

Om affektive lidelser – særligt med henblik på depressionsdiagnostik og prognose

Overlæge Jens Knud Larsen & professor Per Bech

Psykiatrisk Center Gentofte og
Psykiatrisk Sygehus Hillerød, Psykiatrisk Forskningsenhed

Resume

Affektive lidelser er beskrevet siden den græske oldtid. International Classification of Diseases (ICD)-10-klassifikationen af mani og depression sammenblender typologi og sværhedsgrad. Der redegøres for en hierarkisk sygdomsmodel for depression, hvormed man skelner mellem psykotisk, melankoliform og nonmelankoliform depression. Metoder til måling af mani og depression omtales, og der gives eksempler på spørgeskemaer i klinisk praksis. Forløbet af affektive lidelser understreger lidelsernes alvorlige karakter med hyppige tilbagefald og lang samlet sygdomsvarighed, særligt gældende for den depressive tilstand.

Mani og depression har været kendt i hele menneskehedens historie. Fra den græske oldtid stammer nutidens litterære betegnelser for stemningsudsving. Melankoli, som på græsk betyder sort galde, er synonymt med en særlig form for svær depression. Begreber som sangvinsk og kolerisk, der beskriver hypomane og irritable udsving af temperamentet, fører hen til den oldgræske opfattelse, at stemningsudsving skyldes en forstyrret balance i legemsvæskerne, hvilket påvirker hjernens funktion [1].

I forståelsen af affektive lidelser bølgede diskussionen i middelalder, renæssance og oplysningstid: Var det en eller flere sygdomme, sygdom overhovedet, og lå forankringen i sjælelige eller legemlige fænomener? *Freud* så en vis lighed mellem sorg og melankoli, idet forudsætningen for at få depression tænkte at være en medfødt eller tidligt erhvervet personlighedsforstyrrelse [2].

Et gennembrud i klassifikationen af maniske og depressive stemningsudsving skyldes den italienske psykiater *Chiarugi*, som i 1794 beskrev melankoli og mani ud fra kliniske kriterier [3]. Det var imidlertid den tyske psykiater *Kraepelin*, som i slutningen af det 19. århundrede i sine forløbsstudier dels formåede at adskille de maniodepressive sindssygdomsformer fra skizofrenierne, dels samlede manierne og depressionerne i en sygdomsgruppe [4]. Endelig bidrog den tyske psykiater *Leonhard* [5] og den italiensk-svenske psykiater *Perris* [6] til at opdele det affektive spektrum i tilfælde med bipolart forløb (både manier og depressioner) og i tilfælde med unipolart forløb (kun depressioner).

Fra danske side var der i forrige århundrede betydelig interesse for at forklare depressioners opståen ud fra, hvilke

områder i personens bevidsthed en given belastning ramte. I overensstemmelse hermed faldt International Classification of Diseases (ICD)-8's inddeling i psykogene (reaktive) depressioner og endogene depressioner naturlig, en inddeling, som der nærmere er redegjort for i udgaver af *Strömngrens* lærebog i psykiatri [7]. Som med *Freuds* forståelse førte denne inddeling på baggrund af en formodet årsag til en spekulativ sygdomsopfattelse, som i længden blokerede for en videnskabelig analyse af depressionssygdommens naturhistorie og årsagsforhold. Det var derfor i tidens ånd, at *Rafaelsen* i sin tiltrædelsesforelæsning om manisk-melankolsk modus i 1972 skulle forudskikke nutidens interesse for klassifikation og biologisk udforskning med følgende udsagn: »Efter at have undersøgt kendsgerningerne, og have været ude af stand til at forklare denne specielle psykiske lidelse med henvisning til sociale og psykologiske faktorer, må vores interesse naturnødvendigt rettes mod biologien« [8].

Metode

Litteratursøgning blev foretaget i PubMed og i nyere oversigtsværker [9-11]. Litteraturen er omfattende, et varierende antal søgekriterier gav over 100.000 resultater. I udvælgelsen af litteraturen er der fortrinsvis medtaget arbejder, som har dannet skole inden for området, som har været bragt på eller kommenteret på lederplads i førende videnskabelige tidsskrifter, eller som har særlig dansk interesse.

Depressionsbegrebet/definition

Depression er den ene forløbsform inden for de affektive lidelsers område, og manien er den anden. Depression er en sygdomstilstand i hjernen, »en følelsesmæssig smerte, som trænger sig på mod vores vilje og derpå tager sit eget forløb« [12].

Med indførelse af effektive antidepressive behandlingsmetoder fra 1960'erne opstod der et behov for at måle effekten af behandlingen med psykometriske måleinstrumenter. De såkaldte Research Diagnostic Criteria (RDC) dannede baggrund for en ny inddelingsform af de psykiatriske lidelser, nemlig den såkaldte Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-III klassifikation fra 1980 [13]. Beslægtet med denne er vores ICD-10-klassifikation fra 1992 [14]. De nye klassifikationssystemer er teoriløse og beskrivende. Diagnosekategorier defineres operationelt, idet ætiologiske overvejelser f.eks. om ydre forholds medvirken ikke indgår i diagnosticeringsprocessen.

Depressioner omtales som enkeltepisoder, hvis de forekommer første eller eneste gang, som tilbagevendende de-

VIDENS KAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Table 1. Kriterier for depressiv episode/melankoliformt syndrom.

Varighed mindst to uger, ingen tidligere episoder med hypomani, mani eller blandingstilstand, organisk ætiologi udelukkes:

- A. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldt
- B. Mindst to (lettere, moderat depression) eller alle tre (svær depression) af følgende depressive kernesymptomer:
1. nedtrykthed
 2. nedsat lyst eller interesse
 3. nedsat energi eller øget træthedsfølelse
- C. Mindst to (lettere depression), fire (moderat depression) eller fem (svær depression) af følgende depressive ledsagesymptomer:
1. nedsat selvtillid eller selvfølelse
 2. selvbefrydelse eller skyldfølelse
 3. tanker om død eller selvmord
 4. tænke- eller koncentrationsbesvær
 5. agitation eller hæmning
 6. søvnforstyrrelser
 7. appetit- eller vægtændring

Melankoliformt syndrom, mindst fire af følgende:

1. Nedsat lyst eller interesse
2. Svækket emotionel reaktivitet
3. Tidlig opvågning (> 2 timer før vanligt)
4. Morgenforværring
5. Hæmning eller agitation
6. Nedsat appetit
7. Vægttab (> 5% af vægten over en måned)
8. Nedsat libido

pressioner, hvis depression tidligere har været til stede og adskilt fra den igangværende episode uden betydende depressive symptomer i mindst to måneder. Depressioner kan optræde i lettere eller moderat grad med eller uden melankoliformt syndrom eller i svær grad med eller uden stemningskongruente eller stemningsinkongruente psykotiske symptomer (Table 1). Denne inddeling giver mange kategorier og rejser en række spørgsmål og afgrænsningsproblemer.

En hierarkisk depressionsmodel?

Den nuværende klassifikation af depression sammenblender typologi og sværhedsgrad. Alle symptomer vægtes ens, og ved en simpel sammentælling klassificeres depressionen som værende af lettere, moderat eller svær grad. Hermed bliver det såkaldt melankoliforme syndrom automatisk indeholdt i kategorien: svær depression og mister hermed den betydning, som det blev tillagt før ICD-10, hvor depressionsspektret blev opfattet som binært med endogene/psykotiske depressioner i den ene ende af spektret og neurotiske/reaktive depressioner i den anden ende af spektret [15]. Denne binære inddeling havde også praktisk betydning, idet der blev argumenteret for, at datidens antidepressiva, de tricykliske, fortrinsvis virkede over for endogene/psykotiske depressioner, hvorimod effekten ved neurotiske/reaktive depressioner var mere usikker.

Den australske psykiater Parker har på baggrund af en større interviewbaseret spørgeskemaundersøgelse foreslået en hierarkisk model, som adskiller psykotiske, melankolske og

nonmelankolske depressionstyper (Figur 1) [17]. Undersøgelsen viste, at psykomotoriske symptomer (hæmning og agitation) var centrale symptomer, som tydeligt var til stede ved psykotisk og melankolsk depression, men ikke ved nonmelankolsk depression. Skyldfølelsen derimod fulgte som de stemningsmæssige symptomer alle depressionstyper som konstante fænomener fra de letteste til de sværeste tilstande. Endelig viste undersøgelsen, at patienter med bipolar affektiv lidelse i højere grad end patienter med unipolar affektiv lidelse i den depressive tilstand kendetegnedes ved psykotiske og melankoliforme symptomer [16].

Selv om ICD-10 har været et betydeligt fremskridt i depressionsdiagnostikken ved at udelade årsagsdiskussionen, er der som eksemplificeret i Parkers undersøgelse kliniske karakteristika ved depression, som begrunder en opdeling, der kan være hierarkisk.

Vinterdepression og atypisk depression

ICD-10-klassifikationen tager ikke højde for depressionsformer som vinterdepression og atypisk depression. Den amerikanske psykiater Rosenthal beskrev vinterdepression som en depressiv variant med regelmæssig optræden om vinteren [18]. På den ene side har det siden oldtiden været kendt, at affektive lidelser har et vist sæsonpræg med forekomst af depressioner forår og efterår og måske om sommeren manier, skønt det ofte har været svært at dokumentere i kliniske undersøgelser [19]. På den anden side indeholder vinterdepression subkliniske eller subsyndromale tilfælde, som det gælder for den atypiske depression, hvis kliniske billede meget ligner vinterdepressionens. Atypisk depression kendetegnes af symptomer, som nærmest er modsat af dem, man ser ved en typisk depression. Der ses aftenforværring i modsætning til morgenvåde, øget søvnlængde i modsætning til nedsat søvnlængde og øget appetit med vægtstigning i modsætning til nedsat appetit og vægttab. Den atypiske depression blev anset for at være særlig behandlelig med monoaminooxydasehæmmere [20]. Senest har den svejtsiske psykiater Angst valideret den atypiske depression [21]. Angst har defineret atypisk depression jf. ovenfor med tillæg af karakteren *rejection sensitivity*, dvs. overdreven følsomhed for tab og afvisning. Atypisk depression blev fundet i materialet, der omfattede 591 personer, hos 7,3% mod 4,8% med svær (major) depression og med overrepræsentation af kvinder. Der var komorbiditet til sæsonafhængig depression, bipolar type II-lidelse (if. DSM-IV en variant af bipolar affektiv lidelse med vekslende depressive og kun hypomane episoder), social fobi og bulimi.

Depression og køn

I ICD-10-klassifikationen tager man heller ikke højde for køn og depression. Det er der god mening i, eftersom det kliniske billede af depression, når man spørger ind til kernesymptomerne, er ens. Fødselsdepressioner og mandlige depressioner er ikke særlige depressionsformer, men kliniske varianter.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

I den fertile alder har kvinder omtrent dobbelt så stor risiko for at få depression som mænd. Både psykosociale og neurobiologiske faktorer, herunder hormonelle kan forklare dette fænomen. Menstruationscyklus, graviditet og fødsel samt menopause kan være forbundet med øget sårbarhed over for depressionsudvikling hos kvinder, som er arveligt disponerede [22].

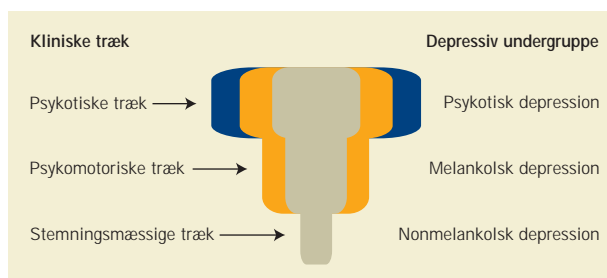
Det var den såkaldte Gotlandsundersøgelse, som inspirerede den svenske psykiater *Rutz* til at lancere begrebet mandlig depression. I en stort anlagt undersøgelse om behandling og forebyggelse af depression og selvmord i den gotlandske befolkning, afsløredes det, at indsatsen alene kom kvinderne til gode, idet mændene blev underdiagnosticeret, fordi depressionen i sin kliniske fremtræden hos mændene mindre var karakteriseret af klassiske depressionssymptomer end af misbrug og aggressivitet [23]. *Rutz* konstruerede en skala til diagnosticering af mandlig depression. Denne skala er senere valideret, og det har vist sig, at man med skalaen finder flere depressive mænd end ved anvendelse af en traditionel skala konstrueret i overensstemmelse med den gældende sygdomsklassifikation [24]. Med andre ord kan depressionsforekomsten hos mænd være kunstigt underdokumenteret, dels fordi det kliniske billede af depression hos mænd, særligt i forbindelse med misbrug, overfladisk set kan være forskelligt, dels fordi mænd af kulturbestemte grunde i mindre omfang end kvinder søger læge, når de er deprimerede.

Måling af depression og mani

Mens den depressionsramte har en tendens til at beskrive sin tilstand metaforisk eller gestaltpræget (»jeg har følt mig nede«), har den maniramte en tendens til at benægte at være syg (»det er omgivelserne, der er syge«). Men også mange læger er tilbøjelige til at beskrive affektive nedture eller opture gestaltpræget.

I en nyere international samling af skalaer til måling af affektive tilstande har man inddelt læger i to grupper og betegnet dem som enten »dr. Gestalt« eller »dr. Scales« [25]. Ved behandlingen af den depressive patient anføres det [25], at dr. Gestalt vil være tilbøjelig til at øge medicindosis, når patienten efter 14 dages behandling stadig føler sig »nede«. Derimod vil dr. Scales ikke ændre den antidepressive medicindosis, idet patienten beroliges med, at Hamiltons Depressionsskala (HAM-D) viser, at scoren i dag er 15 mod 22, da behandlingen startede for to uger siden, hvilket tyder på, at patienten vil få det bedre om to uger.

HAM-D er den mest benyttede skala til monitorering af den antidepressive effekt [26]. Den indeholder flere af symptomkriterier, som indgår i ICD-10-diagnosen depression (Tabel 1). Hvert Hamiltonsymptom er kvantificeret således, at nogle symptomer er vægtes 0-4, andre 0-2, alt efter deres kliniske kvantificerbarhed. HAM-D er et måleredskab, ikke en diagnostisk skala, da ikke alle ICD-10-kriterierne på depression afspejles, jf. Tabel 1. Det gør derimod depressionsspørge-



Figur 1. En hierarkisk model, hvormed man skelner mellem undergrupper af psykotisk, melankoliform og nonmelankoliform depression ud fra tilstedeværelsen af tre specifikke kliniske karakteristika [16].

skemaet *Major Depression Inventory* (MDI), som indeholder alle ICD-10-symptomerne i Tabel 1 [26], og hvert symptom er ifølge ICD-10 vægtes fra 0 (ikke til stede) til 5 (været til stede hele tiden gennem de seneste 14 dage).

Et meget benyttet spørgeskema til måling af depression er *Beck's Depression Inventory* (BDI), som er baseret på *A.T. Beck's* kognitive psykoteraimodel [27]. BDI findes i flere versioner, idet man har forsøgt at tillemppe det til at kunne dække symptomerne i Tabel 1. BDI er som MDI et spørgeskema, der baseres på *selfrating*.

Selv om kun omkring 10% af de mani-depressive patienter får mani, kaldte *Kraepelin* hele gruppen for mani-depressiv, fordi han lagde mere vægt på, hvorvidt episoderne var tilbagevendende (dvs. sygdommens progressivitet) end på, hvor-

Faktaboks

Affektive lidelser har været beskrevet siden den græske oldtid. Diagnosekategorierne mani og depression defineres if. International Classification of Diseases (ICD)-10-klassifikationen operationelt, idet ætiologiske overvejelser, f.eks. om ydre forholds medvirken, ikke indgår i diagnosticeringsprocessen

ICD-10 sammenblender typologi og sværhedsgrad. Der præsenteres en hierarkisk sygdomsmodel for depression, hvor der skelnes mellem psykotisk, melankolsk og nonmelankolsk depression

Vinterdepression, atypisk depression, fødselsdepression og mandlig depression er kliniske varianter inden for det depressive spektrum

Depression og mani kan ved anvendelse af en række spørgeskemaer og skalaer måles i klinisk praksis. Ved brug af enkelte af skalaerne modtager den praktiserende læge en sygesikringsydelse

Forløbet af affektive lidelser er hyppigt tilbagevendende med lang samlet sygdomsvarighed særligt i den depressive tilstand

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Tabel 2. Den procentvise forekomst af uger med affektive symptomer hos 146 patienter med bipolar sygdom. En opfølgingsundersøgelse over 12,8 år [27].

Affektive symptomer	Procent af uger ved opfølgning	
	gennemsnit (standarddeviation)	median (spændvidde)
Uger uden symptomer	52,7 (34,0)	62 (0-99)
Uger med depression, inkl. subsyndromale tilstande	31,9 (29,9)	23 (0-99)
Uger med mani/hypomani, inkl. subsyndromale tilstande	9,3 (15,6)	3 (0-82)
Uger med blandingsstilstand	5,9 (14,2)	0 (0-94)

vidt episodernes kliniske billede var depressivt eller manisk. De psykometrisk set mest validerede skalaer til måling af det kliniske symptomforløb er *Bech-Rafaelsens* maniskala (MAS) og melankolikala (MES) [26]. De er begge intervieworienterede på samme måde som HAM-D.

Anvendelse af stemningsstabiliserende medicin, f.eks. lithium, har især med succes været rettet mod patienter med klare episoder af både mani og depression. De kaldes nu bipolare type I-patienter. Da den stemningsstabiliserende medicin også er gavnlige til patienter med lettere manier (hypomani) og depression (bipolar type II-patienter), har man gennem de senere år udviklet spørgeskemaer til påvisning af anamnesticke manier, f.eks. Mood Disorder Questionnaire (MDQ), der er baseret på *selfrating* og nu foreligger i en dansk oversættelse.

Den praktiserende læge har gennem de allersene år kunnet få en sygesikringsydelse ved brug af MDI eller HAM-D. Erfaringerne har været så positive, at der nu er åbnet mulighed for ydelse også ved brug af andre skalaer, f.eks. til mani, vinterdepression eller atypisk depression.

Forløb og prognose

Forløbet af affektive sindslidelser er periodisk med vekslende episoder af depression og mani og med en tilbagevendende til den habituelle tilstand mellem episoderne. Patienter med bipolar lidelse debuterer tidligere end patienter med unipolar lidelse, og forløbet hos førstnævnte domineres af mange flere episoder. Man har i en række studier undersøgt forløbet. Særligt skal den prospektivt anlagte Zürichundersøgelse fremhæves, hvori *Angst* har fulgt en population af 159 unipolare patienter og 95 bipolare patienter i 19 år [28]. Kriteriet for inklusion i undersøgelsen var, at første episode krævede (medicinsk) behandling. Overraskende mange med bipolar sygdom debuterede med en manisk episode, i alt 65%, hvorimod man i mange andre undersøgelser har fundet, at første bipolare episode var en depression [10]. Hos de i alt 159 unipolare patienter i Zürichundersøgelsen sås der hos 15% en episode, hos 51% fire eller flere episoder og hos 10% flere end ti episoder i løbet

af de 19 år. For de 95 bipolare patienters vedkommende var forløbet endnu mere episodisk, idet ingen havde kun en enkelt episode, og 42% oplevede flere end ti episoder over 19 år [28].

Det hyppigt tilbagevendende forløb af affektive lidelser er siden dokumenteret mange gange, således i *Kessings* registerundersøgelse, der omfattede 20.350 førstegangssindlagte patienter i årene 1971-1993, heraf 17.447 unipolare patienter og 2.903 bipolare patienter [29]. Man fandt, at risikoen for tilbagefald tiltog med antallet af tidligere episoder, idet risikoen i starten var størst for de bipolare patienters vedkommende, senere efter mange episoder var den stort set ens for unipolare og bipolare patienter. Episodelængden for den enkelte patient ændredes ikke, mens intervallet mellem sygdomsepisoderne blev stadig kortere, jo flere episoder patienterne gennemløb [29].

Et spørgsmål om, hvor lang tid patienter med bipolar affektiv lidelse er syge, er søgt besvaret i en amerikansk prospektiv undersøgelse over 12,8 år [30]. I alt 146 patienter med bipolar affektiv lidelse blev undersøgt ugentligt, dels klinisk, dels ved udfyldelse af en række skemaer. Af **Tabel 2** fremgår det, at patienterne i kun lidt over halvdelen af de 12,8 år var symptomfri, idet de i 31,9% af ugerne led af depression og i 9,3% af ugerne led af mani. Veksellende depressive og maniske symptomer var således til stede hos patienterne i mange uger, hvilket understreger de behandlingsmæssige udfordringer ikke mindst i de depressive episoder, som var langt de hyppigste.

Konklusion og perspektiver

Affektive lidelser er en af tidens største sundhedsmæssige udfordringer. Nyere forskning, som kæder diagnostik, epidemiologi og biologisk/genetisk forståelse sammen [31], giver håb om bedre behandlingsmuligheder. I denne proces er kendskabet til affektive lidelsers naturhistorie og sikker diagnostik f.eks. ved anvendelse af standardiserede måleinstrumenter en nødvendighed. Det er vigtigt, at der fortsat indsamles viden gennem prospektivt anlagte kohorte- eller befolkningsundersøgelser om forløbet af de forskellige kategorier inden for de affektive lidelser.

Korrespondance: *Jens Knud Larsen*, Psykiatrisk Center Gentofte, Niels Andersensvej 65, DK-2900 Hellerup. E-mail: jela@geh.region.dk

Antaget: 9. januar 2007
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Stone MH. Historical aspects of mood disorders. I: Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF, red. *Textbook of Mood Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2006:3-15.
2. Freud S. Mourning and melancholia. I: Strachey J, red. *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, vol XIV. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1968:237-60.
3. Chiarugi V. *On insanity and its classification*. Canton, USA: Science History Publications, 1987.
4. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig: JA Barth, 1909.
5. Leonhard K. *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlin: Akademie, 1957.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

6. Perris C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psych Scand* 1966; suppl 194.
7. Strömgen E. Psykiatri. 12. udgave. København: Munksgaard, 1976.
8. Rafaelsen OJ. Manic-depressive psychosis or manic-melancholic mode. *Dan Med Bull* 1974;21:81-7.
9. Larsen JK. Depressionssygdommen – fra videnskab til klinisk praksis. København: Munksgaard, 2001.
10. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press, 1990.
11. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. Textbook of mood disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2006.
12. Solomon A. The noonday demon. An anatomy of depression. London: Vintage, 2002.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.
14. The ICD-10 classification of mental disorders and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organisation, 1992.
15. Kendell RE. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Oxford Scientific Publications, 1975.
16. Parker G. Classifying depression: should paradigms lost be regained? *Am J Psychiatry* 2000;157:1195-203.
17. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Melancholia: a disorder of movement and mood. New York: Cambridge University Press, 1996.
18. Rosenthal NE. Winter blues, seasonal affective disorder, what is it and how to overcome it. New York: Guilford Press, 1993.
19. Christensen EM, Gjerris A, Gjerris C et al. Bipolar affektiv lidelse. *Ugeskr Læger* 1998;160:5353-7.
20. Quitkin F, Rifkin A, Klein DF. Monoamine oxidase inhibitors. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:749-59.
21. Angst J, Gamma A, Sellaro R et al. Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zürich cohort study. *J Affect Disord* 2002; 72:125-38.
22. Kornstein S, Sloane DME. Depression and gender. I: Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF, red. Textbook of mood disorders. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc, 2006:687-98.
23. Rutz W. Evaluation of an educational program on depressive disorders given to general practitioners on Gotland. Linköping: Linköping University Medical Dissertations No. 356, 1992.
24. Zierau F, Bille A, Rutz W et al. The Gotland male depression scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry* 2002;56:265-71.
25. Lam RW, Michalek EE, Swinson RP. Assessment scales in depression, mania and anxiety. London: Taylor and Francis, 2005.
26. Bech P, Licht RW, Stage KB et al. Kompendium i rating scales for affektive lidelser. 2. reviderede udgave. Hillerød: Forskningsenheden, Psykiatrisk Sygehus, 2005.
27. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.
28. Angst J. Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizo-affektiver Erkrankungen und Psychosen: Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Fortsch Neurol Psychiatr* 1980;48:3-30.
29. Kessing LV, Andersen PK, Mortensen PB et al. Recurrence in affective disorder. I. Case register study. *Br J Psychiatry* 1998;172:23-8.
30. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:530-7.
31. Wilhelm K, Mitchell PB, Niven H et al. Life events, first depression onset and the serotonin transporter gene. *Br J Psychiatry* 2006;188:210-5.

Billeddannende teknikker og et forslag til implementering af et neuropsykiatrisk udredningsprogram for patienter med depression

Overlæge Poul Videbech & overlæge Elisabeth S. Tehrani

Psykiatrisk Hospital i Århus,
Center for Psykiatrisk Grundforskning, Neuropsykiatrisk Enhed

Resultaterne af flere og flere undersøgelser tyder på, at en del patienter med affektive lidelser får tiltagende kognitive vanskeligheder for hver sygdomsperiode og har øget risiko for at få demens [1].

I diagnosesystemerne har man traditionelt skelnet mellem organiske og funktionelle psykiske lidelser. Man har således gennem mange år kendt til, at f.eks. frontallapstumorer og apopleksier kunne medføre sekundære depressioner, men nyere neuroforskning tyder på, at langt mindre og meget mere almindeligt forekommende læsioner i samspil med psykiske belastninger kan udløse depression. Derved udvises grænsen mellem rene organiske og rene funktionelle lidelser. I det følgende fremlægges et forslag til udredningsprogram for patienter

med depression. Programmet tager udgangspunkt i aktuel psykiatrisk forskning.

Strukturelle undersøgelser af hjernen

Deprimerede patienter har større forekomst af generel atrofi og atrofi af frontallapper, basalganglier, cerebellum og hippocampus end matchede kontrolpersoner målt ved computertomografi (CT) og magnetisk resonans (MR)-skanning [2]. Atrofi af hippocampus er særlig interessant, fordi det er korreleret til antallet af episoder og varigheden af ubehandlet depression [3].

White matter lesions

På specielle MR-optagelser kan man se såkaldte *white matter lesions* (WML), som forekommer 2-5 gange hyppigere hos deprimerede patienter end hos matchede kontrolpersoner [2]. WML skyldes formentlig lækager i hjernens arterioler, hvilket i de mildeste grader medfører små områder med lokaliseret ødem, i de sværeste egentlige infarkter. Sådanne læsioner