

Depressionsdiagnostik og behandlingsmuligheder

Ifølge WHO udgør psykiske lidelser ca. 7% af den samlede sygdomsbelastning [1], og depression i sig selv udgør 40% af sygdomsbelastningen af de psykiske lidelser. Depression er således en hyppig sygdom med stor risiko for tilbagefald efter første episode, betydelig funktionsnedsættelse og påvirket arbejdsevne, ti års nedsat levetid og øget risiko for selvmord.

Depressionsdiagnosen er ikke nem at stille, og resultaterne af metaanalyser peger på 15% falsk positive og 10% falsk negative, når depressionsdiagnosen skal stilles i almen praksis [2]. Der er således mennesker, der får depressionsbehandling, som ikke er indiceret, og omvendt mennesker, der har depression, som ikke diagnosticeres og behandles. Vanskeligheden ved diagnosticering af depression består dels i afgrænsningen til normale psykologiske reaktioner, og dels i at depression kan vise sig på flere forskellige måder, da diagnosen er et syndrom af adfærdændringer og symptomer. Således kan depression vise sig som den (unipolare) depressionssygdom eller som led i bipolar lidelse og kan være sekundær til somatisk sygdom, såsom hjertekar-sygdom, neurologisk og endokrinologisk sygdom samt cancer eller graviditet og fødsel med hver deres symptomatologiske særpræg og differentialdiagnostiske overvejelser.

Udfordringen består i, at symptomerne ved belastningsreaktioner, langvarig stress og en række somatiske sygdomme, såsom tristhed, træthed og modløshed, ikke adskiller sig klart fra symptomerne ved depression, og at det snarere er den kvalitative oplevelse af disse fænomener, som er forskellig. Det er netop kvaliteten af oplevelserne, der vurderes med det psykopatologiske begreb, stemningslejet, som vi som klinikere anvender til at beskrive vurdering af nedtryktheden. Stemningslejet er nedsat ved depression, men ikke ved belastningsreaktion. Det nedsatte stemningsleje er kendetegnet ved fire forhold: 1) varighed: nedtryktheden og evnen til at føle glæde og fornøjelse er påvirket i mere end to uger, 2) konstans: konstant mønster over tid med en lille variation fra dag til dag, 3) globalt: evnen til at føle glæde og fornøjelse er påvirket i alle forhold, dvs. i forhold til familie og venner, arbejde/uddannelse samt fritid, og 4) nedsat reaktivitet: evnen til at føle glæde og fornøjelse er ikke situationsrelateret og påvirkes ikke af initiativer og stimuli (eller kun i ringe

grad). Depressionsdiagnosen er således en klinisk diagnose, som stilles på baggrund af et eller flere grundige interview, hvor vurdering af stemningslejet er helt centralt, og kan aldrig baseres udelukkende på spørgeskemaer. Sorg efter tab af nærtstående familiemedlemmer er en undertype af belastningsreaktioner, som især kan minde om depression, og som har særlig opmærksomhed i det amerikanske diagnosesystem. Det er foreløbig usikkert, hvordan man i den kommende ICD-11 vil forholde sig til netop denne problematik.

Depressionsdiagnostik kompliceres yderligere af, at depression kan vise sig som en række forskellige syndromer af forskellig sværhedsgrad med og uden melankoliforme symptomer, såsom døgnvariation med morgenforværring og ændringer i det psykomotoriske tempo, med og uden psykotiske symptomer eller som atypisk depression med omvendt døgnrytme, øget søvnbehov og vægtøgning. I igangværende forskning søger man at identificere biomarkører, antidepressiv medicin og særlige behandlingsmetoder på baggrund af de forskellige patofysiologiske mekanismer, som formodes at ligge bag de forskellige undertyper af depression. I dette nummer af Ugeskrift for Læger beskrives i tre artikler hhv. anvendelsen af monoaminooksidasehæmmere ved behandlingsresistent, atypisk eller melankoliform depression [3], vågenterapi, som særlig ser ud til at have effekt ved melankoliforme depressioner med døgnvariation i stemningslejet, [4] og den øgede forekomst af depression og selvmord efter apopleksi [5].

Alle tre artikler er med til at understrege vigtigheden af korrekt diagnostik og behandling af depression, herunder vigtigheden af hverken at over- eller underdiagnosticere lidelsen. Vi er i et forskningsprojekt på Psykiatrisk Center København ved at udvikle et klinisk diagnostisk instrument, som skal sikre mere præcis diagnostik af depression.

LITTERATUR

- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382:1575-86.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;374:609-19.
- Larsen JK, Krogh-Nielsen L, Brøsen K. Anvendelse af monoaminooksidasehæmmere isocarboxazid ved behandlingsresistent depression. *Ugeskr Læger* 2015;177:V06150499.
- Kragh M, Videbech P. Vågenterapi mod depression. *Ugeskr Læger* 2015;177:V03150260.
- Skovgaard CB, Holm J, Stenager EN et al. Der er øget risiko for selvmord efter apopleksi. *Ugeskr Læger* 2015;177: V11140629.

LEDER

Lars Vedel Kessing

Ugeskr Læger
2016;178:V68181

PODCAST

UGESKRIFTET.DK/
SE OG LYT



KORRESPONDANCE:

Lars Vedel Kessing,
Psykiatrisk Center
København,
Afdeling O, Rigshospitalet.
E-mail: lars.vedel.kessing@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk