at lære den deprimerede nogle metoder til at løse problemer i hans eller hendes forhold til andre mennesker.

Almindelig støttende samtalebehandling kan alle læger tilbyde i et sædvanligt konsultationsforløb, men egentlig psykoterapi kræver særlig uddannelse og erfaring. En del praktiserende læger har uddannet sig i og tilbyder psykoterapi til deres patienter. Især kognitiv terapi anvendes af mange.

Ved behov for egentlig psykoterapi vil de fleste praktiserende læger dog henvise til psykiater eller psykolog med erfaring i psykoteraeutisk behandling af depressive patienter.

*Se PsykiatriFondens hæfte "Psykoterapi & depression" for yderligere information.*

## Medicin

Medicin mod depression (antidepressiva) fordeler sig i fire grupper:

1. De ældre antidepressiva: TCA-præparater (tricykliske antidepressiva)
2. De nyere antidepressiva: SSRI-præparater (specifikke serotonin-reuptake-inhibitorer)
3. De såkaldte "dual action"-præparater (virkning på to signalstoffer)
4. Monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere)

Alle de fire typer fremmer virkningen af et eller to signalstoffer i hjernen, serotonin og/eller noradrenalin, men på forskellig måde og med forskellige bivirkninger (se nedenfor). Indholdet af serotonin og noradrenalin i hjernen har betydning for depression, og det er disse stoffer, man påvirker med antidepressiv medicin.

**1. De ældre antidepressiva (fx Anafranil, Noritren og Saroten)**  
Ved svære depressioner ser det ud til, at disse antidepressiva er lidt mere effektive end SSRI-præparaterne, men til gengæld giver de en række generende bivirkninger. Dette skyldes, at de ud over at fremme virkningen af de ovennævnte signalstoffer blokerer nogle receptorer, hvilket giver bivirkninger. Lægen kan måle koncentrationen af disse stoffer i blodet for at finde frem til den rette dosis.

**2. SSRI-præparaterne (Cipramil, Fevarin, Fontex, Seroxat, Zoloft)**  
Disse præparater bruges ofte som det første behandlingsmiddel ved depression, fordi de virker specifikt serotonin-fremmende uden at blokere forskellige receptorer, der giver bivirkninger. Serotoninfølsomme mennesker kan dog udvikle serotonin-bivirkninger. Naturmedicinpræparater med udtræk af perikonplanten indeholder et stof med svag SSRI-lignende virkning.

**3. "Dual action"-præparaterne**  
Disse præparater er nyere antidepressiva, der fremmer både serotonin og noradrenalin og derfor ofte anvendes, hvis de rene serotoninfremmere ikke virker. Det drejer sig om Efexor, Nefadar og Edronax. Desuden henregnes det noget specielle Remeron til denne gruppe, idet det også fremmer de to nævnte signalstoffer, om end på en indirekte måde. Remeron har desuden nogle af de gamle midlers receptorblokerende virkninger, og det har derfor også nogle af disses bivirkninger.

**4. MAO-hæmmerne (Aurorix og Marplan)**  
Disse præparater virker på en helt anden måde end de øvrige antidepressiva, da de hæmmer nedbrydningen af signalstoffer. Specielt Marplan anvendes som regel kun, når behandling med andre præparater ikke hjælper. Marplanbehandling varetages hyppigst af psykiatere, idet der kan forekomme ubehagelige bivirkninger ved kombination med andre lægemidler og nogle fødevarer.

medicin

Valget af medicin afhænger af:

- Depressionens karakter
- Om man tidligere har fået antidepressiv medicin og effekten af denne
- Om man samtidig har anden psykisk eller fysisk sygdom eller får anden behandling
- Hvilke bivirkninger man er overfølsom overfor eller ikke kan acceptere
- Selvmordsrisiko
- Den deprimeredes accept
- Pris

## Virkninger

Antidepressiv medicin virker på alle de depressive symptomer, men virkningen sætter som regel langsomt ind i løbet af 3-4 uger. Det kan være frustrerende at tage medicin i så lang tid uden at føle en bedring, men kun eventuelle bivirkninger. Men den tilsigtede virkning indtræder efterhånden, og efter otte uger fungerer man – om alt går vel – næsten normalt igen.

Lægen vil orientere grundigt om behandlingen og gøre opmærksom på, at behandlingen bør fortsætte i mindst seks måneder efter indtrådt bedring. Lægen vil også hjælpe med at finde den rette dosis og oplyse om mulige bivirkninger (se nedenfor), om risikoen ved for tidligt ophør med behandlingen og om eventuelle symptomer i den forbindelse.

## Bivirkninger

1. TCA-præparaterne – de gamle antidepressiva – giver især følgende bivirkninger:

- Mundtørhed
- Tågesyn
- Hurtig hjertebanken
- Forstoppelse
- Vandladningsgener (hos ældre mænd)
- Forvirring
- Svimmelhed (blodtryksfald)
- Sløvhed, træthed
- Forsinket udløsning/orgasme
- Søvnforstyrrelse
- Rastløshed
- Vægtøgning

På grund af de gamle antidepressivas påvirkning af hjertet bør de så vidt muligt ikke anvendes af ældre eller af mennesker med svagt hjerte. Selv en relativt lille overdosis kan være livstruende.

2. SSRI-præparaterne – de nyere antidepressive midler – giver især følgende bivirkninger:

- Kvalme
- Hovedpine
- Søvnforstyrrelser
- Sex-problemer, specielt forsinket udløsning/orgasme
- Eventuelt lidt angst og uro (i begyndelsen)
- Rysten, mundtørhed og svedtendens (dog sjældent)

Mange oplever dog ingen bivirkninger, og de fleste bivirkninger aftager ved længere tids behandling. Man kan eventuelt gå lidt ned i dosis og derved undgå eller begrænse bivirkningerne. Man kan også skifte til et andet præparat, som har en anden virkningsmekanisme og derfor ikke giver de samme bivirkninger. Det gælder fx ved forstyrrelse af seksuallivet, som kan være meget generende i den lange periode, hvor man har det godt, men må tage

medicinen for ikke at få tilbagefald. To præparater, Nefadar og Remeron (se nedenfor) har ikke denne bivirkning, men kan have andre bivirkninger.

I sjældne tilfælde kan man få det såkaldte "serotonin-syndrom". Det kan opstå ved høj dosis eller ved brug af flere antidepressive midler samtidig. Symptomerne er muskelrykninger, skælven, kvalme, diarre, svedtendens og forvirring. Ved mistanke om serotonin syndrom skal man straks holde op med at tage medicinen. Symptomerne svinder da som regel i løbet af et døgn eller to. De kan også modvirkes af stoffet Periactin.

Endelig skal man være opmærksom på, at der ved alle antidepressive midler kan komme et ubehageligt ophørssyndrom, hvis man holder op med behandlingen fra den ene dag til den anden. Dette viser sig ved symptomer som svimmelhed, kvalme, hovedpine, angst, depression, irritabilitet og impulsadfærd. Medicinsk behandling

skal derfor altid trappes langsomt ned, ikke alene på grund af ophørssyndromet, men også på grund af risikoen for tilbagefald. Man kan fx hver fjerde uge nedsætte dosis med 1/2-1 tablet dagligt, senere hver anden dag – men altid kun i samråd med lægen.

3. "Dual action"-præparaterne fremmer virkningen af både serotonin og noradrenalin, men i meget varierende grad. *Efexor* virker lige meget på begge og kan derfor give de ovennævnte serotoninbivirkninger (kvalme, hovedpine, sex- og søvnforstyrrelser). Dertil kommer noradrenalin-bivirkninger i form af svedtendens, mundtørhed og forstoppelse. *Edronax* fremmer især noradrenalin og giver ikke serotoninbivirkninger. *Nefadar* virker mest på serotonin-systemet, men blokerer for en serotonin-receptor, hvorfor dette stof ikke giver sex- og søvnproblemer, men evt. de nævnte noradrenalin-bivirkninger. *Remeron* har nogle af de gamle antidepressivas receptorblokerende virkninger

og derfor også de heraf følgende bivirkninger, især vægtøgning og sløvhed. Det er godt at sove på, men man kan i begyndelsen føle sig tung i hovedet om morgenen. Man kan udnytte denne bivirkning og anvende Remeron som supplement til en SSRI-behandling i forbindelse med angst og søvnproblemer.

4. MAO-hæmmerne Aurorix og Marplan. Aurorix kan give de samme bivirkninger som SSRI-præparaterne, men er almindeligvis ret bivirkningsfrit. Det kraftigere virkende Marplan har ofte relativt få bivirkninger, men kan dog give nedsat søvn og rastløshed, svimmelhed, hævede ankler og hæmmet sædafgang. Det vigtigste er, at man er opmærksom på, hvad man spiser og drikker samtidig med medicinen – og ca. 14 dage efter. Hvis man fx kommer til at indtage gammel ost og rødvin, er der risiko for blodtryksstigning og hovedpine, som kræver behandling på skadestuen med indsprøjtning af modgiften Rigitin (fentolamin). Både gammel

ost og rødvin indeholder stoffet tyramin, hvis nedbrydning også hæmmes af Marplan, og det fører til den nævnte reaktion. Hvis man behandles med Marplan, får man derfor udleveret et rødt kort eller lignende med en liste over de lægemidler og fødevarer, man skal undgå.

*Se PsykiatriFondens hæfte "Medicin & depression" for yderligere information.*

## Behandlingsfaser – behandlingsens varighed

Den praktiserende læges behandling af depression forløber i to eller tre faser:

### 1. fase: Den indledende behandlingsfase, hvor symptomerne svinder

Den første behandlingsfase strækker sig over 1-3 måneder, indtil der er opnået en markant og stabil bedring. For alle antidepressive midler gælder det, at virkningen først kan forventes at begynde efter 3-4 ugers forløb, og at den fulde virkning først opnås efter 6-8 ugers behandling. Hvis der ikke kommer en tydelig bedring i løbet af 4-6 uger, skal man først øge dosis og senere evt. skifte til en anden type medicin. Mens depressionen står på, vil lægen følge behandlingen med korte mellemrum – fra få dage til få uger, afhængigt af sværhedsgraden. Specielt bør man være opmærksom på, at der kan være øget selvmordsrisiko, når bedringen indtræffer og en eventuel handlingslam-

melse begynder at forsvinde. Man er i den situation i stand til at handle ud fra et eventuelt selvmordsønske.

### 2. fase: Den opfølgende behandlingsfase, hvor medicinen skal holde symptomerne nede

I denne fase, der varer 6-12 måneder, er det nødvendigt at fortsætte behandlingen, fordi der ellers kommer tilbagefald. Sygdommen er ikke forsvundet, men mærkes ikke, fordi den medicinske behandling fortsætter. Først efter et halvt års tid kan man regne med, at sygdommen er forsvundet og derfor ikke viser sig igen efter ophør med medicinen. Da risikoen for tilbagefald er størst i de første måneder, bør opfølgningen her ske med fx 2-4 ugers mellemrum. Senere kan opfølgningen begrænses til hver eller hver anden måned.

### 3. fase: Den forebyggende behandlingsfase, der skal hindre en ny depression i at opstå

Den forebyggende fase kan vare fra flere år til resten af livet, afhængigt af den enkeltes tilbøjelighed til at få nye depressioner. Risikoen for en ny depression er cirka 50% efter den første depression, 70% efter to depressioner og 90% efter tre depressioner. Forebyggende behandling vil derfor ofte være nødvendig, men det kræver hver gang en grundig afvejning af fordele og ulemper.

Man bør overveje en forebyggende behandling, hvis der har været to eller flere depressioner (med mindst to måneders mellemrum) inden for en fem-årig periode.

Spørgsmålet om evt. årelang forebyggende behandling kan undertiden kræve samråd med en psykiater.

Både den deprimerede og de pårørende skal være klar over risikoen for nye depressioner. Man bør derfor kende tegnene på begyndende depression og vide hvordan, man skal forholde sig til dem.

## Specielle behandlingssituationer

### Graviditet

Man har ikke bevis for, at antidepressiv medicin kan skade fosteret, men behandling under graviditet må principielt frarådes. Ved svær depression må man afveje risikoen ved at undlade at behandle over for risikoen ved en behandling, fortrinsvis med SSRI- og TCA-præparater, som man har kendt længst. Kun litium og stemningsstabiliserende midler, der anvendes ved manio-depressiv sygdom, vides at kunne give fosterskade.

### Amning

Antidepressiv medicin går i nogen grad over i modermælken og kan derfor påvirke den nyfødte ved amning. Barnet vil da især reagere med sløvhed eller irritabilitet. Langtidsvirkningen er ikke kendt, og man må derfor – i hvert fald principielt –

fraråde amning under nødvendig behandling med antidepressiv medicin.

### Nedsat udskillelse af medicin

Nogle mennesker mangler et bestemt enzym i leveren, som nedbryder medicin. De udskiller derfor en række antidepressive midler og andre medikamenter langsommere end andre mennesker, hvilket fører til en højere koncentration af medicinen i kroppen. Det drejer sig om 3-7% af vesteuropæere, men betydeligt flere blandt personer af anden etnisk oprindelse, især asiater og inuitter (eskimoer). Man bør være opmærksom på dette, og har man mistanke, kan man behandle personen med et TCA-præparat og overvåge koncentrationen i kroppen ved hjælp af blodprøver.

### Manglende virkning

Hvis ikke der indtræder en tydelig bedring i løbet af 4-6 uger, vil lægen sikre sig, at doseringen af medicinen er optimal, og at den deprimerede tager medicinen. Diagnosen og de mulige årsager til depressionen bør vurderes igen, for at sikre at lægen ikke har overset en væsentlig årsagsfaktor, som kunne pege på en anden behandling. Først herefter kan man overveje at ændre behandlingen, fortrinsvis til en anden type medicin, fx til TCA-præparater, hvor man kan overvåge koncentrationen i kroppen. Hvis to behandlingsforsøg har været uden virkning, bør den deprimerede henvises til en psykiater.

### Depressive symptomer ved andre tilstande eller sygdomme

Behandlingen vil her i første række være rettet mod den primære tilstand/sygdom. De depressive symptomer kan imidlertid være så udtalte, at det er nødvendigt med supplerende antidepressiv behandling, medicinsk eller psykoterapeutisk.

Ved dystymi, cyklotymi og kortvarige tilbagevendende depressive episoder (se side 12) kan de depressive symptomer være ret kraftige, selv om der ikke er tale om en egentlig depression. Disse tilstande kan være næsten invaliderende og er desværre ofte vanskelige at behandle. Man kan forsøge at behandle dystymi med antidepressiv medicin, mens man ved de to andre tilstande oftest må henvise til en psykiater med henblik på forebyggende stabiliserende behandling.

Hvis depressionen præges af angst, søvnløshed eller abstinenssymptomer, kan lægen overveje, eventuelt blot i en kortere periode, at behandle med beroligende medicin rettet mod disse symptomer, fx Remeron.

### Vinterdepression – lysbehandling

Vinter- og forårsdepressioner kan man forsøge at behandle med hvidt lys. Man kan leje eller købe en særlig lampe og tage lys fra den 1-2 timer dagligt først på

dagen. Hvis behandlingen er virksom, vil man kunne mærke en bedring inden for to uger. Herefter ses tiden an, og behandlingen genoptages straks, hvis der er tegn på tilbagefald. Man kan også fortsætte lysbehandlingen, eventuelt kun hver anden dag, for at forebygge tilbagefald. Der findes dog ingen undersøgelser, der specifikt belyser forebyggelseffekten.

Lysbehandling foregår på den måde, at man placerer sig ca.  $\frac{1}{2}$ -1 meter fra lyskilden (hvidt lys, ca. 2.500-5000 Lux) ca. 1 time dagligt, bedst om morgenen. Lyskilden kan bl.a. købes hos Matas eller lejes/købes i specialforretninger, fx Smifa (tel. 5614 5650).

*Se PsykiatriFondens hæfte "Årstider & depression" for yderligere information.*

### Motion

Fysisk aktivitet i form af konditionstræning, løbeture eller lange gåture kan bidrage til at øge det psykiske aktivitetsniveau og derved i nogle tilfælde også modvirke de depressive symptomer og give en vis umiddelbar lettelse.

## Hvordan forløber konsultationerne hos den praktiserende læge?

Man kan aldrig forudsige et konsultationsforløb med sikkerhed. Diagnosen kan være svær at stille, og behandlingen forløber ikke altid som forventet. Men det følgende er et bud på et almindeligt forløb.

Det er vigtigt, at man som deprimeret altid fortæller om alle symptomerne, også selv om man er flov over situationen og føler, at det er noget, man selv må klare. I den sammenhæng kan det være klogt at have en pårørende eller en ven med ved en af de første konsultationer, så lægen kan få et mere nuanceret indtryk af tilstanden.

### Første konsultation

Først stilles diagnosen. Hvis der er mistanke om depression, vil lægen sikkert spørge til de tre kernesymptomer og de syv ledsagesymptomer (se side 8-10).

Herefter vurderes depressionens sværhedsgrad:

2 kerne-symptomer + 2 ledsage-symptomer = let depression

2 kerne-symptomer + 4 ledsage-symptomer = moderat depression

3 kerne-symptomer + 5 ledsage-symptomer = svær depression

Diagnosen depression vil ofte kunne afklares ved første konsultation.

Derefter gælder det om at finde de mulige årsager:

Arvelige faktorer?  
Tidligere depressioner?  
Alkohol?

# konsultation

Medicin?  
Psykologiske eller sociale årsager?  
Karaktertræk der øger følsomheden for depression?

Udredning af de psykosociale forhold vil som regel kræve flere konsultationer og indgår i den almene samtalebehandling.

Til sidst planlægges behandlingen ud fra de foreliggende oplysninger:

- Almen samtalebehandling er det vigtigste og anvendes altid. Heri indgår oplysning om tilstanden og behandlingsmulighederne, gerne ledsaget af skriftlig oplysning (fx i form af dette hæfte)
- Er der tale om en let depression med psykosociale årsagsfaktorer, vil den fortsatte behandling være en samtaleterapi, der er tilpasset situationen
- Er der tale om en moderat depression, vil det være bedst at se tiden an med henblik på effekten af samtalebehand-

ling, enten almen eller efter kognitive principper. Om og hvornår der eventuelt skal gives medicin, afhænger af både den deprimeredes og af lægens holdning

- Hvis der er tale om en svær depression, skal der som regel gives medicin med det samme
- Ved depression med selvmordsrisiko eller psykotiske symptomer kan indlæggelse komme på tale

## Anden konsultation

Denne vil almindeligvis – afhængigt af depressionens sværhedsgrad – finde sted inden for 1-2 uger, altså relativt hurtigt, fordi man ofte har behov for mere tryk og omsorg omkring sygdommen og dens behandling og behov for at supplere med det, man ikke fik sagt ved første konsultation. Både lægen og den deprimerede har behov for at få de mulige årsagsfaktorer yderligere afdækket for i så høj grad som muligt at få dem inddraget i den almene samtalebehandling.

Ved den moderate depression fortsætter overvejelserne om behandlingsform – psykoterapi og/eller antidepressiv medicin. Den deprimeredes motivation for det ene eller det andet kan være afgørende.

Ved svær depression overvejes den medicinske behandling, og dosis justeres afhængigt af bivirkningerne. Det overvejes, om behandlingen kan gennemføres i almen praksis, eller om den deprimerede skal henvises til praktiserende psykiater eller hospital.

Man bør huske, at der ved svær depression kan være selvmordsrisiko og psykotiske symptomer.

## Tredje og følgende konsultationer

Den indledte behandling fortsætter, med en systematiseret samtalebehandling og/eller antidepressiv medicin. Virkninger og bivirkninger registreres. Det er af afgørende betydning, at man som deprimeret og som pårørende føler sig tryk ved be-

handlingen, også selv om der går lang tid, før virkningen sætter ind. Og at man forstår, at der altid er andre muligheder, hvis den første behandling ikke virker så godt og hurtigt som forventet.

Hen ad vejen drejer det sig om at finde ud af, hvor længe behandlingen skal fortsætte. Ved medicinsk behandling gælder principperne med de tre behandlingsfaser (se side 28).

Ved en vellykket behandling kan man vende tilbage til arbejdet efter ca. to måneder. Men i nogle tilfælde virker den første behandling ikke, hvorfor der skiftes medicin, eller den deprimerede henvises til psykiater. Det kræver alt sammen tid, men stort set alle depressioner kan behandles og forsvinder.

Har der været tale om flere depressioner eller om en tilbagevendende maniodepressiv tilstand, er forebyggelse, både med samtale og med medicin, af helt afgørende betydning.

## Hvornår skal man indlægges eller henvises til psykiater?

I følgende tilfælde vil den praktiserende læge almindeligvis overgive behandlingen til psykiater eller til psykiatrisk afdeling:

- Ved selvmordsrisiko (indlæggelse)
- Hvis der oveni de depressive symptomer er psykotiske symptomer, fx hallucinationer, vrangforestillinger eller betydelig uro (indlæggelse)
- Ved udtalt spisevægring (indlæggelse)
- Ved manglende effekt af behandling, evt. efter to (måske tre) forsøg med anden type antidepressiv medicin (indlæggelse eller henvisning til psykiater)
- Sociale eller familiemæssige forhold, som gør behandling hos praktiserende læge eller psykiater vanskelig (indlæggelse)
- Behov for formaliseret psykoterapi, som egen læge ikke selv behersker

(henvisning til psykiater eller psykolog)

- Usikkerhed med hensyn til diagnose eller videre behandling (henvisning til psykiater eller indlæggelse)
- Patienter med manio-depression (henvisning til eller behandling i samråd med psykiater)
- Behov for kombinationsbehandling eller forebyggende behandling (henvisning til eller behandling i samråd med psykiater)

### Hos den praktiserende psykiater

Hvis den praktiserende læge henviser til psykiater, får den deprimerede en henvisning og bliver bedt om at aftale tid hos den egnede psykiater, der er udpeget af lægen. Der kan være lang ventetid, og hvis den vurderes *for* lang, kan lægen evt. forsøge

at få presset en akut tid igennem. Mange praktiserende psykiatere kan – i særlige tilfælde – tage en ekstra patient, hvis det virkelig haster.

Konsultationerne hos psykiateren vil i store træk forløbe som hos den praktiserende læge, blot vil psykiateren have større erfaring og vil derfor kunne gå mere i dybden med symptomerne og med baggrunden for symptomerne, ligesom han eller hun i højere grad vil kunne komme med forslag til behandlingsformer, både medicinske og psykoterapeutiske.

I nogle tilfælde behøver psykiateren måske kun at se den deprimerede nogle få gange. Den praktiserende læge kan derefter igen tage over og videreføre et planlagt behandlingsforløb. I andre tilfælde vil psykiateren følge den deprimerede gennem hele behandlingsperioden og eventuelt videre ind i et forebyggende behandlingsforløb.

Hos den praktiserende psykolog I tilfælde, hvor der skønnes at være behov for speciel psykologisk behandling, kan den praktiserende læge råde den deprimerede til at kontakte en praktiserende psykolog. Psykologer har ingen muligheder for at give medicin, men arbejder udelukkende med samtalen – efter de principper, der er skitseret på side 20-21. Psykologerne har (endnu) ingen aftale med sygesikringen, hvorfor man selv må betale for konsultationerne, der typisk koster omkring 500 kr. pr. gang. I krisesituationer kan sygesikringen hjælpe, og ved sociale og arbejdsmæssige problemer kan socialkontoret eventuelt være med til at dække udgifterne.

# huskeliste

## Huskeliste

– for hele behandlingsforløbet

Følgende er vigtigt for den deprimerede, de pårørende og den praktiserende læge:

- Gennem hele forløbet at være opmærksom på selvmordsrisiko, specielt når der kommer en begyndende bedring. Her kan en oprindeligt handlingslammet person med selvmordstanker begynde at få energi til eventuelt at gøre alvor af sine tanker
- Gennem hele forløbet at prøve at inddrage de pårørende, som kan bidrage med væsentlige oplysninger om symptomer, årsager og forløb, ligesom de kan bidrage til behandlingen med støtte, opmuntring, afledning og eventuelt overvågning
- At forstå, at depression ikke drejer sig om svaghed, dovenskab eller manglen på evne til at tage sig sammen, at en depression ikke er en ualmindelig tilstand – og at den kan behandles effektivt
- At eventuelle selvmordstanker absolut skal tages alvorligt, og at omgivelserne hjælper med at holde øje med denne risiko
- At den deprimerede undgår store handlinger eller beslutninger, mens depressionen står på
- At kende til forventet virkningstid og eventuelle bivirkninger ved behandling med medicin, samt til risiko og gener hvis behandlingen ophører pludseligt eller for tidligt
- At aftale tidspunktet for næste konsultation hos den praktiserende læge – og at de pårørende sikrer at dette sker, selv om den deprimerede ikke selv kan tage sig sammen til det.

## Anbefalet litteratur

# litteratur

Udgivelser fra PsykiatriFonden kan bestilles hos fonden på tlf. 3929 3909

PsykiatriFondens skriftserie om depression (alle udkommet i 2001):

- Fakta & depression
- Ældre & depression
- Årsager & depression
- Behandling & depression
- Medicin & depression
- Børn og unge & depression
- Selvmord & depression
- Job & depression
- Psykoterapi & depression
- Pårørende & depression
- Mani & depression
- Årstider & depression

Bech, Per (red.):

*For andre er livet en selvfølge*  
PsykiatriFondens Forlag, 1997

Bech, Per (red.):

*Depressionssygdommen og dens behandling*  
PsykiatriFondens Forlag, 1997

Gerlach, Jes (red.):

*Depression og depressionsbehandling*  
PsykiatriFondens Forlag, 1997

Gerlach, Jes og Vestergaard, Per:

*Psykofarmaka*  
PsykiatriFondens Forlag, 1998

Nystrup, Jørgen:

*Psykoterapi*  
PsykiatriFondens Forlag, 1997

Thomsen, Per Hove (red.):  
*Psykiske sygdomme og problemer  
hos børn og unge*  
PsykiatriFondens Forlag, 1999

Anden relevant litteratur:  
Agerberg, Miki:  
*Ud af mørket*  
Fremad, 1999

Baunsbak-Jensen, Asger:  
*Den tynde Væg*  
Poul Kristensen Forlag, 2000

Lindhardt og Ringhof, 1999  
Gjerris, A. og Vestergård, P.:  
*Depression og mani – håndbog for patienter  
og pårørende*  
Munksgaard, 1992

Jamison, K.R.:  
*Et uroligt sind. En manio-depressiv  
kvinde fortæller*  
Borgen, 1997

Larsen, Hans-Erik (red.):  
*I sort – en debatbog om depression*  
Lindhardt og Ringhof, 1999

Herudover findes der mere information  
om depression i DepressionsForum på  
PsykiatriFondens hjemmeside på  
**[www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)**

PsykiatriFondens TelefonRådgivning  
tilbyder råd, information og støtte til  
personer med depression (og andre  
psykiske problemer), deres pårørende  
og andre interesserede.

Telefonrådgivningen har tlf. 39 25 25 25  
og er åben mandag til fredag kl.11-23,  
lørdag og søndag kl.11-19.

## Hamiltons depressions-vurderingsskala

Symptomer ved depression. Hamilton  
depressionsskala: De enkelte symptomer  
vurderes i sværhedsgrad fra 0 til 2 eller 4.

Summen af alle spørgsmål angiver  
sværhedsgrad af depressionen.

### Total sum

8-12: mulig depression  
13-17: mild depression  
≥18: svær depression

NR.	SYMPTOM		SKORING
1.	Nedsat stemningsleje	0-4	
2.	Skyldfølelse og selvbebrejdelser	0-4	
3.	Suicidale impulser	0-4	
4.	Indsovningsbesvær	0-2	
5.	Afbrudt søvn	0-2	
6.	Tidlig morgenvågning	0-2	
7.	Arbejde og interesser	0-4	
8.	Hæmning	0-4	
9.	Agitation	0-4	
10.	Angst, psykiske komponenter	0-4	
11.	Angst, somatiske komponenter	0-4	
12.	Gastrointestinale symptomer	0-2	
13.	Somatiske symptomer, generelt	0-2	
14.	Seksuel interesse	0-2	
15.	Hypokondri	0-4	
16.	Manglende sygdomsindsigt	0-2	
17.	Vægttab	0-2	
	<b>SUM</b>		

Vejledning i Hamiltons depressionsskala findes på PsykiatriFondens hjemmeside, [www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)

## Depressionsspørgeskema baseret på diagnosesystemets 10 symptomer

### Test dig selv

Der findes forskellige testskemaer, hvor man kan få en fornemmelse af, om man har en depression. Sådanne skemaer er ikke facitlister, der fortæller, om man er deprimeret og skal have behandling eller ej. De giver blot et fingerpeg i retning af, om der er noget galt, som man måske skal gå til lægen med for en nærmere vurdering.

På næste side ses et sådant skema, der er udarbejdet på baggrund af det internationale diagnosesystem ICD-10. Hvis man har haft mere end fem af disse symptomer i mere end halvdelen af tiden gennem de sidste to uger, kan der være tale om en middelsvær til svær depression, og så bør man straks søge læge.

### Testskema

*Nedennævnte spørgsmål handler om, hvordan du har haft det gennem de sidste 2 uger.*

	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1. Har du følt dig trist til mode, ked af det?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Har du mistet interessen for dine daglige gøremål?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Har du mistet energien og kræfterne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Har du haft mindre selvtillid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Har du følt, at livet ikke var værd at leve?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Har du haft besvær med at koncentrere dig, fx at læse avis eller følge med i fjernsynet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Har du følt dig enten meget rastløs eller mere stille med alting?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Har du haft besvær med at sove om natten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Har du haft nedsat appetit eller lagt mærke til, at du har tabt dig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## **PsykiatriFonden**

Carl Niensens Allé 9  
2100 København Ø

tlf. 3929 3909

fax 3929 3915

pf@psykiatrifonden.dk  
www.psykiatrifonden.dk