



Regionalt vårdprogram

**Depression  
och bipolär sjukdom**

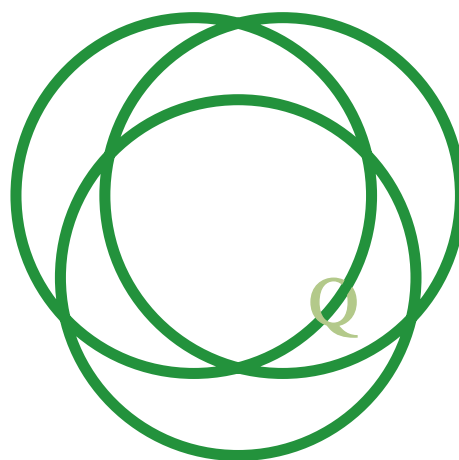
Stockholms läns landsting

2007

Medicinskt  
programarbete







Regionalt vårdprogram

# Depression och bipolär sjukdom

**Rapporten är framtagen av**  
Christina Spjut

ISBN 91-85211-45-1

*(Reviderad utgåva 2003, ISBN 91-85209-14-7)*

 **Stockholms läns landsting**  
Forum för Kunskap och gemensam Utveckling

## **Om det medicinska programarbetet i SLL**

Det medicinska programarbetet (MPA) i Stockholm syftar till att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare.

Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet utförs av sakkunniga inom respektive område på uppdrag av Centrum för Vårdutveckling, Forum och i samverkan med berörda producenter, patientorganisationer och beställare.

Programarbetet bildar en gemensam arena för vårdens parter.

De regionala vårdprogrammen ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet.

Fokusrapporterna ska lyfta fram och belysa angelägna förbättrings- och utvecklingsområden. De ska också beskriva metoder och verktyg att använda i arbetet med att förbättra och utveckla hälso- och sjukvården.

## Förord

Depression och bipolär sjukdom är så vanligt förekommande att de räknas till folksjukdomarna. Prevalensen för egentlig depression i den vuxna befolkningen ligger mellan 4 och 10 procent och över en procent drabbas av maniska episoder. Sjukdomen innebär ett stort lidande för den drabbade och de närstående och medför dessutom en avsevärt förhöjd risk för självmord.

Det är därför angeläget att vården följer kunskapsbaserade och ändamåls-enliga riktlinjer för att uppmärksamma och behandla depression och bipolär sjukdom bland patienterna. En nollvision vad gäller självmord förutsätter detta. Målet med behandlingen är att patienten skall bli helt återställd.

Detta regionala vårdprogram, Depression och bipolär sjukdom, är en uppdatering och komplettering av det tidigare vårdprogrammet om depressionssjukdomar inkl. manodepressiv sjukdom som publicerades 2003 och numera finns i bearbetad form för primärvården på VISS.

Vårdprogrammet har tagits fram inom specialitetsrådet för psykiatri under ledning av professor Anna Åberg-Wistedt och antogs av Stockholms medicinska råd i september 2007.

Vårdprogrammet förenar behovet av ett samlat och gediget kunskaps-underlag med enkla och lättillgängliga riktlinjer för dem som möter dessa patienter i primärvården och inom psykiatrin. Vi tackar arbetsgruppen och dess ordförande Christina Spjut för ett gediget arbete!

Vår förhoppning är att vårdprogrammet nu kommer att aktivt införas i praktisk verksamhet av alla dem som i sin dagliga gärning möter patienter med psykisk ohälsa och depressionssjukdomar.

Stockholm i december 2007

*Mona Boström*  
Landstingsdirektör

*Christina Torstensson*  
Tf hälso- och sjukvårdsdirektör



## Innehåll

Om det medicinska programarbetet i SLL.....	2
Förord .....	3
Innehåll .....	5
Inledning.....	7
Syfte.....	7
Målgrupp .....	7
Arbetsgrupp och förankring.....	7
Riktlinjer vid affektiv sjukdom.....	10
Riktlinje för läkemedelsbehandling av okomplicerad depressions- episod.....	12
Checklistor för utredning och behandling av depression.....	13
Epidemiologi .....	16
Könets betydelse för affektiv sjukdom .....	16
Hälsoekonomi .....	18
Prevention.....	20
Definitioner.....	20
Förebyggande insatser i samhället.....	21
Arbetslivet .....	21
Primärprevention av depression inom hälso- och sjukvården .....	22
Sekundär prevention av depression inom hälso- och sjukvården .....	23
Tertiär prevention av depression och bipolär sjukdom.....	24
Begrepp och definitioner .....	25
Unipolär depression – ”bara depression”.....	25
Bipolär sjukdom – både depressioner och manier eller hypomanier .....	25
Bipolärt spektrum .....	26
Dystymi .....	28
Depression och suicid.....	29
Suicid vid olika typer av depression.....	29
Ökad suicidrisk vid särskilda drag i depressionen.....	29
Läkemedelsbehandling och suicid.....	31
Diagnostik och skattning .....	32
Diagnostik av depression.....	33
Skattning av depressionens djup.....	35
Diagnostik av mani och hypomani .....	37
Läkemedelsbehandling av depression .....	39
Läkemedelsbehandling av bipolär sjukdom .....	44

Akut behandling av bipolär depression.....	44
Profylaktisk läkemedelsbehandling av bipolär sjukdom.....	47
Antiepileptika.....	48
Psykologisk behandling vid depression och bipolär sjukdom .....	50
Psykoterapi vid depression.....	50
Effekter av psykoterapi vid depression.....	54
Psykologisk behandling vid bipolär sjukdom .....	55
Fysikaliska behandlingsmetoder.....	60
Elektrokonvulsiv behandling (ECT).....	60
Omvårdnad.....	64
Omvårdnad vid depression.....	64
Omvårdnad vid mani.....	67
Suicidrisk .....	68
Familiens delaktighet i vården av patienter med psykisk sjukdom.....	69
Tvangsvård.....	71
Riktlinjer för omvårdnad och observationer .....	72
Den terapeutiska alliansen .....	73
Problem orsakade av den psykiska sjukdomen.....	73
Psykosociala faktorer .....	74
Affektiv sjukdom under postpartumperioden .....	77
Problemets omfattning.....	77
Handläggning av manier och psykoser .....	84
Bipolär sjukdom hos barn och unga.....	87
Likheter och skillnader mellan bipolär sjukdom och ADHD .....	88
Affektiv sjukdom hos personer över 65 år.....	90
Prevalens och sjukdomsbild.....	90
Suicid .....	90
Behandling.....	91
Kvalitetsindikatorer.....	92
Kvalitetsindikatorer.....	92

Denna webbversion av det regionala vårdprogrammet "Depression och bipolär sjukdom" innehåller referensförteckning och bilagor.



# Inledning

## Syfte

Depression och bipolär sjukdom är båda folksjukdomar. Vid en viss tidpunkt uppfyller mellan 4 och 10 procent av den vuxna befolkningen kriterier för egentlig depression och maniska episoder drabbar minst en procent av befolkningen. I Sverige har 12 procent av alla sjukskrivna diagnosen depression och hälften av dessa är sjukskrivna. Affektiv sjukdom medför sänkt livskvalitet, arbetsoförmåga, kroppssjukdom, psykiatrisk vård och avsevärt förhöjd risk för självmord. Risken för suicid vid affektiv sjukdom är tom högre än vid ångestsyndrom, schizofreni, alkoholmissbruk och personlighetsstörning.

Patienter med depressionssjukdomar söker sig både till primärvården och den psykiatriska vården. Syftet med det regionala vårdprogrammet är att tillhandahålla kunskapsbaserade och ändamålsenliga riktlinjer och rekommendationer för diagnostik och behandling. Målet med behandlingen är att patienten skall bli helt återställd från sin depression. Kvarvarande symtom innebär ökad risk för återinsjuknande. Depressionen bör därför följas med kontinuerliga skattningar eller självskattningar.

## Målgrupp

Det regionala vårdprogrammet vänder sig främst till personal inom psykiatrisk vård och primärvård som möter vuxna patienter med depressioner och bipolär sjukdom, beställare av hälso- och sjukvård, patienter och patient- och anhörigorganisationer.

## Arbetsgrupp och förankring

Detta vårdprogram är en revidering av det tidigare vårdprogrammet om depressionssjukdomar från 2003. Strykningar och ändringar har gjorts och nya avsnitt har lagts till.

### **I arbetet har följande personer deltagit**

Professor **Hans Ågren**, docenterna **Bo Runeson**, **Mikael Landén**, **Göran Isacsson**, **Anne Tham**, överläkarna **Mats Adler**, **Christina Spjut**, husläkaren **Roland Morgell**, med. dr., leg. psykolog/leg. psykoterapeut **Ewa Mörtberg** samt **Charlotte Pollak**, vårdsak och utvecklingssjuk-sköterska.

Arbetet har skett under ledning av **Christina Spjuth**.

Vårdprogrammet har tagits fram inom specialitetsrådet för psykiatri under ledning av professor **Anna Åberg-Wistedt**,

**Eva Huslid**, medicinskt programarbete, Centrum för vårdutveckling, Forum, har svarat för samordning och redaktionell bearbetning.

Synpunkter på vårdprogrammet har lämnats av patientföreningarna Balans och RSMH, beställarna, verksamhetscheferna i psykiatri och av olika verksamheter inom SLSO:s psykiatri. Stockholms läns landstings primärvårdsråd har beretts tillfälle att lämna synpunkter på vårdprogrammet.

Stockholms medicinska råd antog det regionala vårdprogrammet Depression och bipolär sjukdom hösten 2007.

Det regionala vårdprogrammet Depression och bipolar sjukdom finns tillgängligt både i tryckt version och som nätversion.

Referensförteckning och bilagor finns endast i nätversion på [www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod](http://www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod)

Programmet finns i webbaserad form på VISS ([www.viss.nu](http://www.viss.nu)).

Vårdprogrammet kommer att revideras senast under 2010. Ansvarig för detta är ordförande i specialitetsrådet i psykiatri.

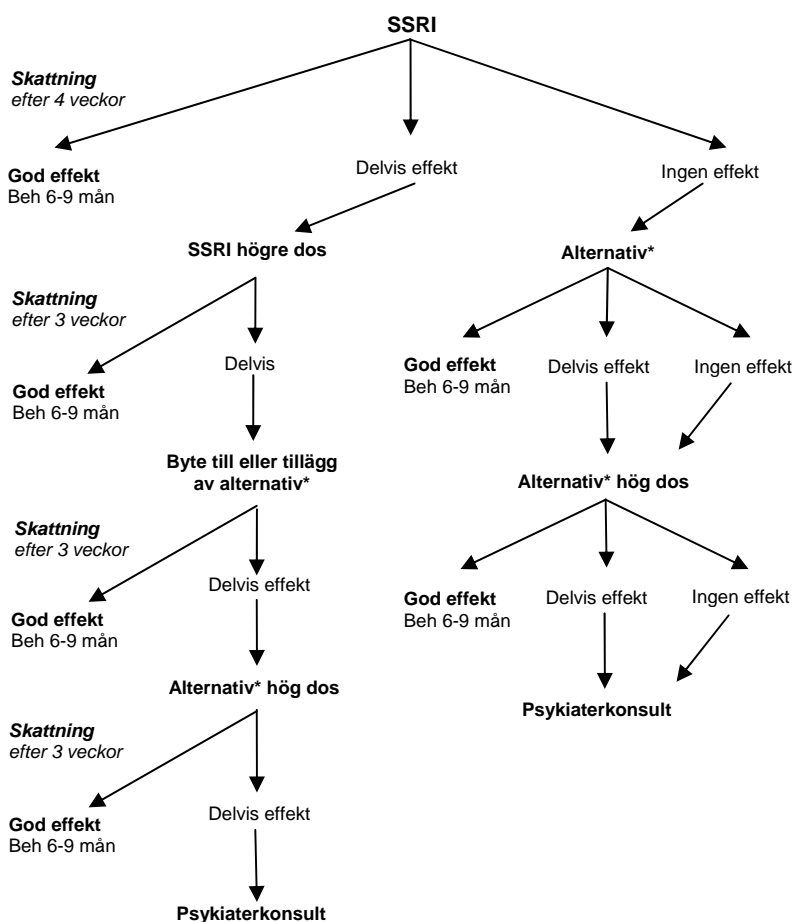
# **Sammanfattande riktlinjer och checklistor**

## **Riktlinjer vid affektiv sjukdom**

- I. Tidig upptäckt och adekvat behandling av affektiv sjukdom är av betydelse för långtidsprognosen.
- II. Människor som söker hjälp ska ges möjligheter att under tillräcklig tid och under nära samspel med läkare och/eller annan sjukvårdspersonal formulera sina behov av behandling.
- III. Varje individ som söker psykiatrisk hjälp har rätt till en professionell bedömning. En psykiatrisk diagnos är en förutsättning för psykiatrisk behandling.
- IV. En empatisk kontakt och ett kliniskt anamnestiskt samtal bör kompletteras med en strukturerad bedömning av symtom och tecken.
- V. Både graden av affektiv symtomatologi och resultatet av behandlingen bör följas med hjälp av självskattningsskalor, t.ex. PHQ-9 eller MADRS-S. Skattning av behandlaren är ett alternativ och MADRS är där ett lämpligt instrument.
- VI. Suicidriskbedömning skall alltid göras tidigt i bedömningsprocessen och upprepas vid behov och vid förändringar i stämningläget. Bedömningen bör dokumenteras.
- VII. Maniska och hypomana symtom bör uppmärksammas både när de ingår i en typisk manisk episod och när de förekommer samtidigt som depressiva symtom.
- VIII. Vid kroppslig sjukdom bör depressiva symtom uppmärksammas. Effektiv behandling kan höja livskvaliteten, förbättra prognosen av den somatiska sjukdomen och öka möjligheterna till rehabilitering.
- IX. Äldre personer och barn och ungdomar kan vid depression eller mani ha symtom som är svåra att känna igen och kan te sig som somatiska problem.
- X. Ansvarig läkare skall personligen göra en inledande diagnostisk bedömning och ha ansvar för att behandlingen fullföljs och avslutas.

- XI. Både läkemedelsbehandling och evidensbaserad psykologisk behandling har effekt vid depression. Psykologisk behandling kan vara ett alternativ till läkemedelsbehandling vid lätt till måttlig depression
- XII. Insatt behandling skall alltid följas upp. Detta bör ske inom 1–2 veckor. Patienten bör få dokumenterad information om vart han/hon kan vända sig vid behov. Ansvarig behandlare skall vara lätt tillgänglig för besök eller telefonkontakt. Återbesöksfrekvensen är beroende av behandlingssvaret. Varje insatt behandling kräver uppföljning.
- XIII. Både långtidsbehandling med läkemedel och psykologisk behandling kan minska risken för återfall i depression och bipolär sjukdom. Vid svåra depressioner kan psykoterapi användas som ett komplement till psykofarmaka.

## Riktlinje för läkemedelsbehandling av okomplicerad depressionsepisod



Kloka listan 2007 **SSRI** = citalopram eller sertralin

\*Alternativ = venlafaxin, mirtazepin, escitalopram eller klomipramin

I primärvård är högsta dos samma som högsta dos enligt FASS.  
Utarbetat i samarbete med distriktsläkarna, Kista vårdcentral 2006

God effekt innebär <5 poäng på PHQ-9

## **Checklistor för utredning och behandling av depression**

### **Instrument för screening och skattning av depression**

- M.I.N.I.** Strukturerad psykiatrisk intervju enligt DSM-IV
- PHQ-9** Självscreening för och samtidig självskattning av depression
- MADRS** och **MADRS-S** Skattning resp. självskattning av depression
- MDQ** (Mood Disorder Questionnaire) Självscreening för bipolär sjukdom
- HCL-32** Självscreening för hypomana symtom
- AUDIT** Självskattning av alkoholbruk
- ASRS** Självscreening för ADHD

### **Laboratorieprover vid utredning av depression**

<b>Hb</b>	<b>B-Folat</b>
<b>S-Järn</b>	<b>Kobalamin</b>
<b>Ferritin</b>	<b>S-Calcium</b>
<b>TSH</b>	<b>B-Glukos</b>

## **Anamnes vid depressionsmisstanke**

### **Sjukdomsförlopp**

Tidigare episoder?

Ålder vid första episod?

Finns korta eller längre episoder av ökad aktivitet?

Debut postpartum?

### **Sjukdomsbild**

Finns eller har funnits psykotiska drag?

Tidigare eller aktuellt suicidförsök?

Finns psykomotorisk agitation eller hämning?

Finns variationer i aktivitet eller stämningsläge?

### **Tidigare behandling**

Har patienten haft typisk läkemedelseffekt på depressionssymtomen avseende tid till effekt mm?

### **Biverkningar**

Successivt svagare läkemedelseffekt över tid? (poop out)

Bestående ökad ångest av antidepressiva?

### **Hereditet**

Depressioner, bipolär sjukdom, psykosjukdom, annan psykisk sjukdom

Suicid

Missbruk/beroende

### **Somatisk sjukdom**

Hypotyreos, hjärtsvikt, KOL, malignitet, anemi m.fl. kan ge depressionssymtom



**"Felsökning" om patienten inte blir återställd**

**Har förbättring eller försämring skett?**

Låt patienten skatta sin depression kontinuerligt med PHQ-9 eller MADRS-S alternativt skatta patienten kontinuerligt med MADRS.

**Är diagnosen rätt?**

Kan bipolär sjukdom eller sjukdom inom bipolärt spektrum föreligga?

Använd MDQ och HCL-32

**Finns samsjuklighet som vidmakthåller depressionen?**

Alkohol, droger, ångestsjukdom, neuropsykiatrisk störning?

Använd M.I.N.I., AUDIT, DUDIT, ASRS, överväg autismspektrumstörning

**Har patienten rätt läkemedelskoncentration?**

Mätning av läkemedelskoncentration kan ge indikation på compliance och på förmåga att metabolisera läkemedlet

**Finns faktorer som försvårar läkning?**

Stressorer i familjen, relationer, ekonomiska problem, arbetsplatsen, somatisk sjukdom?

## **Epidemiologi**

Depression och bipolär sjukdom är båda folksjukdomar. Vid en viss tidpunkt uppfyller mellan 4 och 10 procent av den vuxna befolkningen kriterier för egentlig depression (SBU 2004). I en amerikansk studie från 1994 anges cirka 17 % av befolkningen ha haft en depression någon gång i livet (livstidsprevalens) och cirka 10 % under det senaste året (1). I andra studier räknar man med att cirka 5 % är deprimerade i varje givet ögonblick (punktprevalens). Kanske en tiondel drabbas av en mer kronisk sjukdom som pågår kontinuerligt i mer än två år (2).

Maniska episoder drabbar minst 1 % av befolkningen och bipolär sjukdom är alltså också en folksjukdom.

## **Könets betydelse för affektiv sjukdom**

### **Depression**

Män och kvinnor skiljer sig åt både avseende prevalens och symtombild vid depression. Kvinnor drabbas av depression i dubbelt så hög utsträckning som män. I den stora nordamerikanska depressionsstudien STAR\*D fann man fler självmordsförsök och högre samsjuklighet i ångestsjukdomar, somatiska störningar och bulimi hos kvinnor än hos män (3). Vidare debuterade kvinnornas depressioner något tidigare och kategoriserades oftare (20 %) som atypiska (hypersomni, hyperfagi, avledbarhet) än männens (13 %). Männerna uppvisade däremot högre samsjuklighet i substansrelaterade störningar och mäns depressioner präglas oftare av minskad sexuell lust, kompliceras av missbruk och leder oftare till fullbordade självmord. Hos barn finns inte någon könsskillnad i symtombild. Könsskillnaden uppträder liksom skillnaden i prevalens i samband med puberteten (4).

### **Bipolär sjukdom**

Bipolär sjukdom är lika vanlig hos män som hos kvinnor, men könsskillnader finns i samsjuklighet, sjukdomsförlopp och faktorer som leder till återfall. En dansk studie fann att kvinnor hade fler depressiva skov medan män drabbades av fler maniska skov (5). I STEP-BD studien av över

4 000 bipolära patienter rapporterades att dubbelt så många kvinnor som män hade diagnosen bipolär sjukdom typ II, samt att kvinnorna hade högre samsjuklighet med bulimi och thyroideasjukdom (6).

Det finns ett väl belagt samband mellan dåligt socialt stöd och risken att insjukna i depression. I en studie fann man att kvinnorna hade bättre socialt stöd än männen. Detta kan förklaras av att dåligt socialt stöd var en viktig utlösande faktor för depression hos kvinnorna, medan männen var mindre känsliga för denna faktor (7). I linje med detta fann en studie att bipolära kvinnors depressiva skov i hälften av fallen föregicks av betydande negativa livshändelser, medan detta inte var fallet för något av männens depressiva skov (5). Sjukdomsframkallande faktorer kan alltså skilja sig åt hos män och kvinnor. Ett ytterligare exempel är att man funnit ett tydligt samband mellan låg fysisk aktivitet och depression hos kvinnor under 55 år, men inget sådant samband hos män i samma åldergrupp (8). Det är viktigt att minnas, att det som är skadligt för det ena könet kan vara hälsobefrämjande för det andra (9)!

Flera studier visar på skillnader mellan män och kvinnor avseende både effekt och biverkningar av läkemedel. En annan förklaring skulle kunna vara att det inte är könet utan typen av depression som bör avgöra valet av behandling (10–13). Slutsatsen är att det inte finns tillräcklig evidens för att låta könet styra val av antidepressivt läkemedel. Ett rimligt krav är att registreringsgrundande läkemedelsstudier särredovisar resultaten för män och kvinnor.

## Hälsoekonomi

Kostnaderna för psykisk sjukdom belastar landsting och kommun marginellt i jämförelse med den totala kostnaden d.v.s. den kostnad som drabbar patienter, anhöriga och samhället i övrigt. Enligt Sobocki (1) var kostnaden för samhället för en enda patient med depressionssjukdom ca 102 000 kronor per år i Sverige år 2005. Om behandlingen var lyckosam minskade kostnaden med 52 000 kronor. Den största kostnaden eller 65 % utgjordes av kostnad för sjukskrivningen, medan kostnaden för den sjukvårdande behandlingen endast var 31% av den totala kostnaden. Kostnaden för heldygnsvård utgjorde 2 % och för läkemedel 4 % av totalkostnaden. Eftersom 12 % av alla sjukskrivna i landet eller över 24 000 personer har diagnosen depression ger detta gigantiska kostnader på nationell nivå. Sannolikt har ytterligare en del personer som är sjukskrivna för ångest eller smärtor i själva verket en depression eller har både depression och ytterligare en sjukdom, varför de egentliga siffrorna kan vara ännu betydligt högre. Hälften av de personer som är sjukskrivna för depression, nästan 12 000 personer, har varit sjukskrivna i minst ett år och utgör 14 % av alla långtidssjukskrivna. Motsvarande siffror för Stockholms län finns inte att tillgå, utan får beräknas från de nationella siffrorna.

Med stigande ålder ökar risken för att drabbas av depression. En obehandlad depression hos en äldre person ökar hjälpbehovet och kan leda till total oförmåga att ta vård om sig själv och höga kostnader för omvårdnad. Det är inte ovanligt att den gamla patientens depressionssymtom kan te sig som en demens, som sedan försvinner efter en lyckad depressionsbehandling.

Hälsoekonomiska diskussioner fokuserar ofta på läkemedelskostnad, trots att de stora kostnaderna för depression utgörs av sänkt livskvalitet, arbetsoförmåga, suicid, ökad risk för kroppssjukdom, behov av heldygnsvård inom psykiatri och ökat behov av hjälp och omvårdnad. Priset på flera slag av antidepressiva har sjunkit dramatiskt sedan patenttiderna gått ut och priserna på dessa läkemedel är i dag mycket låga. Tyvärr förbättras inte alla patienter med depression av den behandling de får i dag och det finns ett stort behov av snabbare uppföljning och utvärdering av behandlingen och av nya och bättre läkemedel.

I Danmark har Sundhetsstyrelsen låtit göra en utredning om hur vården av depression och bipolär sjukdom bör organiseras. Där föreslås att s.k. affektiva mottagningar bör inrättas för att förbättra vården för personer med depression eller bipolär sjukdom. Man menar där, att besparingar är att förvänta av detta genom minskade sjukvårdskostnader framför allt på grund av minskat behov av heldygnsvård. I detta fall är besparingarna utanför vården sannolikt mångdubbelt högre.

Om alla personer i Stockholms län med svårbehandlad depression eller med bipolär sjukdom fick tillgång till subspecialiserad vård på affektiv mottagning, skulle besparingen inom vården, men särskilt inom försäkringskassan vara betydande. Dessa patienter skulle få en betydligt högre funktionsnivå och livskvalitet. Många långtidssjukskrivna skulle sannolikt kunna återgå i arbete med hjälp av mera noggrann diagnostik och behandling.

# Prevention

## Definitioner

- Primärprevention, åtgärder som minskar risken för att ohälsa och sjukdomar skall uppstå, t ex att undvika risker i livsstil och miljö. Förebygga insjuknande.
- Sekundärprevention, tidiga insatser, tidig diagnostik och behandling av tillstånd.
- Tertiär prevention, förhindra att samma oönskade tillstånd drabbar samma individ igen; begränsa svårigheter/handikapp orsakade av önskat tillstånd/sjukdom.

Evidensen för primärprevention av affektiv sjukdom är osäker. Det finns en stark genetisk grund för dessa sjukdomar och det är svårt att påvisa gynnsam ”kostnadsnyttoeffekt” av så långsiktiga strategier som krävs vid primär prevention. Preventionstänkande är därför eftersatt i sjukvårdens arbete, även om det gjorts försök att utveckla området (1). Primärprevention kan vara att skapa miljöer där människor får förutsättningar att bygga upp en god självbild, självförtroende, bemästringsstrategier och livsprojekt. I detta ingår att bygga ett samhälle där risken för våld, traumatiska händelser och svåra separationer minimeras. Ansvar för primärprevention av affektiv sjukdom ligger på samhället i stort. Psykiatrins ansvar bör vara att förse beslutsfattare med kunskap om vilka evidensbaserade åtgärder som kan minska insjuknande i depression.

Ansvar för sekundärprevention ligger hos sjukvården. Det innebär att upptäcka symtom på begynnande depression och förebygga insjuknande, att initiera screening av grupper med hög risk för insjuknande i depression för att möjliggöra tidig behandling och att screena gravida och nyblivna mödrar för depression för att minska barnets risk att drabbas. Kommunala insatser som att ge extra tid på daghem eller förskola för barn i familjer där en förälder drabbats av sjukdom eller död är ett annat exempel. I bostadsområden med segregation kan särskilda projekt medverka till minskade sociala problem och därmed kanske minska risken för depression (2).

Sekundär prevention kan vara att ge tidiga insatser vid svårigheter i en psykosocial situation i familje- och yrkesliv eller att tidigt upptäcka och behandla sjukdom redan innan den bryter ut. Det finns fortfarande under 2000-talet en obenägenhet att söka psykiatrisk hjälp trots pågående depression och reella behov av psykiatrisk insats (3, 4). Denna obenägenhet är större bland män och lågutbildade, varför man möjligen borde satsa resurser på att öka dessa gruppers tillgång till psykiatri (5).

## **Förebyggande insatser i samhället**

### **Skolan**

Verksamheter som ger barn och ungdomar möjligheter att ”lära sig att lyckas” kan stärka ungdomars självkänsla och kanske bidra till att minska risken för depression senare i livet. Om undervisningen är mer problemorienterad och innehåller diskussion av samlevnadsproblem som våld, missbruk och ungdomskriminalitet kan detta ha positiva konsekvenser för ungdomars möjlighet att hitta vidare när de hamnar i riskzonen för psykisk insufficiens. Arbete med att förebygga mobbning kan också leda till ökad trygghet i skolmiljön (6).

Barn till föräldrar med depressiv sjukdom eller annan psykisk sjukdom behöver särskild uppmärksamhet, t ex av forskollärare och senare av kuratorer och elevvårdsteam inom skolan. Psykologiundervisningen på gymnasiet kan bättre illustrera vilka faktorer som kan utveckla individen, där man bör knyta an till elevens erfarenheter.

### **Arbetslivet**

Arbetsgivare har en skyldighet att tillhandahålla en god arbetsmiljö utan hälsorisker. Det har gjorts omfattande insatser för att förebygga olycksfall och fysiska skador. Det finns skäl att inrikta sig på att förbättra det psykologiska arbetsklimatet. Konflikter och mobbing är även bland vuxna ett problem på arbetsplatser. Om man tar itu med detta tidigt kan risken för mer omfattande problem minskas. Arbetsledare, företagshälsovård, fackföreningar och skyddsombud har ansvar för detta. I stressade miljöer kan arbetsgivare och ledning visa på hur övertidsarbete inte är ett ideal. Väsentligt torde vara att motverka för hög arbetsbelastning, att öka inflytandet över arbetssituationen för den anställde, ge adekvat

uppmärksamhet och belöning åt den enskilde, öka gemenskapen i arbetsgrupperna, och att motverka orättvisor och värderingskonflikter (7, 8).

### **Massmedia**

Massmedia ger ofta en negativ bild av den psykiskt sjuke och kanske särskilt av den psykiatriska vården. Negativ och fördomsfulla inställning till psykisk sjukdom och deras utredning och behandling kan fördröja och försvåra behandlingen. Representanter för vården bör därför verka för att nå ut till massmedia med information om positiva effekter av behandling av psykisk sjukdom.

### **Äldre personer**

För människor som efter pensioneringen saknar livsprojekt kan särskild kursverksamhet ge möjligheter till nyorientering. Sorgegrupper för bearbetning av sorgen efter en maka/make kan förhindra utveckling av depression. Vid allvarliga kroppsliga sjukdomar som cancer, hjärt- och kärlsjukdom, neurologiska sjukdomar och smärttillstånd är depression vanlig (9). Vid dessa sjukdomars behandling är det viktigt att utgå från patientens syn på sin sjukdom, med målet att så långt möjligt befrämja patientens kontroll över situationen. Vårdpersonal har här en väsentlig roll. När den anhörige maken/maken deltar i vården kan stöd till den anhörige också minska risken för utveckling av depression. Tillgång till stödjande miljöer, som matlagingsgrupper och programverksamhet kan vara ett annat inslag i att motverka ensamhet. Här har vårdcentraler och servicehus möjlighet att arbeta preventivt. Detta gäller också hemtjänsten, som har god insyn i behovet hos de boende som får stöd.

## **Primärprevention av depression inom hälso- och sjukvården**

Psykisk ohälsa ofta med depressiva inslag är en av de vanligaste orsakerna till längre tids sjukskrivning. Patienter som söker för stressrelaterad ohälsa har ofta mycket varierande problematik och behöver ett adekvat omhändertagande. Det regionala vårdprogrammet Stressrelaterad psykisk ohälsa (2007) innehåller råd och riktlinjer för tidig upptäckt, behandling och återfallsprevention, stöd i handläggning och sjukskrivningsförfarande och förslag på metoder för utvärdering och uppföljning.



Mödrahälsovård och barnhälsovård har en viktig roll i att identifiera familjer som kan behöva extra stöd. Ensamstående mödrars situation är ett exempel där preventivt arbete kan vara betydelsefullt (10). Stödgrupper kan underlätta och förhindra problem i familjernas situation, liksom grupper man arrangerat för förstagångsföräldrar.

När någon drabbats av depression är självhjälpgrupper, anhörigföreningar och ett professionellt uppsökande arbete viktiga för att förhindra att problem uppstår hos anhöriga. Kurser för närstående kan anordnas inom psykiatri i samarbete med patientföreningar. Kurserna förmedlar kunskap om depressionssjukdom eller om bipolär sjukdom för att det ska bli möjligt att känna igen tidiga tecken på försämring och veta hur man då tar kontakt med vården. Detta kan öka tryggheten både för den sjuke och dennes närstående och kan ha positiva återverkningar på förloppet.

## **Sekundär prevention av depression inom hälso- och sjukvården**

En nederländsk studie (11) har påvisat att screening för och behandling av subsyndromal depression hos äldre förebygger insjuknande i full depression. Risken för depressiva symtom är särskilt hög bland äldre med kroppslig sjukdom som nyligen förlorat sin livskamrat. Screening för depression i denna grupp äldre identifierar många personer som har god nytta av depressionsbehandling redan innan sjukdomen brutit ut.

### **Prevention av depression i somatisk vård**

Trots att depression är en behandlingsbar folksjukdom är det inte möjligt eller rimligt att screena hela befolkningen för depression. Däremot är screening av grupper med hög prevalens för depression möjlig och angelägen. Kvinnor löper hög risk att insjukna i s.k. postpartumdepression inom någon månad efter sin förlossning. Ett särskilt instrument har utvecklats för att screena för denna depression och används redan på många barnavårdscentraler och mödravårdscentraler i landet – Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Att upptäcka depressioner vid somatiska mottagningar och kliniker är också viktig sekundär prevention.

### **Suicidprevention i primärvården**

I den s.k. Gotlandsstudien utbildades flertalet gotländska distriktsläkare under några få dagar med fokus på diagnostik och farmakologisk behandling

av depressioner. Vid uppföljning fann man att färre patienter behandlades med bensodiazepiner och att förskrivningen av anti-depressiva hade ökat. Vidare sköttes fler patienter i öppenvård och färre togs in på den psykiatriska kliniken i Visby. Allra mest uppmärksammades effekten att antalet suicid hos kvinnor minskade, både jämfört med tidigare tidsperioder på Gotland och jämfört med övriga landet (12, 13). Ambitiösa program med kursverksamhet av liknande slag har bedrivits på många håll i Sverige.

## **Tertiär prevention av depression och bipolär sjukdom**

Här finns psykiatrins viktigaste roll. Ett noggrant omhändertagande med god diagnostik och behandling kan förhindra nya episoder av affektiv sjukdom. För patienter som inte blir återställda eller som får återkommande sjukdoms-episoder trots noggrann behandling innebär specialmottagningar som har i uppdrag att ansvara för vården av svårare affektiv sjukdom, förbättrad vård och ökade möjligheter till ett gott liv och bibehållen eller återställd arbetsförmåga.

## **Begrepp och definitioner**

### **Unipolär depression – ”bara depression”**

Insjuknande i en depression innebär hög risk att återinsjukna. Risken för återfall efter första insjuknandet är ungefär 50 % inom två år, 60 % inom fem år och 80 % under patientens återstående livstid (1). Cirka 10–20 % av patienterna löper risk att utveckla ett kroniskt depressivt tillstånd som varar mer än två år.

### **Bipolär sjukdom – både depressioner och manier eller hypomanier**

#### **Bipolär I**

För diagnosen Bipolär I krävs en manisk episod någon gång i livet. En mani är en mycket tydlig sjukdomsepisod som pågår minst en vecka och som regel kräver heldygnsvård. En person som haft en manisk episod kommer någon gång att bli deprimerad. Som regel dominerar depressionerna den bipolära sjukdomen. Patienterna drabbas av två olika slag av sjukdomsepisoder - de är bipolära. Bipolär sjukdom med endast manier är sällsynt. Återfallsrisken vid obehandlad etablerad sjukdom är närmare 100 % (2).

#### **Bipolär II**

För diagnosen Bipolär II krävs dels en episod av egentlig depression, dels en episod av hypomani på minst fyra dagar. Symtomen vid hypomani är samma som vid mani, men är lindrigare och sjukhusvård krävs oftast inte. Diagnosen bipolär II missas lätt, eftersom patienten som regel söker sjukvård för depression och hypomanin kan ha funnits långt tidigare eller kan komma långt senare. Personerna tillbringar mera än 30 gånger så lång tid i depression eller nedstämdhet som i hypomani eller upprymdhet.

Det är mycket viktigt att aktivt efterfråga episoder av mani och hypomani när patienter söker för depression, eftersom behandlingen av unipolär depression skiljer sig från behandlingen av depression vid bipolär sjukdom.

### **Bipolär depression**

Den bipolära depressionen har samma symtom som en unipolär depression men är ofta mera svårbehandlad, särskilt om den är en episod av bipolär II (3).

### **Blandepisod**

Mani/hypomani och depression kan föreligga samtidigt, vilket kallas blandepisod ("mixed affective episode"). Detta tillstånd identifieras inte alltid korrekt, utan kan i stället komma att kallas agiterad depression. Rätt diagnos är mycket viktig, eftersom behandlingen av blandepisod skiljer sig från den för unipolär depression. Blandepisoder är betydligt vanligare än man tidigare trott, särskilt vid bipolär sjukdom II och kan innebära särskilt hög risk för suicid.

## **Bipolärt spektrum**

Huvudkategorierna av förstämningssjukdom i DSM-systemet är Depression (unipolär), Bipolärt syndrom samt Dystymi, Bipolär II och Cyklotymi. Många patienter med depressioner och drag av bipolär sjukdom uppfyller inte fullt ut kriterierna för dessa diagnoser och hamnar då inom restkategorin Bipolär sjukdom UNS (Utan Närmare Specifikation) i DSM-IV. För att de på sikt ska kunna behandlas optimalt krävs att homogena grupper definieras och specifik behandling utvärderas. Flera förslag till avgränsning av sådana grupper har framförts.

Idag fäster man allt mera avseende vid själva instabiliteten i stämningssläge och aktivitetsnivå. Därmed blir enstaka och kortvariga hypomani och maniska symptom (enstaka dagar, delar av dagar) av betydelse. Symtom som tidigare betraktats som depressiva ses nu alltmer som maniska symptom (agitation, malande tankar) eller ospecifika affektiva symptom (sömnstörning, koncentrationsstörning, ångest). Man tänker man sig därför ett 'bipolärt spektrum' av olika affektiva symptombilder, med Egentlig (unipolär) depression och klassisk Bipolär I i var sin ände av spektrumet samt mellan dem olika symptombilder med mani/hypomani och depression av olika svårighetsgrad och med olika tidsförlopp. Här återfinns Dystymi, Cyklotymi

och Bipolär II, men också olika affektiva blandtillstånd, snabbsvängande sjukdomsbilder och läkemedelsutlösta manifforma tillstånd (se sjukdomsförlopp nedan).

Det är viktigt att identifiera ett bipolärt spektrumtillstånd, eftersom behandling och profylax med stämningsstabiliserande läkemedel då bör övervägas. Försiktighet och tät uppföljning är av vikt om behandling med antidepressiva sker även om samtidig medicinering med stämningsstabiliserande pågår. Såväl antidepressiva som lamotrigin, valproat och litium kan vara indicerade över hela spektrumet. Följande tabell anger vad som oftast är grundstrategin.

**Tabell.** Val av läkemedel vid olika tillstånd

Mer depressiva symptom	← "spektrumtillstånd" →	Mer maniska symptom
antidepressiva	—————	—————
←—————	lamotrigin	—————
←—————	—————	valproat
←—————	—————	—————
←—————	—————	litium

## Psykotiska symptom

Var femte person med unipolär eller bipolär depression har psykotiska symptom, dvs. har hallucinationer och/eller vanföreställningar och/eller formella tankestörningar. Dessa psykotiska symptom är oftast affektkongruenta, dvs. har samma färg eller innehåll som det aktuella stämningsläget (4). Ett fåtal personer har affektinkongruenta psykotiska symptom och det kan då vara svårt att skilja deras sjukdom från schizofrena sjukdomstillstånd. Det faktum att psykotiska upplevelser kan vara neutrala hos en nedstämd eller uppstämd individ (affektinkongruens) hindrar inte att en primär affektiv diagnos ställs, men differentialdiagnoser måste då övervägas extra noga.

## Sjukdomsförlopp

Både återkommande depressioner och bipolära sjukdom ändrar karaktär över tid. Episoderna blir med tiden alltmer sammanflytande med restsymtom mellan episoderna. De blir också allt mera sällan utlösta av yttre psykologisk belastning – de blir mera autonoma (5) och de återkommer med allt kortare intervall.

### **Rapid cycling**

Om en person med bipolär sjukdom under 12 månader har minst fyra episoder av mani/hypomani eller depression används benämningen ”rapid cycling” (6). Dessa episoder kan komma mycket tätt, med t.ex. en manisk/hypoman episod om en vecka och en depressiv episod om ett par veckor. ”Ultrarapid cycling” har beskrivits med begreppet ”varannandags-depression” och ”varannandagsmani”. Ännu snabbare bipolära svängningar kan vara svåra att skilja från den emotionella labilitet som betecknar borderline personlighetsstörning.

### **Kognitiv funktionsstörning**

Många patienter med depression och särskilt de med bipolär sjukdom, drabbas av kognitiv funktionsnedsättning i form av koncentrations- och minnessvårigheter (7) i vissa fall också av förvirringssymtom eller villrådighet (perplexitet). Risken för långvarig kognitiv funktionsnedsättning ökar med längden på sjukdomsepisoden och med episodens svårighet. De kognitiva problemen läker som regel långt efter att depressionssymtomen gått tillbaka och är en viktig orsak till långdragen arbetsförmåga vid affektiv sjukdom. Efter många sjukdomsskov uppkommer även en uttalad känslighet för stress som gör patienten sårbar för olika livshändelser och för den stress som finns i många arbeten.

### **Dystymi**

Dystymi är en kronisk nedstämdhet av måttlig grad, som inte uppfyller de fulla kriterierna för egentlig depression, men där den drabbade kontinuerligt under en period längre än två år har upplevt åtminstone två tydliga depressionssymtom (18). Varaktigheten för en dystymi kan vara flera decennier och debuten sker ibland tidigt i livet. Under en lång dystymiperiod kan depressionen djupna till en episod av egentlig depression som sedan viker och efterlämnar den gamla dystymin. Detta kallas ”dubbel depression”. Även en låggradig depression ger sänkning av livskvalitet och försämrad arbetsförmåga. Läkemedelsbehandling har större effekt än psykoterapi (19).

## **Depression och suicid**

Av dem som vårdats i heldygnsvård för depression dör 15 % i suicid eller självmord (1). En lägre andel 8,6 % av personer med depression som lagts in på sjukhus pga suicidrisk dog i suicid enligt ett annat beräkningssätt. En avsevärt lägre andel av patienter som endast gått i öppen vård dog i suicid, omkring 2 % (2).

Att risken för suicid är betydande stärks av svenska data från slutenvårdsstatistiken, där man funnit en ökande suiciddödlighet hos personer som vårdats i heldygnsvård för depression under tiden 1976 till 1995. Suicid var särskilt vanligt hos dem som var yngre än 30 år vid första vårdtillfället och under de första åren efter diagnos (3).

## **Suicid vid olika typer av depression**

Enligt en metaanalys av olika psykiatriska diagnoser medför unipolär depression en 20 ggr förhöjd risk, bipolär sjukdom 15 ggr och dystymi 12 ggr förhöjd risk för suicid jämfört med risken i befolkningen som helhet. Detta innebär att risken för suicid vid affektiv sjukdom är högre än vid ångestsyndrom, schizofreni, alkoholmissbruk och personlighetsstörning (4). Enligt en långtidsuppföljning av både unipolära och bipolära tillstånd under så lång tid som över 40 år visade sig unipolär depression följd av bipolär sjukdom typ I ha den största risken för suicid. Bland dem med unipolär depression var det så att de som också gjort suicidförsök hade en trefaldigt ökad risk (5).

## **Ökad suicidrisk vid särskilda drag i depressionen**

Suicidrisken är särskilt hög i början av en depression, om depressionen är mycket djup (6), när den aktuella depressionen är långvarig (7) och om man får upprepade skov (8). Den senare studien visar också på den ökade risken vid ”double depression”, dvs en dystymi som fördjupas till en egentlig depression. Likaså ökar risken om man inte blir helt återställd (9). Den första instabila fasen av depressionsbehandlingen, första månaden, innebär särskilt

hög risk för suicid (10). Ångestsymtom medför ökad risk under första året (11) och är även ett observandum senare (12). Sömnstörning ökar risken, både insomni och hypersomni (13, 14).

Vid bipolär sjukdom är risken störst under den depressiva fasen. Vid agitation, stark ångest, utagerande beteende och en kombination av alkohol- eller drogbruk finns särskild risk (15). ”Blandepisoder” och förändringsfaser, transition phases, i den bipolära sjukdomen innebär ökad risk för suicid.

Sekundära depressioner är riskabla, t ex vid personlighetsstörning (16, 17) och schizofreni (18, 19). Det kan vara svårare att ställa diagnos, men också svårare att behandla de sekundära depressionerna farmakologiskt. Detsamma gäller alkoholmissbrukare som samtidigt har depression, där risken för suicidförsök ökar niofalt (20).

Det kan ibland inträffa suicid mycket tidigt i förloppet av sjukdomen, både hos unga människor och senare under livet (21). Hos de äldsta kan det ibland finnas risk även efter decennier av affektiv sjukdom (22, 5).

*En strukturerad suicidriskbedömning ska göras i den initiala bedömningen av en patient med depression. Den ska upprepas under behandlingens gång, både vid inläggning och utskrivning från heldygnsvård och löpande under behandling i öppenvård. Vid förändringar i stämningsläget finns anledning att aktualisera en värdering av suicidrisken (se Regionalt vårdprogram för suicidnära patienter).*

Ett särskilt varningstecken är alltså tidigare gjorda suicidförsök. Om suicidförsök inträffat under sista året anges risken vara särskilt hög (23–24). Man har också sett att risken för suicid är förhöjd i åtskilliga år efter suicidförsök (27–28).

Sekundära depressioner vid somatisk sjukdom är viktiga att uppmärksamma. Vid tillstånd som stroke, multipel skleros, hjärntumör och annan cancer-sjukdom finns en ökad suicidrisk, sannolikt vid en depressiv bild (4, 29, 30). Särskilt hos äldre män medför somatisk sjuklighet en ökad risk för suicid (30).



## **Läkemedelsbehandling och suicid**

Antidepressiv behandling har visat goda antisuicidala effekter hos människor med depression och suicidalitet (31). Detta gäller också litium, som här verkar ha fördelar före andra stämningsstabiliserande läkemedel (32).

Det är sedan länge känt att en viss ökning av suicidrisken uppstår en kort tid efter behandling med antidepressiva (10). Man har de senaste åren särskilt uppmärksammat en möjlig ökning av suicidtankar och suicidförsök i samband med behandling med paroxetin hos barn och ungdom (33). Detta gäller även andra SSRI och även i vuxen ålder (34, 31). Det finns dock inget stöd för höjd risk för suicid vid antidepressiv behandling. Sammantaget utgör anti-depressiv behandling en utomordentlig viktig del i det suicidpreventiva arbetet (35).

## **Diagnostik och skattning**

### **DSM-IV – diagnostiska kriterier för psykisk sjukdom**

Diagnostiska beskrivningar innebär ett kvalitativt kategoritänkande. Diagnostik med hjälp av operationella kriterier syftar till att uppnå hög reliabilitet och minska skillnader mellan olika bedömare. Diagnostik av egentlig depression, mani eller annan diagnos inom gruppen ”förstämmningsyndrom” kan ske med stöd av de diagnostiska kriterier som listas i DSM-IV. ”MINI D” är den svenska översättningen av de diagnostiska kriterierna enligt DSM-IV (1) och den bör finnas på alla psykiatriska vårdavdelningar och öppenvårdsmottagningar. Kliniskt verksam personal bör vara utbildad i basal DSM-diagnostik.

### **Manualer för diagnostisk intervju**

Det finns strukturerade manualer till stöd för diagnostisk intervju enligt kriterierna i DSM-IV. Exempel på sådana instrument är den Affektiva modulen i SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders – Clinician Version; (2) eller sidan 1–9 i M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview (3)). M.I.N.I är enklare till sin struktur och mindre tidskrävande än SCID-I.

För kriteriebaserad diagnostik gäller dels att användaren måste ha psykiatrisk kunskap och klinisk erfarenhet för att använda texten på ett korrekt sätt, dels att det är ”terrängen som gäller när kartan inte passar”.

## Diagnostik av depression

### Diagnostiska kriterier för depression:

#### För diagnosen egentlig depression krävs enligt DSM-IV

- A. Att fem av följande symtom har förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta skall ha inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomen 1) nedstämdhet eller 2) minskat intresse eller glädje måste föreligga.
- 1) Nedstämdhet under större delen av dagen så gott som dagligen, vilket bekräftas av antingen personen själv (t ex känner sig ledsen eller tom) eller av andra (t ex ser ut att vilja gråta). Obs: Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
  - 2) Klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen, så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen själv eller av andra).
  - 3) Betydande viktnedgång (utan att avsiktligt banta) eller viktuppgång (t ex en mer än femprocentig förändring av kroppsvikten under en månad), eller minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen. Obs: ta också med i beräkningen om förväntad viktökning hos barn uteblivit.
  - 4) Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt).
  - 5) Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (observerbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet).
  - 6) Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.
  - 7) Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuld känslor (vilka kan ha vanföreställningskaraktär) nästan dagligen (inte enbart självföreläuser eller skuld känslor över att vara sjuk).
  - 8) Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen eller av andra).
  - 9) Återkommande tankar på döden (inte enbart rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.
- B. Att symtomen inte uppfyller kriterier för blandepisod mani/depression
- C. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga hänseenden.
- D. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog eller medicinering) eller av somatisk sjukdom/sakad (t ex hypothyreoidism).
- E. Symtomen förklaras inte bättre med okomplicerad sorg, d v s den depressiva symptomatologin har varat längre än två månader efter en närståendes bortgång eller karakteriseras av påtaglig funktionsförsämring, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning.

## **Olika typer av depression**

Såväl unipolära depressioner som depressioner vid bipolär sjukdom kan ha olika symtombild.

### **Melankoli**

A. Något av följande symtom uppträder under den svåraste perioden i den aktuella episoden:

- 1) förmågan att känna lust eller glädje i aktiviteter har helt, eller i stort sett helt, försvunnit.
- 2) reagerar inte på vanligtvis positiva stimuli (känner sig inte ens tillfälligt särskilt mycket bättre när någonting roligt inträffar).

B. Minst tre av följande kriterier:

- 3) nedstämdheten har distinkt kvalitet (d v s nedstämdheten upplevs annorlunda än den känsla som följer efter att ha mist någon nära anhörig.
- 4) nedstämdheten är genomgående värst på morgonen.
- 5) tidigt uppvaknande (minst två timmar före vanlig tid).
- 6) stark psykomotorisk hämning eller agitation.
- 7) betydande aptitlöshet eller viktninskning.
- 8) överdrivna eller obefogade skuldkänslor.

### **Atypisk depression**

A. Personen har förmåga till känslomässiga reaktioner (d v s sinnestämningen höjs vid verkliga eller potentiellt positiva händelser):

B. Minst två av följande symtom.

- 1) betydande aptitökning eller viktökning.
- 2) sover för mycket.
- 3) tung känsla i armar eller ben (det känns som om de vore av bly).
- 4) ett långvarigt mönster av känslighet för att bli avvisad av andra (inte enbart begränsat till förstämningsepisoder) som resulterar i signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbetslivet.

C. Kriterierna för katatoni eller melankoli är inte uppfyllda under samma period.

### **Kataton depression**

Den kliniska bilden av minst två av följande:

- 1) motorisk orörlighet vilken visar sig i form av katalepsi (inkluderat vaxartad rörlighet) eller stupor.
- 2) överdriven motorisk aktivitet (till synes utan syfte och opåverkad av yttre stimuli).
- 3) extrem negativism (gör ett till synes ogrundat motstånd mot varje form av instruktion eller uppmaning eller förblir i en steltnad kroppsställning trots omgivningens försök att få en förändring till stånd) eller mutism.
- 4) besynnerligheter i den volontära motoriken vilket visar sig i inadekvata eller bisarra kroppsställningar, stereotypa rörelser, uppseendeväckande manér.
- 5) ekolali eller ekopraxi.

## **Skattning av depressionens djup**

När diagnosen depression ställts, kan sjukdomens svårighetsgrad bedömas med hjälp av specifika skalor. Expertskalor eller självskattningsskalor bör användas som hjälpmedel för att bedöma sjukdomens allvarlighetsgrad och följa effekten av behandlingen.

### **Expertskattning**

#### **MADRS**

MADRS innehåller tio variabler (se bilaga). Dessa variabler är ungefär desamma som de operatorer som anges i A-kriteriet för egentlig depression enligt DSM-IV. En diagnostisk intervju som avser att belysa A-kriteriet täcker automatiskt de symtom som mäts i MADRS. Det enda undantaget är ”ångestkänslor”, som inte finns med bland de nio symtomen i DSM-IV:s A-kriterium. MADRS används idag även internationellt och anses enklare för även ovana skattare att lära sig än HAMD. De tio symtom som ingår i MADRS är utvalda på grund av sin höga förekomst vid de flesta depressiva tillstånd. Vid en del depressioner förekommer symtom som inte ingår i MADRS-skalan. Hos barn och ungdomar framträder ofta irritabilitet mer än nedstämdhet. Trötthet och ökat sömnbehov är vanligare hos unga människor med depression än hos vuxna deprimerade. Äldre deprimerade individer kan ibland vara så kognitivt hämmade att man talar om ”pseudodemens”.

Överdriven oro för kroppslig sjukdom, i form av somatiseringstendens eller hypokondri, är inte ovanligt hos äldre. Deprimerade män uppvisar inte alltid typiska depressionssymtom. Dessa maskeras ibland av missbruk och aggressivitet eller impulsgenombrott.

### **Självskattning av depressionens svårighetsgrad**

Användningen av självskattningar sparar tid och tydliggör och dokumenterar behandlingseffekterna, vilket är praktiskt för behandlaren. Självskattningar har ett stort terapeutiskt och pedagogiskt värde för många patienter.

#### **PHQ-9**

Både för diagnostik av depression och för mått på depressionens svårighetsgrad kan PHQ-9 (Patient's Health Questionnaire) användas. Detta instrument utgörs av DSM-IV:s nio depressionskriterier omformade till frågor. PHQ-9 är avsett som screening för depression av patienter i primärvården. Som sådan har den befunnits ha 90 % specificitet och 75 % sensitivitet (4, 5). I praktiken fungerar PHQ-9 väl, eftersom den är enkel för patienten att fylla i och sannolikheten för att patienten verkligen diagnostiseras och kontinuerligt skattas ökar.

#### **MADRS-S**

Ett annat välkänt självskattningsinstrument av depressionsdjup är MADRS-S. Man kan vid samma tillfälle som patienten expertskattas med MADRS låta henne fylla i självskattningsversionen av MADRS nämligen MADRS-S (6), (se bilaga). MADRS-S innehåller nio av MADRS tio variabler i själv-skattningsformat. "Sänkt grundstämning", dvs. yttre tecken på depressivitet såsom observerbar nedstämdhet, hämning och latens, lämpar sig inte särskilt bra för självskattning och ingår därför inte. Efter att vid utredningen vid nybesöket ha gått igenom patientens självskattning på MADRS-S och kalibrerat denna mot expertens MADRS-bedömning, kan patienten i samband med återbesök självskatta sig med MADRS-S.

För deprimerade patienter är överensstämmelsen i de flesta fall mycket god mellan expertskattad MADRS respektive självskattad MADRS-S. Vid samtidig förekomst av avvikande personlighetsdrag av kluster B-typ, histrioniska, narcissistiska och borderlinepersonligheter, tenderar överensstämmelsen att vara sämre. Dessa personer skattar sig vanligen som sjukare än vad experter gör. För patienter med kluster C-drag (fobiska, osjälvständiga, tvångsmässiga personligheter) är överensstämmelsen lika god som för patienter utan personlighetsstörning (7).

## Diagnostik av mani och hypomani

### Mani

#### Diagnostiska kriterier för mani enligt DSM-IV

Generalkriteriet A) för mani är en i tid avgränsad episod av onormalt förhöjt eller expansivt alternativt irriterbart stämningsläge. Om stämningsläget är förhöjt eller expansivt krävs för diagnosen mani att patienten uppvisar minst tre av följande sju symptom. Om stämningsläget endast är irriterbart krävs att fyra kriterier uppfylls:

- ökad självkänsla
- minskat sömnbehov
- talträngdhet
- idéflykt/tankeflykt
- ökad distraherbarhet
- ökat engagemang i målinriktade aktiviteter eller psykomotorisk agitation
- överdrivet deltagande i aktiviteter som är risk- eller lustfyllda och potentiellt skadliga (kriterium B)

Om stämningsläget endast är irriterbart (kriterium A) krävs att patienten uppvisar fyra av ovanstående sju symptom för diagnosen mani.

#### Tidskriterium för mani

För mani krävs att stämningsläget är förändrat under minst sju dagar, kortare tid om heldygnsvård krävs. Det förändrade stämningsläget måste orsaka kraftigt nedsatt social eller professionell funktionsförmåga alternativt vara förenat med psykotiska symptom.

#### Hypomani

För hypomani krävs enligt DSM-IV att stämningsläget är förändrat under minst fyra dagar samt att det medfört en påtaglig förändring i hur personen betar sig och fungerar. Denna förändring skall vara tydligt märkbar för

andra, men funktionsnivån är i stort sett bibehållen. Under milda hypomanier kan funktionsnivån t.o.m. vara ökad. Psykotiska symptom får ej förekomma. Durationsgränserna anses av somliga experter vara för stränga och måste ses som riktlinjer och användas med kliniskt omdöme.

### **Självskärmning för tidigare episoder av mani och hypomani**

The Mood Disorder Questionnaire (MDQ) är ett självskärmningformulär med 13 frågor. Med 7 eller fler ja-svar hade formuläret 73 % sensitivitet och 90 % specificitet att upptäcka personer med bipolär sjukdom typ I eller II (8). MDQ är alltså väl lämpat att användas som skärmningformulär för bipolär sjukdom i både primärvård och psykiatrisk vård. Det är angeläget att skärmna alla personer med depression för bipolär sjukdom redan vid den första depressionsepisoden för att kunna ge patienten rätt behandling. Särskilt viktigt är att skärmna deprimerade personer som inte blir återställda med sedvanlig behandling, eftersom en av orsakerna till terapirefraktär depression är att personen i själva verket har en bipolär sjukdom.

### **Skattning av mani**

Det finns flera skalor för att skatta graden av mani. Mest spridd är Young Mania Rating Scale (Y-MRS) (9). Y-MRS används flitigt i studier men har inte vunnit lika stor spridning i kliniken.

### **Skattning av blandepisod**

Skattning av blandepisod kan vara viktigt vid bedömning av depression. Ingen etablerad skala finns ännu.



## Läkemedelsbehandling av depression

### Olika slag av antidepressiva läkemedel

- Selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI)
- Kombinerade serotonin- och noradrenalinupptagshämmare (SNRI)
- Presynaptiska alfa2-receptorantagonister
- Noradrenalinupptagshämmare
- Monoaminoxidashämmare
- Kombinerade noradrenalin- och dopaminupptagshämmare
- Tricykliska antidepressiva (TCA)

Antidepressiva med andra typer av verkningsmekanism och i andra beredningsformer (t.ex. plåster) utvecklas och kan komma att bli tillgängliga inom de närmaste åren

### Biverkningar

#### SSRI

Citalopram, sertralin, fluoxetin och paroxetin kan alla initialt ge ett lätt illamående, bukbesvär och huvudvärk. Fortsatta biverkningar är svettningar, sömnstörning och trötthet. Viss muntorrhet uppkommer. Ökad blödningsbenägenhet förekommer, särskilt vid höga doser. De sexuella biverkningarna kvarstår ofta under hela behandlingstiden och utgörs av minskad lust, fördröjd ejakulation och orgasmhämmning. Byte av preparat inom SSRI-gruppen brukar inte minska biverkningarna, eftersom de orsakas av serotoninfaciliteringen. Eftersom många patienter kan behöva lång eller livslång behandling bör sexuella biverkningar aktivt efterfrågas och om möjligt åtgärdas. En liten grupp patienter kan beskriva en känsla av avstängdhet och likgiltighet och tycker sig inte tolerera behandling med SSRI.

SSRI-läkemedlen är inte identiska, utan har olika transmittorprofil, halveringstid och risk för interaktioner. Deras biverkningsprofiler är därför inte heller identiska.

### **Noradrenalinupptagshämmare**

Reboxetin ger risk för ökad hjärtfrekvens, blodtrycksförhöjning, muntorrhet, förstoppning, urinstämma och sömnstörning.

### **SNRI**

Biverkningarna hos venlafaxin och duloxetin är en kombination av dem hos SSRI och noradrenalinupptagshämmarna.

### **Kombinerade dopamin- och noradrenalinupptagshämmare**

Bupropion ger ökad aktivering och kan ge sömnstörning. Muntorrhet förekommer också. Risken för epileptiskt anfall vid höga dosen är högre än för övriga antidepressiva. Läkemedlet ger ej sexuella biverkningar.

### **Presynaptiska alfa2-receptorblockerare**

Mirtazapin, mianserin ger ofta dagtrötthet och uttalad viktuppgång.

### **Selektiva monoaminoxidashämmare**

Moklobemid kan orsaka sömnstörning, huvudvärk och yrsel, men ger ej sexuella biverkningar.

### **Tricykliska**

TCA ger risk för antikolinerga biverkningar med minskad salivation, förstoppning och hos äldre även förvirring. Andra biverkningar är ortostatism och ökad hjärtfrekvens. Vid överdos kan hjärtrytmrubbningar uppstå och dödsfall förekommer vid suicidförsök med dessa läkemedel. De antikolinerga bieffekterna brukar inte minska vid långtidsbehandling och det finns risk för tandskador.

### **Inget beroende av antidepressiva läkemedel**

Antidepressiva läkemedel är inte vanebildande, men kan ge utsättnings-symtom vid snabb utsättning av läkemedlet. Risken för utsättningsfenomen är mindre för läkemedel med längre halveringstid.

## **Försämring orsakad av behandling med antidepressiva**

Inte sällan kan personer med depression försämrans under de första dagarnas läkemedelsbehandling. Det är vanligt med viss ångestförstärkning och sömnsvårigheter. Detta är förväntade farmakologiska reaktioner. En del patienter drabbas emellertid av hög ångest eller psykomotorisk agitation. De beskriver ofta rusande tankar och starka suicidimpulser. Diagnosen bipolär blandepisod (samtidiga symtom på depression och mani eller hypo-mani) utlöst av antidepressiva måste övervägas i dessa fall. Personen visar sig i många fall vid mera noggrann diagnostik ha en bipolär sjukdom. I andra fall föreligger en depression som inte fullt ut uppfyller DSM-IV:s diagnostiska kriterier för bipolär sjukdom t.ex. genom att hypomanierna varit kortare än fyra dagar. Behandlingen är ett omedelbart utsättande av antidepressiva. Ibland behövs en akut manibehandling med antipsykotika eller valproat. Den fortsatta behandlingen utgörs sedan av behandling som vid bipolär depression.

## **Val av antidepressivt läkemedel**

*Målet för läkemedelsbehandlingen är att patienten skall bli helt återställd från sin depression. Kvarvarande symtom innebär ökad risk för återinsjuknande (1). Depressionen bör därför följas med kontinuerliga skattningar eller självskattningar.*

## **Okomplicerad förstagångsdepression**

Vid läkemedelsbehandling av en okomplicerad förstagångsdepression bör som regel väljas ett SSRI. Förstahandsläkemedel är citalopram och sertralin, som båda tolereras väl och har låg risk för interaktioner.

## **Svårare depression**

Vid behandling av en svårare depression eller när SSRI inte fungerat eller vid behandling i heldygnsvård bör man välja SNRI eller TCA, där flera välgjorda studier talar för en bättre effekt (1). Flertalet tillgängliga antidepressiva läkemedel är effektmässigt likvärdiga på gruppnivå. Däremot kan skillnader mellan läkemedel i samma grupp finnas i behandlingssvar och biverkningar för enskilda patienter. De flesta nyare antidepressiva är förhållandevis atoxiska i överdos och är därför mer lämpliga än tricykliska om suicidrisk föreligger. En snabb och effektiv behandling är då minst lika viktig som att välja ett atoxiskt läkemedel.

Litium som tillägg till TCA är den bäst dokumenterade kombinationen liksom tillägg av trijodtyronin (T3) i dosen 50ug. Exempel på möjliga tillägg till SSRI är mianserin, mirtazapin, atypiska antipsykosmedel, buspiron och folsyra i dosen 500ug. Vid kombination av två läkemedel som bägge påverkar serotonintransmissionen bör man beakta risken för serotonergt syndrom (2). Symtom som irritation, ökad oro, tremor, svettningar, tilltagande gastrointestinala besvär kan tyda på en alltför kraftig serotnerg effekt.

Vid fortsatt behandlingsrefraktär depression bör behandling med en icke-reversibel MAO-hämmare övervägas. Dessa medel är licensbelagda och kräver att behandlaren är väl förtrogen med preparaten, eftersom patienten måste anpassa sin diet för att undvika farliga biverkningar. Åtminstone bör specialmottagningar för affektiv sjukdom kunna erbjuda denna behandling.

## **Val av behandling vid olika slag av depression**

### **Unipolär depression av melankolisk typ**

Unipolär depression av melankolisk typ skall alltid behandlas med ett antidepressivt läkemedel eller med elektrokonvulsiv behandling (ECT). Man bör välja ett preparat med bredare biokemiskt anslag. ECT bör väljas om antidepressiva läkemedel inte tidigare fungerat när patienten haft samma sjukdomsbild eller om vitalindikation föreligger. Det är viktigt att både patient och anhöriga är informerade om allvaret i sjukdomen, liksom att suicidrisken kan öka i behandlingens inledningsfas. Genomgång av suicidtankar, suicidplaner och tidigare självmordshandlingar är nödvändig för att ge patienten rätt behandling och rätt omhändertagande.

### **Unipolär depression av psykotisk typ**

Psykotiska symtom vid depression (hallucinationer eller vanföreställningar, oftast affektkongruenta) innebär ett allvarligt sjukdomstillstånd med hög suicidrisk och är därför alltid specialistfall. Antidepressiva med bred biokemisk profil ensamt eller i kombination med låga doser antipsykotika ges, som regel i heldygnsvård. ECT är ofta den mest effektiva behandlingen och bilateral elektrodplacering bör övervägas. Vid psykotisk depression bör diagnosen bipolär sjukdom alltid övervägas.

## **Depression och kroppslig sjukdom**

Depression förekommer ofta vid allvarlig somatisk sjukdom och kan ha en negativ inverkan på både rehabilitering och överlevnad. Det finns än så länge begränsad evidens för val av läkemedelsbehandling vid denna typ av

depression. De försiktighetsmått som skall vidtas är av samma typ som vid behandling av äldre.

### **Tid till effekt**

Synlig effekt av behandling med antidepressiva kan förväntas tidigast efter 2–3 veckors behandling. De patienter, som slutligen fått god effekt av ett antidepressivt medel, har som regel visat tecken på förbättring av sin ångest redan efter en veckas behandling (3). För att patienten skall förväntas få god effekt av ett preparat, bör någon förbättring ha skett inom fyra veckor. Fullständig remission inträffar inte sällan först efter flera månaders behandling. Vid partiell effekt efter fyra veckor bör doshöjning övervägas. Vid utebliven effekt skall byte av läkemedel omedelbart övervägas. Vid depression med svår ångest bör man överväga tillägg av ångestdämpande läkemedel t.ex. oxazepam. I många fall behöver patienten initialt även sömnmedel.

### **Fortsatt behandling av unipolär depression**

När en person tillfrisknat från sin depression med hjälp av behandling med antidepressiva, bör läkemedelsbehandlingen pågå ytterligare minst sex månader. Vid fortsatt behandling och vid profylaktisk behandling bör patienten få samma dos läkemedel som gett remission. Att sätta ut läkemedlet i förtid ökar risken för återfall. Utsättningen görs sedan gradvis under minst 3–4 veckors tid för att undvika utsättningssymtom. Om nedstämdheten återkommer bör preparatet återinsättas och behandlingen fortgå ytterligare sex månader. Patienten bör kontinuerligt följas med depressionsskattningar. Om depressionen försämras under pågående behandling bör diagnos och behandling omprövas.

Efter tre depressioner eller efter två depressioner med särskilda riskfaktorer (mycket djup eller psykotisk depression, förekomst av aktiva suicidtankar eller affektiv sjukdom hos förstagrads släkting), bör kontinuerlig profylaktisk behandling övervägas. Behov av sådan behandling bör bedömas på specialistnivå. I första hand ges fortsatt behandling i oförändrad dos med samma antidepressiva läkemedel som gett akut bättring. Litiumbehandling kan vara ett alternativ.

# Läkemedelsbehandling av bipolär sjukdom

## Akut behandling av bipolär depression

Minst 10 % av personer med unipolär depression kommer att utveckla en bipolär sjukdom. Ändå finns få studier av hur bipolär depression skall behandlas. Bipolär depression skiljer sig sannolikt i viktiga patofysiologiska avseenden från unipolär depression och det är därför inte troligt att studier av unipolära patienter kan extrapoleras till bipolära patienter. Behandling av bipolär sjukdom i depressiv fas med antidepressiva innebär en risk att utlösa maniska skov, blandepisoder eller förvärra depressionen.

Patienter med känd bipolär sjukdom bör stå på behandling med stämningsstabiliserande läkemedel (vanligen litium, atypiska antipsykotika, valproinsyra eller karbamazepin). Första åtgärden vid ett depressivt skov är att höja dosen av det stämningsstabiliserande medlet. Detta är särskilt viktigt om serumkoncentrationen varit suboptimal (för litium  $<0,8$ , valproinsyra  $<80\mu\text{g/ml}$ , karbamazepin  $<8,0\mu\text{g/ml}$ ). I andra hand kan man överväga addera ett antidepressivt medel. TCA och venlafaxin ger överslag (switch) till mani i högre utsträckning än andra antidepressiva medel. Nya studier tyder på att tillägg av antidepressiva kanske inte ger snabbare effekt på bipolär depression än stämningsstabiliserande läkemedel enbart. Sannolikt bör en behandling med antidepressiva vara så kort som möjligt.

Lamotrigin är ett antiepileptiskt läkemedel med antidepressiv effekt vid bipolär depression. Läkemedlet har i studier inte visat ökad risk för överslag i mani, men skyddar heller inte mot mani - det ”stabiliserar underifrån”.

Atypiska antipsykotika kan ha en god effekt vid behandling av icke-psykotisk bipolär depression. God effekt har visats för quetiapin i monoterapi och för kombinationen olanzapin + fluoxetin.

ECT har ofta en god effekt vid bipolär depression. Atypisk depression (där symtomen bl.a. är hypersomni, hyperfagi, tyngdkänsla i lemmarna och

överdriven rädsla för att bli övergiven) svarar som regel betydligt sämre på ECT-behandling än andra typer av depression och risken för övergående kognitiva biverkningar kan också vara större för denna patientgrupp. Behandlingen kan ändå behövas även vid denna typ av depression, eftersom den ofta kan vara särskilt svårbehandlad. ECT har också en antimanisk effekt, varför en snabb omsvängning till förhöjt stämningsläge inte skall innebära att den planerade behandlingsserien avbryts.

Bipolär depression är i många fall mycket svårbehandlad och långdragen och utgör över tid ett betydligt svårare behandlingsproblem än manierna och hypomanierna. Patienter med bipolär sjukdom bör om möjligt skötas på en mottagning specialiserad på affektiv sjukdom.

### **Akut behandling av mani**

1. Avsluta behandling med antidepressiva och om möjligt även med andra läkemedel som kan inducera mani t.ex. steroider.
2. Reducera stimuli (särskilt kontakt med människor), undvik all form av konfrontation eller argumentation med patienten.
3. Aktiv behandling av manin måste omedelbart inledas.
4. Antipsykotika har ofta en god effekt. Haloperidol eller zuclopentixol är väl beprövade läkemedel med välkända effekter. Nackdelen är risken för akuta extrapyramidala biverkningar. Ett alternativ är atypiska antipsykotika som har mindre risk för extrapyramidala symptom. De flesta atypiska antipsykotika fungerar väl vid manibehandling. Olanzapin har en munlös tablett (velotab), som ibland kan vara ett alternativ till injektionsbehandling i akuta situationer, eftersom det är lätt att observera att patienten verkligen tar läkemedlet. Om patienten redan behandlas med litium kan höjning av dosen vara lämplig.
5. Antiepileptiska läkemedel. Valproat kan användas vid behandling av mani och hypomani. Det är särskilt viktigt att inte glömma bort att behandla med valproat i de fall patienten svarar dåligt på behandling med antipsykotika. Karbamazepin är ett annat alternativ. OBS! valproat och karbamazepin givna till gravida under första trimestern ger ökad risk för fostermissbildning, vilket begränsar deras användbarhet för kvinnor i fertil ålder.
6. Patienter med pågående blandepisod svarar som regel dåligt på litium. Här är behandling med valproat eller atypiska antipsykotika indicerad.
7. ECT är effektivt mot mani. Särskilt god och snabb effekt har ECT vid postpartumpsykos och vid manier av typen cykloid psykos. Bilateral elektrodplacering rekommenderas. Behandlingen kan vara svår att genomföra.
8. Anxiolytika och hypnotika - bensodiazepiner i första hand - skall som regel ges som tillägg till övrig behandling för att patienten skall kunna vila och sova. Phenergan är ett välkänt läkemedel som finns som licenspreparat för intramuskulär injektion och som har god lugnande effekt och få biverkningar.
9. Observera att förflyttning av en manisk patient är en risksituation för både patienten och personalen. Det är av stor vikt att patienten är noggrant medicinerad och lugn innan förflyttning sker.
10. Vid mani skall alltid vård oberoende av samtycke övervägas.



Behandlingen av en mani skall ske inom heldygnsvård och som regel krävs tvångsvård eftersom läkemedelsbehandling absolut behövs. Hypomanier kan, beroende på symtomens svårighetsgrad, ibland skötas i öppen vård om patient och anhöriga har god kännedom om sjukdomen, samarbetet med ansvarig läkare är förtroendefullt och möjlighet till täta besök i öppen vård finns.

## **Profylaktisk läkemedelsbehandling av bipolär sjukdom**

### **Litium**

Litium är det mest beprövade medlet för återfallsprofylax vid typisk bipolär sjukdom med effekt mot främst återfall i mani, men även mot depression. Litium har också den bästa evidensbasen för behandling av bipolär sjukdom (1). I de flesta fall är biverkningarna vid litiumbehandling ringa och patienterna fungerar väl på alla livets områden. Litiums effekt är dosberoende med snäv terapeutisk bredd. Terapeutisk nivå i 12-timmars-prov är lämpligen 0,6–1,0 mmol/l. En del patienter behöver ännu högre litiumkoncentration - upp till 1,2 mmol/l. Den antidepressiva effekten av litium inträder vid 0,8 mmol/l.

Ökade urinmängder och tremor är vanliga biverkningar. Tremorn kan ofta minskas med medicinering med propranolol. Diarré eller lösa avföringar är inte ovanliga. Gastrointestinala biverkningar kan ibland försvinna om patienten istället för det vanliga depåläkemedlet lithionit får licensläkemedlet litiumkarbonat i vanlig tablett och litium då snabbare tas upp från tarmen. Litiuminnehållet i Apotekets litiumkarbonat är högre per tablett än i lithionit, varför en dosjustering krävs vid bytet. Litium kan även förskrivas i mixturform, om så skulle behövas. Acne och försämring av psoriasis är inte ovanligt. Enstaka patienter kan uppleva muskelsvaghet under litiumbehandling.

Litiumintoxikationer kan ge irreversibla njurskador. Allvarliga intoxicationer är ovanliga vid de mottagningar där man följer rutiner för kontroll av serumkoncentration och övriga rutinprover. Betydande risk för litiumintoxikation kan finnas för patienter som inte själva kan ansvara för sin medicinering på grund av förståndshandikapp, demens eller motsvarande. Risk för intoxication finns också vid svår intorkning orsakad av feber eller svåra diarréer.

En vanlig biverkan av litium är hypothyreos, som lätt substitueras med tyroideahormon. Hyperkalcemi förekommer vid litiumbehandling och kan ibland hanteras med försiktig sänkning av litiumdosen. I andra fall kan hyperkalcemin vara uttryck för en hyperparatyreoidism som kräver endokrinologisk utredning. Dossänkning och tillägg av eller byte till annat stabiliserande läkemedel kan då krävas.

## **Antiepileptika**

### **Lamotrigin**

Lamotrigin har profylaktisk effekt mot depressiva skov vid bipolär sjukdom, men skyddar inte mot maniska episoder. Långsam doshöjning krävs för att minska risken för allvarliga hudbiverkningar. Eftersom godartade hudutslag är vanligt förekommande vid nyinsättning av läkemedel, kan hjälp med bedömning hos dermatolog behövas om hudutslag uppträder.

### **Valproat**

Evidensbasen för profylaktisk effekt av valproat är relativt tunn. En viss antidepressiv effekt förefaller finnas. Valproat har en hög proteinbindning och risk för interaktion med ett flertal läkemedel föreligger. Initialt är trötthet och illamående vanligt liksom tremor och successiv viktuppgång. Håravfall eller tunnare hårstrån förekommer också. Polycystiska ovarier med menstruationsstörning, hyperandrogenism och metabolt syndrom kan uppkomma hos närmare 10 % av behandlade och debuterar då som regel under första behandlingsåret.

### **Karbamazepin**

Karbamazepin är det äldsta av de antiepileptika som fortfarande används inom psykiatri och evidensen för profylaktisk behandling är tunn. Vanliga biverkningar är obstipation, buksmärtor och yrsel. Allvarliga hematologiska biverkningar förekommer liksom svår hudbiverkning. Karbamazepin inducerar enzymer och interaktion med andra läkemedel innebär, att doshöjning av dessa kan krävas. Särskilt viktig är interaktionen med p-piller (risk för oplanerad graviditet med minipiller!) och med andra epilepsiläkemedel (högre dos av dessa krävs).

## **Antipsykotika**

Många svårbehandlade patienter med bipolär sjukdom kan behandlas med antipsykotika. För fullgod stabilisering av patienter med bipolär sjukdom krävs ofta kombinationsbehandlingar och evidensbasen för antipsykotika är nu fastare. Det första atypiska neuroleptikumet, klozapin (Leponex), ett ofta använt andra- eller tredjehandspreparat vid terapirefraktär schizofreni, har använts med framgång vid svårstyrd bipolär sjukdom.

## **Andra generationens antipsykotika**

Nyare antipsykotika (aripiprazol, olanzapin, quetiapin, risperidon och ziprasidon) har liten risk för extrapyramidala biverkningar och används alltmer, såväl vid behandling av mani, bipolär depression och blandepisoder som i profylaktiskt syfte, ofta tillsammans med litium eller antiepileptika. Flera av läkemedlen (särskilt klozapin och olanzapin) orsakar en snabb och kraftig viktuppgång, som kan vara svår att komma till rätta med. De flesta av dessa läkemedel ger ökad risk för metabolt syndrom och detta kan komma att begränsa användbarheten av dem framöver. Profylaktisk effekt mot mani har visats för olanzapin.

### **Rekommendation**

Behandling av bipolär sjukdom är en stor utmaning. Endast en minoritet av patienterna stabiliseras på litium i monoterapi. Ett betydande antal bipolära patienter är svårbehandlade och kan kräva kombinationsbehandling med tre eller flera läkemedel, som ofta behöver dosjusteras eller bytas ut. Detta kräver stor kompetens och tålmod hos behandlaren. Därför bör patienter med bipolär sjukdom utredas och behandlas vid subspecialiserad affektiv mottagning.

## **Psykologisk behandling vid depression och bipolär sjukdom**

Flera psykologiska behandlingsmetoder har utvecklats för behandling av depression och bipolär sjukdom. Den samlade kunskapen talar för att psykoterapi är effektivt.

Vissa metoder kan användas som enda intervention vid akut behandling av depression. Kunskapsbasen avseende psykoterapiers potential att förhindra återfall och nyinsjuknanden och att behandla svåra och kroniska depressioner är mer begränsad. Allt fler studier talar dock för goda effekter även i dessa avseenden.

Vid bipolär sjukdom används psykoterapi tillsammans med läkemedel för att förbättra den profylaktiska effekten. Forskningen är dock på detta område i sin linda.

Följande presentation av effekterna av psykoterapi baseras främst på SBU:s genomgång av tillgänglig forskning 1966-2003 (1), men har kompletterats med en del studier publicerade 2004-2006.

## **Psykoterapi vid depression**

### **Psykoterapimetoder**

#### **Kognitiva och beteendeterapeutiskt inriktade terapier (KBT)**

KBT är ett paraplybegrepp som inrymmer såväl beteendeterapi (BT) som betonar förändring av beteende och kognitiv terapi (KT) som betonar förändring av individens sätt att tolka och bearbeta information. Det antas att psykisk ohälsa upprätthålls av och har sitt ursprung i hur individen ser på sig själv och sin omgivning (kognitivt perspektiv) samt hur individen reagerar på och påverkas av miljön (beteendeperspektiv). En integrerad behandling (KBT) som rymmer båda dessa perspektiv är vanligast i klinisk praktik, då de kompletterar varandra när det gäller teori, problemanalys och

behandlingstekniker. KBT syftar till att identifiera faktorer som utlöser och vidmakthåller depression. Vanliga interventioner är t.ex. att bryta passivitet och hämning genom ökad aktivitet och ökat målinriktat/viljestyrt beteende, att förändra den deprimerades tänkande samt att förebygga framtida depression genom arbete med sårbarhetsfaktorer. Behandlingen är aktiv, strukturerad, problemfokuserad och tidsbegränsad (15-20 sessioner). Svårare fall som kompliceras av psykiatrisk samsjuklighet kan kräva längre behandlingstid. Hemuppgifter ingår som en central del av behandling och uppföljande sessioner efter behandling planeras för att vidmakthålla behandlingsframstegen.

Den avgörande influensen som ledde fram till modern KBT-behandling kom med Becks kognitiva teori om depression och dess modell för behandling (2, 3). KT baseras på tanken att depression upprätthålls genom ett förvrängt informationsprocessande (t ex i perception och tolkning) och dysfunktionella antaganden. Behandlingen syftar till att hjälpa patienten att tänka på ett adaptivt (realistiskt) sätt och som konsekvens uppleva förändring i känslor, beteende och motivation. En mångfald strategier och tekniker används t.ex. psykopedagogik, guidad upplevelse, ångesthantering, färdighetsträning, sokratisk frågeteknik, rollspel och beteendexperiment. Generellt gäller att patienten vägleds genom behandlingen med ett antal strukturerade inlärningserfarenheter. Tidigt under behandlingen görs vanligen aktivitetsregistrering och patienten får lära sig att observera upplevelser av kontroll och välbehag. Det följs av graderade hemuppgifter med syfte att minska inaktivitet och för att exponera patienten för potentiellt belönande erfarenheter. Patienterna lär sig att observera och skriva ner negativa tankar/mentala bilder och att uppmärksamma sambandet mellan tankar, känslor, kropps-upplevelser och beteenden. Vidare lär sig patienten att utvärdera hur giltig/funktionell tanken är, att pröva dess giltighet i verkliga livet och att förändra dysfunktionella tankar till förmån för adaptiva/realistiska tankar. I takt med att behandlingen fortskrider får patienten lära sig att identifiera, utvärdera och modifiera även underliggande antaganden, som kan vara predisponerande för depressiva reaktioner (dvs. personlig sårbarhet). Slutligen arbetar man med inlärning (eller återaktivering) av adaptiv problemlösning och beslutsfattande.

Senare utveckling av KBT vid depressionsbehandling är t.ex. ”Mind-fulness Based Cognitive Therapy” (MBCT), Beteendeaktivering (BA) och ”Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy” (CBASP). Forskningsbasen för dessa behandlingar är fortfarande begränsad, men nämns eftersom de representerar modeller som specifikt har utvecklats för

återfallsprevention (MBCT), och behandling av svåra eller kroniska depressioner (BA och CBASP). MBCT (4) är en fortsättningsbehandling (8 sessioner/8 veckor) som har betydande inslag av uppmärksamhetsmeditation, s.k. mind-fulnesssträning, som syftar till att förändra personens förhållningssätt och tolerans för egna tankar och upplevelser.

MBCT har jämförts med rutinpsykiatrisk behandling, visat signifikant färre återfall under det första året av behandling hos personer med minst tre tidigare episoder (5).

BA (6) är en korttidsbehandling (16 veckor) med grund i inlärningsteori, vilken i huvudsak fokuserar personens beteende/ aktivitetsnivå i aktuellt socialt sammanhang. Modellen bygger på att patienten lär sig att identifiera hur olika beteenden (t.ex. undvikanden) kan vidmakthålla/förvärra depressionssymptom, och hur dessa kan brytas. I en senare studie (7) rapporteras BA vara mer effektiv än KT och lika effektiv som antidepressiv medicinering för patienter med svårare egentlig depression, varav 46 % hade en melankolisk typ av depression.

CBASP (8) är speciellt utvecklad för behandling av patienter med kroniska depressioner. Behandlingen (16–20 sessioner) syftar till att öka patientens förståelse av konsekvensen av beteenden och interaktioner med andra, att ändra mönster för att hantera svårigheter och att förbättra interpersonella färdigheter. Metoden har visat minst lika goda effekter som läkemedel (9, 10).

Självhjälpsbehandling med KBT i form av skrivet material s.k. biblioterapi eller datorbaserade behandlingsprogram administrerade över internet har utvecklats som alternativ eller som komplement till vanlig behandling. Självhjälpsmetoder kan vara effektiva för patienter med lindrig till måttlig depression (11, 1) och studeras för närvarande i internationell och även i svensk forskning.

### **Interpersonell terapi (IPT)**

IPT är en egen variant av psykoterapi som formulerats med utgångspunkt i studier av Sullivan, Meyer och Bowlby. Den aktuella formen av behandling utvecklades på 80-talet av Klerman och Weissman då man operationaliserade IPT: s specifika komponenter för tillämpning i studier av depressionsbehandling. IPT är en strukturerad, manualiserad korttidsterapi (12–16 sessioner, 1 timme/vecka). Behandlingen baseras på antagandet om att depression oberoende av orsak, uppstår eller kommer till uttryck i ett

interpersonellt eller socialt sammanhang. Huvudfokus i behandlingen ligger på att identifiera de centrala relationer och förändringar i livet som är relaterade till depressionen och att behandla dessa problem i här-och-nu situationen. Problemen kan vara förknippade med interpersonella konflikter, rollförändringar (t.ex. skilsmässa), obearbetad sorg eller interpersonella brister (t.ex. utarmade relationer till antal och kvalitet). Vid IPT används flera tekniker, varav en del har lånats och modifierats från KBT och psykodynamisk terapi (PDT). Frågetekniker som klarifiering och stödande lyssnande används, liksom rollspel och kommunikationsanalys (12).

### **Psykodynamisk terapi (PDT)**

PDT är en grupp av behandlingsmetoder som har sitt ursprung i psykoanalytisk och psykodynamisk teori. Målet med behandling är dels symptomförbättring, dels ökad mognad och insikt. Ett grundläggande antagande vid PDT är att psykiska symptom som t.ex. depression uppstår då individen inte kan hitta fungerande sätt att hantera känslor eller relationer till andra. Symptom antas vara meningsfulla uttryck för en inre/ytte konflikt eller svårigheter som behöver bearbetas och lösas för att symptomen skall minska eller upphöra. Ett viktigt inslag i behandlingen är att terapeuten hjälper patienten att bli medveten om problematiska livsmönster som de aktiveras i relationen till terapeuten. Genom detta får patienten en känslomässig förståelse för problemen och får en (ny) erfarenhet av att vara accepterad. I det terapeutiska arbetet med att utforska känslor, tankar, motiv och relationer, kommer terapin delvis handla om att förstå individens livshistoria, men i huvudsak aktualiseras personens aktuella liv. Behandlingsformatet kan vara såväl långtidsbehandling som korttidsbehandling (13).

### **Psykodynamisk korttidsterapi (PDK)**

PDK innefattar olika varianter av psykodynamisk baserad behandling, varav en del har prövats vid depressionsbehandling. Den psykoterapeutiska tekniken vid PDK för depressionsbehandling, som beskrivits i senare studier härstammar från Malans (1963) fokuserade psykoanalytiska korttidsterapi (14, 15). Behandlingen syftar till att öka patientens insikt om upprepande av konfliktmönster (intrapsykiska och interpersonella) och underliggande trauman som vidmakthåller problemen. De tekniker som används under behandlingen är konfrontation, tolkning och klarifiering. Terapeuten använder den aktuella terapistrelationen för att koppla tillbaka till tidigare signifikanta relationer. Tidsbegränsningen (vanligen 20 sessioner) och det fokuserade utforskandet av patientens liv och känslor samt att terapeuten är mer aktiv skiljer PDK från många tidigare psykoanalytiska terapier. Initialt kartläggs aktuell klinisk bild och identifieras som en behandlingsbar störning

och ett primärt problemområde definieras som fokus för behandlingen (t.ex. symptom, konflikter eller kriser). I slutfasen diskuteras behandlingens avslutning, och framsteg utvärderas och konsolideras.

## **Effekter av psykoterapi vid depression**

I SBU: s genomgång konstateras, att psykoterapi är effektiv som enda intervention vid akutbehandling av lindrig till måttlig depression. Starkast empiriskt stöd finns för KBT-metoderna och för interpersonell terapi (IPT). För psykodynamisk korttidsterapi (PDK) finns ett ”måttligt vetenskapligt underlag” och sammantaget är stödet för PDK mer begränsat än för BT/KT/KBT. PDK har inte visat sig vara effektivare än någon annan aktiv behandling i någon studie. I senare studier, där man använt en tydligare definierad form av PDK, finns en tendens till bättre resultat som varit jämförbara med KBT och som visat en tilläggseffekt till läkemedel. Empirisk dokumentation av effekter av psykodynamisk långtidsbehandling och psykoanalys vid depression saknas.

KBT/KT och IPT ger minst lika bra och ibland bättre och mer bestående effekt än farmakologisk behandling. Dessa metoder är t.ex. minst lika effektiva som tricykliska antidepressiva (TCA) och sannolikt lika effektiva som SSRI behandling vid lindriga till måttliga depressioner. Det finns ett starkt stöd för att effekten av framgångsrik KT är mer långvarig, än framgångsrik läkemedelsbehandling, under ett år efter avslutad behandling. Återfallsfrekvensen bland patienter som blivit återställda med KBT, rapporteras vara ca hälften av återfrekvensen bland patienter som har blivit återställda med läkemedelsbehandling. För patienter som inte svarat optimalt på läkemedelsbehandling finns ett måttligt stöd för att ett tillägg med KBT minskar risken för återfall. Senare studier indikerar att KT/KBT kan förhindra återinsjuknanden i långtidsförloppet (16, 17).

Kombinationsbehandling (psykoterapi och läkemedel), vid lindriga till måttliga depressioner, har inte visat sig vara mer effektiva än behandlingarna var för sig. Vid svåra depressioner (psykotiska och melankoliska) finns däremot ett måttligt stöd för att kombinationsbehandling är mer effektiv än enbart läkemedel. Det finns dock ett otillräckligt stöd för behandling enbart med psykoterapi vid svåra depressioner (1). Senare forskning talar för att nya KBT-metoder som BA och CBASP, är lika effektiva som läkemedel vid



svår egentlig och kronisk depression (10, 7). Det empiriska underlaget för dessa metoder är dock fortfarande begränsat.

Självhjälpsbehandling i form av skrifter med övningar eller behandling via Internet är potentiellt användbara metoder men värdet av dem är i dagsläget inte klarlagda.

### **Sammanfattning - Rekommendationer**

- Psykoterapi är effektivt och ger minst lika bra, och ibland bättre och mer bestående effekter än läkemedel.
- Psykoterapi är ett alternativ till läkemedelsbehandling vid akutbehandling av lätta till måttliga depressioner.
- Det finns ett starkt empiriskt stöd för KBT/KT/IPT och ett måttligt empiriskt stöd för PDK vid behandling av lindrig till måttlig depression.
- Andelen legitimerade psykoterapeuter med KBT/KT-inriktning bör utökas.
- Fortbildning i IPT kan ges till legitimerade psykoterapeuter med olika inriktning.
- Vid svår och kronisk depression kombineras psykoterapi och läkemedel.
- Vid utebliven eller otillräcklig effekt av en behandling prövas annan metod.

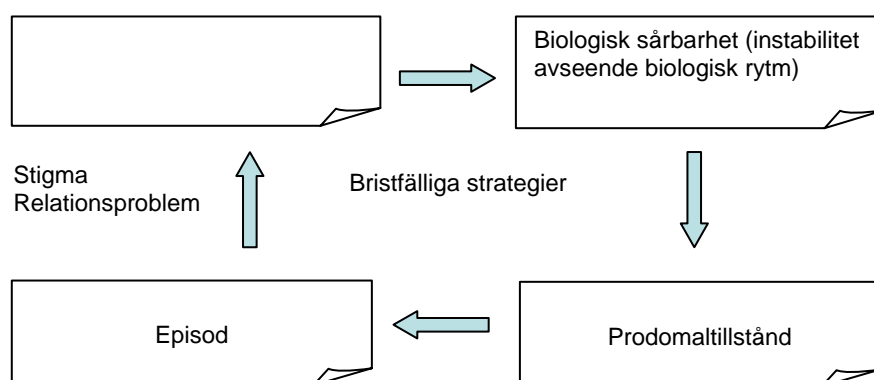
## **Psykologisk behandling vid bipolär sjukdom**

Många patienter har återkommande återfall i sjukdom trots behandling med stämningstabiliserande läkemedel. Detta kan t.ex. bero på svårigheter att hantera kritiska livshändelser, otillräckligt socialt stöd eller låg motivation för medicinering. Som komplement till läkemedelsbehandling har därför olika psykologiska program utvecklats. Kunskapen om psykoterapi är fortfarande otillräcklig och är ett angeläget framtida forskningsområde. I dagsläget har få kliniker annan verksamhet än möjligen en specialiserad

litiummottagning och det saknas ofta specifika psykologiska och pedagogiska insatser för patienter och deras anhöriga (1).

### Psykoterapimetoder

Psykopedagogiska program (PP), KT/KBT, familjefokuserad terapi (FFT) och interpersonell/social rytmtterapi (IP-SRT), har som tillägg till läkemedel visat sig minska återfall vid bipolär sjukdom (18, 19). Metoderna baseras till stor del på en stress- och sårbarhetsmodell som postulerar en biologisk sårbarhet för att utveckla sjukdomen. Bristfälliga strategier att hantera inre och yttre stressorer riskerar att störa sociala rutiner och sömn. Det medverkar till obalans avseende biologisk rytm med risk för symptomutveckling som kan kulminera i en depressiv eller manisk episod.



**Figur.** Stress- och sårbarhetsmodell vid bipolär störning (20)

Även om metodernas teoretiska bas delvis skiljer sig liksom frekvens och längd på sessionerna, syftar interventionerna till förändring av något/några av följande områden:

- 1) Medvetenhet och förståelse av bipolär sjukdom.
- 2) Följsamhet till medicinering.
- 3) Betydelsen av stabila sociala rutiner och sömn.
- 4) Reduktion av eventuellt missbruk av droger/alkohol.
- 5) Tidig upptäckt och hantering av tidiga symtom på annalkande återfall.
- 6) Strategier för att hantera stressorer.

Psykopedagogiska program (PP) syftar till att informera patienten om störningen och fokus ligger i att öka patientens engagemang för traditionell behandling, vanligen medicinering. PP har vanligen genomförts i grupp om 5–10 patienter (11–21 sessioner à 60–75 min). Pro-grammen har skiftat från att vara enbart pedagogiska till bredare pro-gram som förutom kunskapsförmedling inkluderat diskussion av andra områden relevanta för bipolär sjukdom, t.ex. betydelsen av att ta ordinerat läkemedel, att undvika missbruk, att identifiera symtom vid återfall och att hantera stress och ångest (21–23).

KT/KBT behandlingsmanualer vid bipolär störning (22) betonar vanligen följande behandlingsmoment:

- 1) Färdigheter vid problemlösning som att reglera känslor, att svara adaptivt på negativa tankar och handskas bättre med de stressorer som utlöser dem.
- 2) Tidigt upptäckt av signaler på symptomepisoder för att förhindra en episod eller att minska symptomets svårighetsgrad och varaktighet.
- 3) Fokusering på eventuella dysfunktionella antaganden om medicinering, acceptera dess nödvändighet och öka följsamheten till medicinering.
- 4) Utveckling av en normal känsla av självförtroende, minska social isolering och stigma.
- 5) Ökning av känslan av hopp, förbättring av nuvarande och framtida livskvalitet för att minska behovet av sjukhusvård och risken för suicid.

Ett exempel på en framgångsrik KT/KBT-behandling är ett program om 20-sessioner utvecklat av Lam et al (20, 24). Behandlingen består av tre faser: (I) Session 1–5: inkluderar psykopedagogik avseende bipolär störning, sårbarhetsmodell och KBT. Kartläggning av livshändelser och dess koppling till symptomepisoder samt individuell målsättning (II). Session 5–16 består i att lära sig kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker t.ex. aktivitets- och tankeregistrering och att ifrågasätta negativa tankar. Vikten av sömn och sociala rutiner samt att följa ordinerad medicinering. Identifiera tidiga signaler på depression och förhöjd sinnesstämning för att kunna förebygga episoder (III). Session 16–20 består av en fortsatt integrering av tidigare behandlingsinslag samt att arbeta med emotionella konsekvenser av störningen samt vad störningen inneburit för patientens relationer.

Familjefokuserad terapi (FFT) syftar till att minska återfall genom att stärka socialt stöd och minska stress och konflikter i familjen (25, 21). Risk för fler

återfall finns om familjerelationerna kännetecknas av att interaktionen är kritisk, fientlig och/eller överbeskyddande och om familjemedlemmarna tillskriver varandras beteenden en negativ innebörd. Behandlingen (t.ex. 21 sessioner under 9 månader) inleds med en kartläggning av familjemönstret och psykopedagogiska insatser avseende bipolär störning. Därefter följer interventioner i syfte att förbättra kommunikation och problemlösning. Patienten och familjen får lära sig att modifiera den emotionella tonen vid samtal och minska anklagelser/negativ kritik och istället uttrycka tolerans och acceptering. Varje deltagare får sitt specifika ansvarsområde. Patienten kan t.ex. få ansvar för att kartlägga sina humörsvängningar, aktiviteter och sömnmönster. Familjemedlemmen kan få i uppdrag att dokumentera konstruktiva försök att hjälpa patienten att fungera i/hantera sin livssituation och att fullfölja behandlingsplanen. Rollspel används flitigt för att träna kommunikation.

Interpersonell/social rytm terapi (IP-SRT) har utvecklats från interpersonell terapi (IPT), med tillägg av att patientens livsstil och dess relevans för biologisk rytm, fokuseras. Behandlingen syftar till att lära patienten att utveckla en regelbunden social rytm och att identifiera och lösa interpersonella svårigheter. Anledningen är att förloppet vid bipolär störning, tillsammans med patientens reaktion på och följsamhet till medicinering, påverkas av patientens livsstil och sömn/vakenhetsmönster. Specifikt antas att instabilitet vid interpersonella relationer och i patientens sociala roll är riskfaktorer för återfall och dålig prognos. I behandlingen får patienten kartlägga och identifiera problematiska livsmönster t.ex. göra en karta över sjukdomsförloppet och dess relation till specifika händelser, förändringar, behandling etc. Patienten får skatta kvaliteten på interpersonella relationer under förloppet samt hur relationer kan repareras och bibehållas. En annan intervention är att kartlägga sociala rutiner och störningar av dessa, samt att utveckla en plan för att öka stabilitet och förutsägbarhet i den allmänna livsstilen (21).

## **Effekter**

Ovan presenterade metoder har som del av profylaktisk behandling visat goda effekter i öppna och randomiserade kontrollerade studier. Effekterna visar på signifikant minskad återfallsfrekvens, minskade symptom, förbättrad social funktion och ökad följsamhet till medicinering (19, 21–23, 26). I en metaanalys av åtta randomiserade kontrollerade studier (4 KT/KBT, 1 IP-SRT, 2 FFT, 1 PP) rapporteras en 40 % minskad återfallsfrekvens, ökad livskvalitet och signifikant förbättrade relationer. Mest effektiv är behandling för patienter som börjar densamma i ett normaliserat

stämningssläge. Minst effektiv är behandling för patienter som har haft många återfall (> 12 episoder). Det är inte klarlagt vilken av ovanstående behandlingar som är att föredra framför någon annan och inte heller vilka specifika verkningsmekanismer som är effektiva (Scott, Colom et al. 2006). Enligt SBU (2004) talar kunskapsbasen främst för KBT och PP, och enligt Jones et al (2004) finns tydligast evidens för KBT (1, 24).

### **Rekommendationer**

- Resurser för psykopedagogik och KBT/KT-behandling individuellt eller i grupp bör knytas till enheter specialiserade på behandling av bipolär sjukdom.
- Någon av dessa metoder bör erbjudas som tillägg till läkemedelsbehandling för patienter som är stabiliserade i stämningssläge, för att förebygga återfall i bipolär sjukdom.
- Utöver profylaktisk behandling kan patienten ha övriga behov av psykoterapi som aktualiseras enligt gängse rutiner.

## **Fysikaliska behandlingsmetoder**

### **Elektrokonvulsiv behandling (ECT)**

ECT är en evidensbaserad behandling med hög effektivitet och få biverkningar. Behandlingen används vanligen som ett andrahandsalternativ vid svårare depressioner, när farmakologisk behandling inte visat sig fungera. Metoden kan p.g.a. sin goda effekt och sitt snabba anslag vara ett förstahandsval vid svåra depressioner av melankolisk typ, liksom vid depression med hög suicidrisk, vanföreställningar eller starkt uttalad hämning. Att i sådana fall gå vägen via flera olika medicineringsförsök kan många gånger sträcka ut behandlingstiden till plåga och risk för patienten.

ECT har också en antimanisk effekt. ECT kan användas med gott resultat vid s.k. cykloid psykos, exempelvis vid postpartumpsykos. ECT är särskilt användbart vid affektiva blandtillstånd, i synnerhet om perplexitet och förvirring föreligger. I enstaka fall av schizofreni kan ECT vara aktuellt vid förekomst av katatona eller affektiva symtom.

Det föreligger inga absoluta kontraindikationer för behandling med ECT. Vid förekomst av aneurysm, förhöjt intrakraniellt tryck, liksom vid nyligen genomgången hjärtinfarkt får man väga risker mot varandra. Behandling bör då ske efter konsultation med berörda specialister och under intensiv övervakning, i vissa fall på sjukhus med särskilda resurser.

ECT kan utan risk ges till gravida kvinnor. I slutet av graviditeten behövs tillgång till narkosläkare med erfarenhet av att söva gravida och med tillgång till förlossningsberedskap.

ECT sker under kortvarig narkos. Det är en stor fördel om en särskilt intresserad narkosläkare är avdelad för denna uppgift. Detta ger ökad säkerhet och minskar interferensen mellan behandling och narkos. Den psykiater som administrerar den elektrokonvulsiva behandlingen bör vara väl förtrogen med metoden.

Behandlingen ges vanligen tre gånger per vecka och oftast krävs minst 6–8 behandlingar i en serie, ofta ännu fler till äldre patienter. Äldre patienter tolererar ECT väl, till skillnad från vissa psykofarmaka. Det kan ibland vara rekommendabelt att behandla äldre något glesare, t.ex. två gånger per vecka för att minska risken för konfusion. Om behandlingssvaret dröjer, bör man ge minst tio behandlingar i en serie, innan man avbryter, samtidigt som man försöker utröna om det finns något som förklarar den uteblivna effekten.

Vid användande av s.k. brief-pulse-teknik (Thymatron, MECTA) måste man med unilateral elektrodplacering ge en större elektrisk dos jämfört med bilateral placering. Vid unilateral teknik bör dosen överstiga krampröskeln med 5–6 gånger, dock fortfarande med mindre risk för minnesstörningar. Krampanfallens längd utgör inte något bra mått på terapeutisk effekt, utan det handlar mera om anfallets kvalitet, vilket bäst monitoreras med EEG. Korta anfall kan ibland räcka, särskilt hos äldre.

Det finns ingenting som tyder på att läkemedelsbehandling under ECT ökar den terapeutiska effekten. Läkemedel som inte skall ingå i behandlingen efter avslutad ECT bör sättas ut. Litiummedicinering som patienten skall fortsätta med behöver inte sättas ut, dock har förlängda anfall och konfusion beskrivits i enstaka fall. Antiepileptika bör dos minska eller sättas ut om inte särskilda skäl föreligger. Bensodiazepiner kan motverka den viktiga kramphenägenheten och bör undvikas före behandling. Försiktighet bör kanske iaktas med de nya sömnmedlen av icke bensodiazepintyp då även dessa verkar på GABA-receptorer.

För att förhindra återfall efter en ECT-serie bör patienten sättas in på ett återfallsförebyggande läkemedel. Kombinationen av nortriptylin och litium visade sig vara effektivare än nortriptylin enbart vid depression. I en del fall kan det vara aktuellt att använda ECT som underhållsbehandling, även om det inte finns någon kontrollerad studie som stöd.

## **Ljusbehandling**

Ljusbehandling används vid behandling av årstidsbunden depression (SAD). Eventuella biverkningar är lindriga: irritations- eller trötthetskänsla i ögonen, irriterad sinnesstämning, huvudvärk, sömnsvårigheter.

Evidensbaserad dokumentation för ljusbehandling vid SAD har endast gjorts på behandling med s.k. ljusbox. Det finns ingen signifikant skillnad mellan placebo och ljusbehandling avseende andel patienter som uppnår en minst 50-procentig förbättring av depressionen. Resultaten är motstridiga när det

gäller andel patienter som blir helt återställda av ljusbehandling. SBU:s metaanalys av studier med ljusbox visar att behandlingen minskar depressionsgraden på en skattningsskala något mera än placebo under de första veckornas behandling, men att effekten är övergående. (Evidensstyrka: otillräckligt vetenskapligt underlag) (1).

Adekvata kontrollerade studier på behandling i ljusrum har inte publicerats. Behandling av SAD i ljusrum har en stark position i Sverige och det finns därför ett stort behov av att genomföra sådana studier med tillräckligt många deltagare (1).

Det saknas underlag för att bedöma vilken effekt ljusbehandling har på andra typer av depression än SAD (1).

Resultaten av studier på läkemedelsbehandling av SAD visade antingen inte entydiga effekter eller saknade placebogrupp, varför resultaten är svårvärderade och inga slutsatser kan dras (1).

Ljusbehandling i ljusrum används i stor omfattning för behandling av SAD. Det är angeläget att den ljusbehandling som bedrivs i så hög grad som möjligt ingår i adekvata kontrollerade studier för att tillförlitliga slutsatser skall kunna dras av behandlingseffekten och för att ljusbehandlingens roll i depressionsbehandlingen skall kunna definieras så snart som möjligt (1).

### **Transkraniell magnetisk stimulering (TMS)**

TMS är en ny behandlingsmetod som ännu så länge är under utveckling och vars plats i terapin är oklar (2). Med hjälp av en speciellt utformad elektromagnetisk spole och snabbt växlande pulser kan man med TMS alstra elektrisk ström lokalt i hjärnbarken. Metoden har visats ha effekt på patienter som svarat dåligt på behandling med antidepressiva läkemedel, i vissa studier har behandlingen effekt i paritet med ECT, dock inte på patienter med psykotisk depression. Behandlingen kan göras polikliniskt med patienten i vaket tillstånd. Biverkningarna är lindriga, exempelvis smärtor i skalpen och ryckningar i ansiktsmuskulaturen under pågående behandling. Metoden bör fortfarande betraktas som experimentell och behandling bör ske inom ramen för forskningsprojekt.

### **Vagusnervstimulering (VNS)**

VNS är en ny behandlingsmetod under etablering inom psykiatri för användning vid terapirefraktär depression (3, 4). Den används sedan början



av 1990-talet på svårbehandlade epileptiska tillstånd. Elektroder opereras in och fästes på vänster vagusnerv i halsregionen och kopplas till en likaledes inopererad pacemaker placerad under pectoralmuskulaturen eller i vänster axill. Biverkningarna är väl fördragbara och kan styras genom att man ändrar på stimuleringen. VNS är godkänt för användning på denna indikation inom EU och Kanada sedan 2001 och i USA sedan 2005.

### **Heldygnsvård**

Vid svåra depressioner med suicidrisk, vid manier och svårare hypomanier behöver patienten vårdas i heldygnsvård på vårdavdelning inom specialistpsykiatri. Vid uttalad suicidrisk eller svår mani behovsextravak d.v.s. att en person ständigt övervakar patienten för att suicid inte skall kunna ske eller för att andra oönskade händelser skall kunna undvikas. I dessa fall får personen inte lämnas ensam ens för någon enstaka minut. Denna typ av övervakning kan i praktiken inte fungera på annan vårdavdelning än inom specialistpsykiatri, utom i vissa fall, då en svårt somatiskt sjuk eller intoxikerad person samtidigt behöver somatisk vård och då har extravak från psykiatri på den somatiska vårdavdelningen. En annan anledning till heldygnsvård är oförmåga att ta hand om sig själv på grund av svår depression och uttalat omvårdnadsbehov. ECT-behandling kräver tillgång till heldygnsvård då patienten är svårt deprimerad och tills det är känt hur patientens funktionsförmåga är efter narkos och ECT-behandling.

# Omvårdnad

## Omvårdnad vid depression

### Allmänt

Ofta beskriver en deprimerad person även kroppsliga symtom, som till exempel aptitlöshet, viktnedgång, förstoppning, sömnstörningar och sexuella störningar. Depression beskrivs som en "helkroppssjukdom" som påverkar såväl den fysiska hälsan som hur personen känner, tänker och uppträder mot andra (1, 2). Grundläggande livsfunktioner som att äta, dricka och sova kan plötsligt upplevas som ett problem. Vardagsmönstret förändras och individen får svårt att klara av sina dagliga sysslor och umgänget med familj och vänner. Från att ha känt sig nedstämd övergår nedstämdheten till känslor av likgiltighet, tomhet, värdelöshet och apati.

Vårdpersonal måste vara lyhörd och uppmärksam på om dessa patienter uttrycker signaler och tankar om suicid (3). Patientens förmåga att kommunicera bör observeras då patientens dämpning och nedsatta tempo kan innebära att det tar lång tid för sjuksköterskan att etablera en tillfredställande kontakt och kommunikation med patienten (4). En fortlöpande bedömning av patientens nutrition, rörelsevanor/ motion, vanor som rökning, alkoholintag, egenvård kan ge en bild av kvaliteten på personens allmänna hälsa (5).

Oavsett hur dåligt patienten mår är det viktigt att skapa en relation med patienten (3). Hopp hos en individ inkluderar ansiktsuttryck, beteende, hållning samt sätt att reagera i allmänhet. Hopp innebär för människan att hon handlar, sätter igång och presterar (5). Utan hopp däremot blir människan tungsint, likgiltig och upplever en känsla av förtvivlan och hopplöshet. Hoppet möjliggör för en person att klara av svåra situationer och upprätthålla motivationen. Vårdpersonalen har ansvar att främja styrkan av hopp hos sina patienter. Begreppet möjlighet är en dimension av hopp, som innebär att trots en osäker framtid, trots sjukdom och svaghet är hopp ändå möjligt (6). Hopp är styrkan i relationen, och relationen mellan patient och vårdpersonal utgör kärnan i den psykiatriska omvårdnaden.

## **Omvårdnadsåtgärder för deprimerade patienter**

### **Omvårdnad för deprimerade patienter är att:**

- Acceptera / stå ut med patientens attityd (negativism).
- Ägna mycket tid med/åt patienten, även om detta innebär att bara sitta tyst. Genom sin medverkan uttrycker vårdaren acceptans och bidrar till ökat självförtroende hos patienten.
- Hjälpa patienten att sortera och fokusera på sin styrka och prestation och minimera uppmärksamheten på gamla misslyckanden.
- Uppmuntra patienten till att delta i gruppaktiviteter.
- Acceptera om patienten vill lämna pågående aktivitet.
- Hjälpa patienten att identifiera problemområden som han/hon vill förändra.
- Göra ett dagligt tidschema för patienten, då deprimerade patienter behöver mycket struktur eftersom patientens förmåga att ta beslut och lösa problem oftast är nedsatt.
- Tänka på att djupt deprimerade patienter oftast har svårare än andra att delta i en aktivitet tidigt på dagen.
- Omvårdnad av patienten bör leda till eget ansvar och minskat vårdberoende (7).

### **Nutrition**

Vid depressiva tillstånd är (3) en oavsiktlig viktändring på mer än 5 % under senaste månaden vanlig. Vid vård av deprimerad patient skall följande registreras (7):

- BMI (Body Mass Index) vid inkomst/ inskrivning
- Daglig viktkontroll är att rekommendera, samt en notering av tidigare normal vikt.
- Har patienten ett tillfredställande intag av mat och dryck?
- Finns tecken på uttorkning såsom torra slemhinnor, aptitlöshet, viktnedgång och nedsatt turgor?
- Vilken mat patienten tycker om respektive inte tycker om.

- Patientens intag av mat och dryck skall dokumenteras.
- Servera hellre små portioner vid flera tillfällen än stora portioner mer sällan.
- Patienten kan behöva en extra smörgås till natten.
- Har patienten förmåga att klara av normal munhygien?

### **Elimination**

Deprimerade patienter har en ökad risk för förstoppning, även som en bieffekt av antidepressiv mediciner (7).

- Uppmuntra patienten till ökad vätskekonsumtion, samt mat med högt fiberinnehåll.
- Förhindra förstoppning genom att uppmuntra patienten till fysisk aktivitet.

### **Aktivitet**

En löpande bedömning av patientens funktionsförmåga och begränsningar är betydelsefullt då patientens förmåga till aktivitet oftast är påverkad vid en depressiv sjukdom (2).

- Överlåt till patienten att ta så mycket ansvar som möjligt för egenvård och ADL.
- Hjälpt patienten att sätta realistiska mål, då orealistiska mål förstärker känslan av vanmakt.
- Hjälpt patienten att identifiera områden i livet som denne kan ta kontroll över (7).

### **Sömn**

Sömnproblem är ett fenomen man möter både i och utanför sjukvården. Det är viktigt att undersöka patientens sömnmönster och undersöka om problemet består i insomningssvårigheter, för tidigt uppvaknande, långa vakenhetsperioder mitt i natten eller mardrömmar. För tidigt uppvaknande är främst knutet till depressioner. Under de tidiga morgontimmarna kan patienten vara som mest tyngd av nedstämdhet, självförebåelser och känsla av hopplöshet. Det är därför mycket viktigt att vårdpersonal observerar patienten och finns tillgänglig, då det oftast är vid denna tidpunkt som självmord planeras och kanske genomförs.

### **Omvårdnadsåtgärder vid sömnproblem är följande:**

- Kartlägg sömnproblemets omfattning och orsaker och pröva olika lösningar.
- Lindra smärtor, klåda och obehag för att underlätta patientens insomning.
- Ta reda på om patienten har en ökad ångest, rädsla för att somna/förlora kontrollen/ för att inte kunna vakna och eller för att dö.
- Tät och regelbunden tillsyn/ övervakning är särskilt påkallad på efternatten och tidigt på morgonen (4).
- Ge patienten en lugn miljö, med lite stimuli.
- Registrera sömnmönstret hos patienten. Gör ett strukturerat schema för aktiviteter som även innehåller tid för vila.
- Bedöm patientens aktivitetsnivå. Patienten kanske är omedveten om eller struntar i om hon känner sig utmattad.
- Före läggdags, gör aktiviteter som främjar sömn som varm dryck, lugn musik och avslappningsövningar.
- Försök att undvika intag av koffeinhaltiga drycker som kaffe, the och Coca Cola sena kvällar (7).

## **Omvårdnad vid mani**

Att vara manisk kan ge intryck av att vara ett positivt och eftersträvanvärt tillstånd. Den sjukets upprymdhet och optimism innebär sällan någon konstant positiv och vänlig attityd, då den oftast bär inslag av dysfori och affektlabilitet med ilska och förtvivlan, särskilt då den sjuke möter på motstånd från sin omgivning. I samband dessa tvära kast mellan upprymdhet/optimism och ilska/förtvivlan finns alltid en risk för suicidhandlingar. Den maniska personen är oftast själv omedveten om eller likgiltig för det intryck han/hon gör på sin omgivning. Såväl omgivningen som de anhöriga berörs illa av den sjukets vårdslöshet, flirtighet, slöseri och eventuella överkonsumtion av alkohol. Vikten av att beakta att den sjukets ökade känslighet för stimuli från omgivningen kan, om den paras med misstänksamhet, leda till en paranoid utveckling (1). Vid maniska tillstånd är det sjuksköterskans ansvar att se till att patienten inte blir under- eller övervårdad. Mat och dryck som har låg/hög kalorihalt kan vara en

nödvändig insats då dessa patienter ofta har svårigheter att inta en normal mängd mat och dryck (3).

### **Omvårdnadsåtgärder för maniska patienter**

- Beakta den fysiska säkerheten för såväl patienten som patientens omgivning.
- Påminn patienten om att respektera distansen mellan sig själv och andra.
- Använd korta och enkla meningar för att kommunicera med patienten.
- Ge patienten en lista över dagens/dagliga aktiviteter.
- Försäkra dig om att patientens mat och dryckintag är tillfredställande.
- Kanalisera patientens motoriska behov till en socialt acceptabel nivå, som t ex. promenader (3).
- Reducera stimuli i omgivningen, erbjud om möjligt enkelt möblerat enkelrum
- Begränsa gruppaktiviteter, hjälp istället patienten att etablera en eller två nära relationer.
- Var närvarande för patienten för att ge stöd och erbjuda en känsla av trygghet (7).

### **Suicidrisk**

Alla deprimerade personer, särskilt de med en känsla av hopplöshet är att betrakta som suicidala. Även om inte alla deprimerade personer har suicidtankar, måste vårdpersonalen vara medveten om att risken alltid finns. All vårdpersonal måste vara särskilt uppmärksam på den höga risken för suicid då patientens depression lättar, det vill säga då patienten utåt sett ger ett mer livfullt och energisk intryck. Det är under denna fas som patienten har energi att fatta beslut och önskan om att ta sitt liv kan vara ett av dem. (Se även regionalt vårdprogram ”Vård av suicidnära patienter”), (15).

Bedömning av en patient med självdestruktivt beteende innebär (8) att noggrant observera och lyssna på patienten för att upptäcka eventuella suicidtankar. Finns det ett hot eller uttalande hos patienten att avsluta sitt liv? Finns det hos patienten ett avsiktligt självdestruktivt beteende som visserligen inte är livshotande men som påminner om ett suicidförsök? Till

sist är det viktigt att bedöma varje suicidförsök eller beteende där den självdestruktiva patienten, visar på sin ambivalens att fortsätta att leva.

Suicidbedömning är en pågående process och inte en enstaka händelse (8). En individs suicidrisk är inte statisk, utan fluktuerar snabbt och förutsättningslöst. Bedömningen av en individs suicidrisk kräver djup kunskap om patienten. Det kan bli nödvändigt, att inhämta information om patienten från andra källor innan graden av suicidrisk avgörs.

Vid suicidtankar eller andra varningssignaler kontakta alltid ansvarig läkare!
--

### **Omvårdnadsåtgärder för patienter med suicidriskbeteende**

- Fråga patienten rakt på sak om han/hon har suicidtankar, vad han/hon i så fall planerar och om det är patientens mening att fullfölja sina planer.
- Skapa en säker miljö för patienten och avlägsna alla farliga föremål för patienten.
- Uppmana patienten till att söka upp personal vid självmordstankar.
- Uppmuntra patienten att verbalisera sina känslor.
- Ägna mycket tid tillsammans med patienten! (7)

## **Familjens delaktighet i vården av patienter med psykisk sjukdom**

Familjens delaktighet i vården är viktig, då individens hälsa och ohälsa påverkar familj och vänner. Det är viktigt att vidga begreppet familj i linje med att nya familjekonstellationer och samlevnadsformer utvecklats (9). Flera studier visar att familjens vård av en psykisk sjuk familjemedlem innebär en ökad börda för familjen (10–13). En stor grupp anhöriga är engagerade i vårdande aktiviteter månaden före patientens intagning på sjukhus. Dessa aktiviteter upplevs ofta av anhöriga som negativa. Också släktingar som bor med patienten upplever en högre börda än andra.

Att vara anhörig till en person med psykisk sjukdom, innebär ofta, att den anhöriga tvingas avstå från fritid, umgänge med vänner, blir isolerade och känner en oro för att den sjuka personen skall göra ett suicidförsök (10, 13). Var femte anhörig har till och med tvingats ge upp sitt arbete och är dessutom exponerad för fysiskt våld från patienten.

### **Patientutbildning**

Patientutbildning kan (14) skapa en struktur för patienten att passivt kunna ta till sig kunskap. En studie visar att sjuksköterskan inom ramen för sin relation med patienten kan använda utbildande åtgärder för att undervisa patienten om ”normala” och ”säkra” sätt att arbeta med personliga frågor (15). Av studien framgår också att patientens förmåga att känna igen tidiga varningstecken på återfall, positiva effekter och bieffekter av sin medicineringsökade i de fall interaktionen mellan sjuk-sköterska och patient var god. En annan studie understryker att främjandet av självbestämmande är beroende av att sjuksköterskan utbildar patienten om dennes sjukdom, samt understryker vikten av självkontroll (16). Likaså är förmågan till egenvård av stor betydelse för människans känsla av självständighet (14).

### **Anhörigutbildning - Psykopedagogisk behandling, grupp eller individuell**

Att vara närstående till en person som lider av en affektiv sjukdom innebär ofta stora påfrestningar för närstående och inte sällan får de närstående egna psykiska eller somatiska besvär. För många familjemedlemmar får den sjukas hälsotillstånd även till följd att hela familjens fritid och sociala liv inskränks. Genom att förmedla och dela de kunskaper och erfarenheter som finns idag om affektiv sjukdom pågår på många håll olika former av anhörigutbildning. Ett gott samarbete mellan de anhöriga, personen som har sjukdomen och vårdpersonalen är mycket viktigt. Idag finns olika former av sammankomster i form av föreläsningar, information och utbyte av erfarenheter om affektiv sjukdom för patienter och anhöriga.

Patient och anhörigutbildning bedrivs idag på de flesta psykiatriska kliniker. Ett exempel på vad PPI (Psykopedagogisk intervention) kan innehålla är kontinuerliga sammankomster till vilka patienten och dennes anhöriga bjuds in. Patienten väljer själv vem han eller hon vill ta med sig. Det finns även sammankomster där bara anhöriga deltar. Innehållet i sammankomsterna kan naturligtvis variera beroende på inom vilken klinik sammankomsterna äger rum. Programmet kan bland annat innehålla en beskrivning av sjukdomsbegreppet, dess orsaksteorier, symtom, prognos, förekomst etc.



Sammankomsterna kan innehålla föreläsningar om olika behandlingsformer, stress- och sårbarhetsmodellen, tidiga varningstecken samt möten med representanter från patient- och anhörighetsföreningar. Det är viktigt att ge samtliga deltagare möjligheter att diskutera förslag och önskemål kring fortsatt samarbete.

## **Tvångsvård**

Tvångsvård upplevs ibland av vårdpersonalen som ett dilemma då förtroendefull relation skall byggas upp med patienten samtidigt som begränsningar i rörelsefriheten och ordinationer måste utföras mot patientens vilja. I situationer som denna används ibland ett mer subtilt tvång till exempel i form av övertalning eller vädjan (17). Syftet med tvångsvården formuleras av lagstiftaren så, att patienten skall bli i stånd att frivilligt medverka till vården och att ta emot det stöd som behövs. Oavsett om en person vårdas frivilligt i den psykiatriska vården eller under tvång gäller de grundläggande principer som slås fast i Hälso- och sjukvårdslagen. Det är viktigt att beakta detta då tvångsvård annars kan uppfattas som att patienten mister all möjlighet till frivillig behandling, medbestämmande och integritet (18).

Våld och tvångsåtgärder verkar förekomma i minskad utsträckning när patienten och personalen haft möjlighet att bygga upp en god och förtroendefull relation. Patienten måste kontinuerligt få samtala om sina upplevelser och reaktioner på att vara utsatt för tvångsvård och eventuella tvångsåtgärder (19, 20, 21).

Enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT skall en vårdplan upprättas som anger de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att resultaten av dessa insatser skall bestå. I lagen anges också att vårdplanen så långt möjligt skall upprättas i samråd med patienten samt att samråd ifråga om behandlingen skall ske med såväl patienten och dennes närstående om detta inte är olämpligt. (16–17 §§ LPT)

## **Riktlinjer för omvårdnad och observationer**

**OBS!**

Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning respektive tvångsinjektioner samt observationslistor vid suicidrisk och självdestruktiv handling är endast publicerade som bilagor i nätversion.

Bilagor kan hämtas i pdf-format på  
[www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod/Regionala-varldprogram/](http://www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod/Regionala-varldprogram/).

## **Den terapeutiska alliansen**

En förutsättning för framgångsrik behandling inom sjukvården är att behandlare och patient kan etablera och vidmakthålla en ”terapeutisk allians”, dvs. ett ömsesidigt gott samarbete. Begreppet är lånat från psykodynamisk teori (1, 2) och avser där psykoterapeutisk behandling, men har en distinkt tillämplighet i allt behandlingsarbete. Den terapeutiska alliansen kan försämrats av själva sjukdomen eller av de psykosociala omständigheter som föreligger.

## **Problem orsakade av den psykiska sjukdomen**

En egentlig depression påverkar patientens kognitiva och konativa (viljemässiga) funktioner negativt. Nedstämdhet och lustlöshet är depressiva kärnsymtom. Pessimism, med hopplöshet, uppgivenhet och ibland föreställningar om straff och skuld är också vanliga symtom vid depressioner. Detta interfererar negativt med patientens motivation till att genomföra behandling.

Oavsett tidigare intellektuell funktionsnivå påverkas koncentrations-, minnes- och inlärningsförmåga av depressionen. Den deprimerade patienten ”tänker sämre” till följd av sjukdomen och har alltså en nedsatt förmåga att ta till sig och att komma ihåg given information. Om patienten också har ångestsymtom, minskar koncentrationsförmågan ytterligare.

Psykisk energi och initiativförmåga är också nedsatta. Störd nattsömn ökar tröttheten. Patienten kan därför ha svårt att komma sig för att genomföra delar av behandlingen. Det kan handla om att komma väg till ett besök på mottagningen eller sjukhuset, att lämna in sitt recept på apoteket, att ta medicinen, att skicka in sitt sjukintyg till Försäkringskassan.

Denna kognitiva och konativa nedsättning hos patienter med egentlig depression gör att psykoedukativa åtgärder är av särskild vikt. Patienten bör få både muntlig och skriftlig information om sitt tillstånd och dess behandling. För de flesta patienter är det en stor lättnad att förstå att de lider

av ett sjukdomstillstånd, inte av en moralisk defekt, och att det inte handlar om att ”ta sig i kragen” eller att ”rycka upp sig”.

Tanken på medicinering med psykofarmaka kan vara starkt negativt laddad för många människor. Compliance eller följsamhet vid läkemedelsbehandling är direkt avhängig patientens motivation (3, 4). Patienten behöver därför få konkret information om hur läkemedel verkar respektive inte verkar, om biverkningar, om vikten av att fullfölja behandlingen osv. Användandet av självskattningsskalor av depressionssymtom, där patienten får kontinuerlig feedback på sin symtomvärdering är ett annat exempel på en strukturskapande intervention, som tydliggör patientens tillstånd för bägge parter.

Informationsbroschyrer om depressionssjukdomen och antidepressiv behandling ger patienten möjlighet att i lugn och ro repetera och fördjupa den information som getts muntligt. De flesta patienter upplever en stor lättnad av att i skriftlig form känna igen sig själva och sina symtom. Det blir extra tydligt att de inte är ensamma om att må som de mår, och att det finns hjälp. Rekommendera gärna patienter att söka fördjupad kunskap i böcker eller på Internet. Hänvisa till publikationer och webbsajter som du som behandlare själv bedömer vara informativa och vederhäftiga.

Eftersom den deprimerade patienten ofta upplever sin situation som hopplös och tror sig aldrig kunna bli bra, är det viktigt att ge noggrann och saklig information kring de mycket goda behandlingsmöjligheter som finns vid tillståndet, både vid akutbehandling och för att förebygga recidiv. Behandlaren får ta på sig rollen av att bära det hopp som patienten oftast inte kan känna innan den antidepressiva effekten kommer. Många deprimerade patienter har först efter det att symtomen avklingat kunnat berätta om hur viktigt det varit för dem att behandlaren förmedlade både sakinformation och inte minst hopp när allt tedde sig hopplöst.

## **Psykosociala faktorer**

Psykisk sjukdom är fortfarande förknippad med känslor av skuld och skam hos många människor. För den deprimerade patienten, där sådana affekter ofta är en del av sjukdomsbilden, blir bördan dubbelt så tung att bära. Det kan vara av stort värde att patientens partner eller andra närstående aktivt inviteras till något återbesök. De kan då få möjlighet att uttrycka sina tankar

och känslor samt får saklig information om sjukdomen och dess behandling. Detta brukar upplevas som positivt för alla parter.

En deprimerad person kan uppfattas som likgiltig och avvisande av den anhörige, vilket lätt väcker känslor av rädsla, aggression och skuld. En anhörig som involveras i behandlingen blir tryggare och kan bättre stödja den sjuke. Den närstående blir en del av den terapeutiska alliansen och kan då stödja ordinerad behandling i stället för att motarbeta den. Man får som behandlare ofta viktig kompletterande information av anhöriga om patientens livsanamnes och sjukdomssymtom.

### **Barn till deprimerade patienter**

Barn till deprimerade patienter far ofta illa. Det är klokt att fråga patienten om hur barnen har det, och vad de vet om sjukdomen. Stöd patienten i att dela information om sjukdomen med barnen, och inbjud gärna även barn att komma med på besök, så att de får möjlighet att komma till tals.

Om familjekonstellationerna har maladaptiva, patologiska drag brukar detta bli synligt när anhöriga deltar vid besök. Ambivalenta, avvisande, eller patologiskt beroende familjerelationer kan föranleda remiss till eller rekommendation om familjeterapi som komplement till den specifika antidepressiva behandlingen.

### **Sociala faktorer**

Sociala faktorer som bristande utbildning, arbetslöshet, ekonomiska problem, stress och belastning i arbetslivet etc. finns ibland med som psykosociala stressorer vid depression. Det kan då vara svårt eller omöjligt, att urskilja vad som är att betrakta som normalpsykologiska reaktioner på stress och vad som utgör typiska symtom på egentlig depression. Vid multipla yttre belastningar kan man inte på kort sikt förvänta sig samma goda behandlingsresultat som i de fall där sådana belastningar saknas. Det är viktigt att vara klar över att en egentlig depression kan utvecklas till följd av denna typ av påfrestningar, och samexistera med dem. Korrekt given antidepressiv behandling kan ge patienten kraft att börja bryta onda cirklar; att kunna ta till sig det sociala stöd som kan ges inom och utanför sjukvården i form av kurativa insatser, rehabilitering, arbetsträning, utbildning, stresshantering och liknande.

### **Kulturell tillhörighet**

Kulturell tillhörighet påverkar hur en depressiv bild kommuniceras. Personer från icke-nordeuropeiska kulturer kan uppvisa en relativt sett större benägenhet att manifesteras somatiska snarare än psykiska depressions-symtom. När väl en depression har djupnat ter sig den kliniska bilden förvånansvärt lika världen över.

## **Affektiv sjukdom under postpartumperioden**

Första året efter förlossningen kallas för Postpartum. Med affektiv sjukdom avses här unipolära depressioner, postpartumpsykos och bipolär sjukdom (1).

### **Problemets omfattning**

I Stockholmsområdet sker cirka 25 000 förlossningar per år. Depressioner förekommer hos cirka 10–15 % av gravida. (2) Depression under postpartumperioden drabbar omkring 10 % av alla nyblivna mödrar och postpartumpsykos uppkommer efter 1–2 av 1 000 förlossningar (2, 3). Därtill kommer att bipolär sjukdom typ I (manodepressiv sjukdom) förekommer hos cirka 1 % av befolkningen och andra varianter av bipolär sjukdom hos ytterligare 4 %. Detta innebär att:

- årligen drabbas i Stockholm minst 2 500 gravida och ungefär lika många nyblivna mödrar av depressioner, dvs totalt drygt 4 000 kvinnor
- årligen drabbas i Stockholm omkring 25–50 nyförlösta kvinnor av postpartumpsykos, som inte sällan är dramatiska och livshotande.

För kvinnor med bipolär sjukdom är också frågeställningar om graviditet vanligt.

### **Att väga risker**

Affektiv sjukdom under graviditet och postpartum kan ha betydande hälsokonsekvenser för såväl kvinnan som fostret/barnet. Samtidigt kan farmakologisk behandling innebära risker för det växande fostret och det nyfödda eller ammande barnet. Således måste riskerna av den affektiva sjukdomen vägas mot riskerna med behandlingen.

## Risker med affektiv sjukdom under graviditet och nyföddhetsperiod

Depression under graviditet har associerats med dålig fosterutveckling med risk för låg födelsevikt, för tidig födelse, minskat huvudomfång hos barnet och komplikationer efter förlossningen. Mammor som är deprimerade har dålig kapacitet att ta hand om sina barn, vilket kan skada den tidiga anknytningen mellan mor och barn, liksom barnets övriga utveckling. Den deprimerade mammans tillstånd leder till ökad risk för missbruk, dåligt näringsintag, familjeproblem och som yttersta konsekvens självmord. I England, där sådan statistik finns, är självmord den främsta orsaken till dödsfall hos nyblivna mödrar. Depression hos mamman är en av de vanligaste orsakerna till uppfödningssvårigheter, dålig blickkontakt och dålig utveckling hos spädbarn när man inte hittar någon sjukdom hos barnet. Manier under graviditet innebär svåra risker för mamma och foster och postpartumpsykos är förenade med hög risk för suicid och även för infanticid (dvs barnamord).

## Risker med farmakologisk behandling under graviditet och amning

Läkemedel som ges under graviditeten kan medföra olika risker. Risken för missbildningar gäller främst vid exponering under den första trimestern. En annan risk är att farmaka skulle förorsaka försenad utveckling av hjärnan, en risk som kvarstår under hela graviditeten. En tredje risk är om farmaka kan ge komplikationer under nyföddhetsperioden.

- **SSRI**

Data både från det svenska födelseregistret och metaanalyser av kontrollerade studier tyder på att sertralin, fluoxetin och citalopram inte ger ökad missbildningsfrekvens. (4–7) Nya data publicerade under 2006 tyder dock på att paroxetin eventuellt kan ge en ökad risk för hjärtmissbildningar. (8–10) SSRI-exponering under sista trimestern ökar risken för neonatala komplikationer, såsom hypotoni, uppfödningssvårigheter och även kramper (14). Denna risk förefaller större för paroxetin än för de andra SSRI som tas upp ovan (11). Vanligen är dessa komplikationer övergående men nya data från 2006 tyder på att SSRI givet efter 20 graviditetsveckan kan öka risken för den allvarliga neonatala komplikationen persisterande pulmonell hypertension (PPHT).

Data är dock osäkra och den absoluta risken är enligt studien låg (12).



Mängden SSRI som går ut i bröstmjölks är liten och anses inte utesluta med amning (13). De data som finns om långtidseffekter av SSRI och behandling med andra antidepressiva läkemedel givna under graviditet är fåtaliga. Studier saknas som visar på sämre intelligensutveckling eller psykiska symtom hos barnen, men en studie antyder sämre motorisk utveckling hos barn som exponerats för SSRI in utero (14–15).

- **SNRI**

Erfarenheterna av venlafaxin till gravida och ammande är betydligt färre än för SSRI. Data hittills tyder inte på att venlafaxin ger upphov till ökad missbildningsrisk (16). Risk för neonatala utsättningssymtom föreligger dock. Venlafaxin har ansetts kompatibelt med amning, men barnet bör kontrolleras av barnläkare (17).

- **Tricykliska antidepressiva (TCA)**

TCA har använts under lång tid till gravida och ansetts ge låg risk för missbildningar (18, 19). Nya data från det svenska födelseregistret har dock antytt att klomipramin kan medföra en ökad risk för hjärtmissbildningar hos fostret, som regel av mild typ (10) TCA med noradrenerg profil, såsom nortriptylin och desipramin, har ansetts som lämpliga medel för att de eventuellt skulle ha mindre risk för neonatala biverkningar än TCA med serotoninerg påverkan (19, 20) TCA som nortriptylin, klomipramin och desipramin har inte ansetts kontraindicerade vid amning (21).

- **Litium**

De flesta data tyder på att litiumexponering under första trimestern ger en ökning av risken för missbildningar från den basala frekvensen till cirka 6 %. Främst gäller det hjärtmissbildningar. (21–24) Litium kan också ge neonatala komplikationer hos barnet, som regel av lindrig art. Trots detta anses litium som den mest beprövade stämningsstabiliseraren och ges därför ofta till gravida som har hög risk för återfall i bipolär sjukdom (25). Litium går över i bröstmjölks i relativt hög grad vilket gör att man som regel avråder från amning, utom i vissa utvalda fall efter samråd mellan barnläkare och psykiater (26).

- **Antiepileptika**

Valproat, lamotrigin och karbamazepin har indikationen bipolär sjukdom. Valproat ger en relativt stor ökning av missbildningsrisken till cirka 9 % och befaras även kunna ge försenad CNS-utveckling senare i graviditeten. Riskerna med karbamazepin är lägre och lamotrigin i doser under 200 mg har inte visats ge ökad total missbildningsrisk (27). Läkemedelsverket varnade i juni 2006 för att data från en studie i Nordamerika tydde på att lamotrigin givet under den första trimestern kunde öka risken för

läppgomspalt (28). Denna risk hade dock inte påvisats i andra undersökningar. Av dessa tre farmaka går valproat och karbamazepin över i bröstmjolk i relativt liten grad, medan lamotrigin kan ge upphov till serumkoncentrationer hos barnet på upp till 25 % av mammans (29). Inget av dem räknas som kontraindicerat under amning, men kräver särskild uppmärksamhet och samarbete med barnläkare.

- **Neuroleptika**

Data för haloperidol och olanzapin har ej tytt på ökad missbildningsfrekvens (30–33). Vid amning är utsöndringen av haloperidol, perfenazin och olanzapin i bröstmjolk låg och medlen ansetts kompatibla med amning (34–35).

- **Benzodiazepiner och hypnotika**

Vid regelbunden användning finns risk för neonatal abstinens hos det nyfödda barnet. Givet under slutet av graviditeten har andningspåverkan, hypotoni och uppfödningssvårigheter rapporterats (23). Om benzodiazepiner används bör det vara tillfälligt och kortverkande preparat väljas, till exempel oxazepam. För tillfälliga sömnstörningar under graviditet och under amning kan zolpidem vara lämpligt (13).

- **ECT**

Under graviditet har rapporterats ge endast milda och övergående biverkningar. Detta tillsammans med snabbt insättande effekt gör att den anses lämplig under graviditet och postpartum, särskilt vid allvarlig symptomatologi (23).

## Riktlinjer för rådgivning inför graviditet

Rådgivning och handläggning av psykisk sjukdom under graviditet bör som regel skötas av psykiatrisk specialist i samråd med kvinnoklinik och barnläkare. Det är viktigt att alla läkare och annan sjukvårdspersonal har kunskaper om detta så att kvinnor som är eller planerar bli gravida inte möts av motsägande budskap från olika delar av sjukvården. En utgångspunkt för rådgivning är att ompröva all medicinering vid planerad eller konstaterad graviditet eftersom ingen medicin kan betraktas som helt riskfri. En annan utgångspunkt är dock att okontrollerad affektiv sjukdom under graviditet och nyföddhetsperiod innebär större risker än medicinering. Det innebär att utsättning av farmaka inte alltid är det säkraste alternativet. Det finns data som tyder på att omkring 70 % av gravida som upphör med SSRI återfaller i depression (36). Utsättning av litium hos gravida med bipolär sjukdom ledde till återfall hos 52 % av fallen i en modern studie (37).

## Allmänna riktlinjer för rådgivning

- **Lågriskpatient**  
Hos patient med affektiv sjukdom som varit stabil under lång tid och som inte tidigare uppvisat snabba eller allvarliga återinsjuknanden vid utsättning av farmaka rekommenderas vanligen att man gör ett försök att utsätta SSRI eller andra psykofarmaka innan graviditet planeras. Utsättningen ska ske långsamt och under noggrann klinisk övervakning. Eventuell utsättning av litium bör ske gradvis under som kortast en månad, helst längre, annars ökar risken för snabba återfall markant (38).
- **Mellanriskpatient**  
Överväg utsättande av farmaka före graviditet, återinsättande vid behov efter första trimestern. Om antidepressiva måste återinsättas i slutet av graviditeten kan tricykliska läkemedel med noradrenerg profil såsom nortriptylin övervägas som alternativ till SSRI.
- **Högriskpatient**  
Patient med instabil affektiv sjukdom, anamnes på svåra affektiva skov eller snabba återinsjuknande vid tidigare utsättningsförsök rekommenderas som regel att fortsätta med litium eller SSRI. Även lamotrigin, karbamazepin, nortriptylin, olanzapin, venlafaxin och haloperidol kan övervägas. Om möjligt försöker man undvika valproat. En särskild riskgrupp, som också är kvinnor med tidigare postpartumpsykos, där studier tyder på att omkring 20–40 % får återfall vid en kommande förlossning (3).

## Handläggning under graviditet

- **Samordning med mödravård och förlossningsklinik**  
Vissa områden i Stockholm har särskilda rutiner för samordningen mellan psykiatri och förlossningsvård. *Oavsett organisationsform måste det ske samordning mellan psykiatri och kvinnoklinik inför förlossningen innefattande beslut om medicinering under graviditet, förlossning och tiden därefter.* Frågan om kvinnan ska amma och eventuell medicinering under amning ska vara klarlagd i god tid före förlossningen. Telefonkontakt mellan ansvarig psykiater och läkare på kvinnokliniken är att rekommendera. Ett skriftligt behandlingsprogram bör upprättas och skickas både till MVC och förlossningsavdelningen. Om kvinnan skulle motsätta sig att kontakt tas mellan mödravård och psykiatri är det viktigt att veta att sekretesslagen inte hindrar utlämnande av uppgifter om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet (39).

- **Dosering och monitorering**

Oavsett beslut om medicinering måste den gravida kvinnan följas noggrant under hela graviditeten. Om kvinnan är utan medicinering måste det kliniska tillståndet följas och vid behov insätts nödvändiga farmaka. Om kvinnan har farmaka måste denna behandling monitoreras noga. Risken för negativa effekter på fostret är dosberoende, och dosering bör därför hållas på lägsta effektiva nivå. Läkemedelskoncentrationer sjunker vanligen under slutet av graviditeten och dosering måste ofta justeras uppåt. Det är av stor fördel om koncentrationer av aktuella läkemedel tas i början av graviditeten och sedan tas om vid behov. Litium bör monitoreras cirka en gång per månad under graviditeten.

- **Ultraljud under graviditet**

Om fostret exponerats för litium eller atiepileptika under den första trimestern bör ett ultraljud och fetal ekokardiografi göras i vecka 16–18. Som regel ombesörjes detta av MVC eller specialmödravården.

## Handläggning i samband med förlossning

Eftersom postpartumperioden är en högriskperiod för insjuknande i depression, mani eller postpartumpsykos måste kvinnor med psykisk sjukdom få optimal handläggning i samband med partus för att minska denna risk.

- **Omvårdnad på förlossningsklinik**

Kvinnor med affektiv sjukdom bör få eget rum för att ges optimala förhållanden för sömn och omhändertagande. Tillfälliga doser av oxazepam eller zolpidem kan ges för att trygga sömnen efter förlossningen. De ska inte gå på tidig hemgång utan kvarstanna 3–7 dagar på BB efter förlossningen. Om mamman medicinerat skall barnet undersökas dagligen av barnläkare på BB som också tar ställning till extra uppföljning av barnet efter utskrivning. En nybliven mamma med psykisk sjukdom ska träffa psykiater innan hemgång med planering för uppföljning.

- **Insättande av litium profylaktiskt**

Litium är det enda preparat som har evidens för att förebygga postpartumpsykos och mani (40). En gravid kvinna med bipolär sjukdom typ I eller tidigare postpartumpsykos, som inte redan är insatt på litium, bör

rekommenderas att sätta in litium inom 48 timmar postpartum, (helst inom 24 tim), (40, 41) Hos kvinnor med bipolär typ II eller bipolärt spektrum måste behovet av profylax vägas mot risken för barnet vid amning. Om litium inte är lämpligt kan valproat eller olanzapin vara alternativa preparat, även om systematisk dokumentation saknas för dessa. Litiumbehandling under graviditet och förlossning kräver speciella rutiner. Om dessa kan man läsa i ett PM från Affektiva mottagningen vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. (se [www.slso.sll.se/affektivamottagningen](http://www.slso.sll.se/affektivamottagningen)).

### **Handläggning av depressioner**

Mellan 50 och 85 % av nyblivna mödrar upplever en kortare period av nedstämdhet, affektiv labilitet och psykologisk känslighet efter förlossningen, så kallad ”blues”. Den är vanligast dag 3-5 och varar från timmar till dagar. Sådan nedstämdhet kräver endast stöd och god omvårdnad, men ska gå över på högst en vecka, annars bör depressionsutveckling misstänkas (41).

Symtomen på depression under graviditet och postpartum skiljer sig inte från depressioner vid andra tillfällen under livet, men färgas ofta av det kommande eller nyblivna föräldraskapet med tankar om otillräcklighet eller känslolöshet inför barnet. I svåra fall får kvinnan självmordstankar, vanföreställningar eller svår funktionssvikt. I fall med lindrig-måttlig symtomatologi (klarar vardagen, inga suicidtankar eller vanföreställningar) är det tillrådligt med att inleda behandlingen med stödsamtal eller kognitivt inriktade samtal (41, 42) Det finns dock en farlig benägenhet att avvakta för länge eller att vården försöker ”normalisera” depressioner under denna period av livet. Om man avvaktar måste man ha tät uppföljning och om inte depressionen förbättras på några veckor bör man överväga farmakologisk behandling. Vid allvarliga symtom på depression bör sådan medicin insättas så snart diagnosen ställts. Lämpliga läkemedel är SSRI. I svåra fall är elbehandling (ECT) ett bra alternativ med snabb och säker effekt. Till hjälp för bedömning av depressionsdjup och förlopp kan man använda speciella depressionsskalor för nyblivna mödrar som Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) (43, 44). Även vanliga depressionsskalor som används för icke-gravida som MADRS och självskattningsvarianten av samma skala MADRS-S är användbara (45, 46). Självskattningsskalan ”depressionsenkät (PHQ 9)” ger utöver mätning av depressionsdjup också stöd för diagnosättning och rekommendationer för behandlingsval kan hämtas från [www.viss.nu](http://www.viss.nu) eller [www.slso.sll.se/affektivamottagningen](http://www.slso.sll.se/affektivamottagningen) (47, 48).

## Handläggning av manier och psykos

Mani och psykosutveckling under graviditet är allvarliga tillstånd som kan hota fostrets och mammans hälsa och liv. Det är därför viktigt med snabb intervention med insättning av nödvändiga farmaka eller ECT-behandling. Postpartum är risken att utveckla psykos och mani störst dag 2–14 efter förlossningen, men risken kvarstår åtminstone de första sex månaderna. Postpartumpsykos kan förenklat sägas vara av tre typer:

- **Cykloid typ**

Den mest klassiska formen av postpartumpsykos liknar den psykosform som i skandinavisk tradition kallas ”cykloid psykos”, det vill säga en psykos med snabb debut och ett mycket snabbt växlande förlopp. Ena stunden kan kvinnan ha dramatiska symtom för att nästa stund verka helt frisk. Symtombilden innefattar ofta stark förvirring, perplexitet, ångest växlande med lyckokänslor samt olika vanföreställningar, ibland av religiös eller mystisk art. Suicidrisken är stor och i vissa fall sker utvidgade självmord.

- **Manisk typ**

Detta innebär stark uppvarvning med överaktivitet, euforiskt eller irriterat stämningsläge, förhöjd självkänsla, svårigheter att vara stilla, minskat sömnbehov och omdömeslöshet. Vanföreställningar och aggressivitet kan tillstöta.

- **Depressiv typ**

Med detta menas en djup depression med stark nedstämdhet, skuld-känslor, värdelöshetskänslor, energibrist, koncentrationssvårigheter och självmordstankar. Inte sällan får kvinnan vanföreställningar och hallucinationer, som ofta har teman om att barnet är skadat eller vanskapt. Stor suicidrisk.

*Vid misstanke om psykos, mani eller svår depression postpartum ska man på förlossningskliniken omedelbart insätta extravak och kalla på akut psykiaterbedömning. Affektiva symtom postpartum är ofta snabbt växlande och fluktuerande. Därför får inte uppgifter från BB om att allvarliga symtom förelegat negligeras om patienten verkar bättre vid den psykiatriska bedömningen. Behåll i sådana fall extravak och bedöm snart igen. Låt aldrig anhöriga överta extravakfunktionen. Behov av vård enligt LPT och extravak*

föreligger ofta. Av säkerhetsskäl bör patienten som regel överföras till en psykiatrisk vårdavdelning. Endast i fall med lindrig symtomatologi kan vården fortsätta med extravak på BB. Vid misstanke om postpartumpsykos, mani och svår/psykotisk depression ska behandling insättas snabbt. ECT är ofta förstahandsbehandling. Farmaka bör vanligen insättas i avvaktan på ECT. Kombinationen av neuroleptika och stämningsstabiliserare rekommenderas. Lämpliga medel i akutskedet är olanzapin, valproat och haloperidol. Vid depression kan SSRI användas. Som alltid ska kvinnans behov av läkemedelsterapi vägas mot eventuell risk för foster eller vid amning.

### **Att förebygga affektiv sjukdom under graviditet och postpartum**

*Det går att identifiera kvinnor med särskilt hög risk för insjuknande i affektiv sjukdom redan vid inskrivningssamtalet hos barnmorska vid mödrahälsovården.*

- Riskgrupper för att utveckla manier eller psykoser postpartum är främst kvinnor med bipolär sjukdom och de som haft postpartumpsykos vid tidigare förlossningar.
- Risken är också ökad för kvinnor med förstagrads släktingar (föräldrar, syskon) som har bipolär sjukdom eller som haft postpartumpsykoser.
- Kvinnor med bipolär sjukdom är en högriskgrupp som i mellan 50 och 80 % av fallen insjuknar i någon form av affektiv episod inom sex månader postpartum, och 10–20 % utvecklar allvarlig mani eller psykos, om inte profylax ges (25, 37).
- En särskild riskgrupp är kvinnor med tidigare depression hos vilka så mycket som 50 % utvecklar depression postpartum (49).

### **Enkla frågor som kan ställas vid MVC är**

- Har du haft depression, mani eller andra psykiska besvär?
- Har du nu några psykiska besvär eller någon behandling mot psykiska besvär?
- Drabbades du av några psykiska besvär efter (eventuella) tidigare förlossningar?
- Har du någon nära anhörig som drabbats av depression, bipolär sjukdom eller psykiska besvär efter förlossningen?

Om någon av dessa frågor besvaras jakande kan barnmorskan efterfråga ytterligare information. Om patienten mår bra vid undersökningen och det inte finns anamnes på allvarliga manier, psykosor eller djupa depressioner kan det räcka med ökad observans under graviditeten. Om symtom finnes eller anamnesen inger misstanke om allvarligare problematik bör remiss till psykiater utfärdas och kvinnan handläggas enligt de principer för riskgrupper som beskrivs ovan.



## **Bipolär sjukdom hos barn och unga**

Bipolär sjukdom debuterar ofta tidigt. Retrospektiva studier har visat att mer än 60 % debuterat före 20 års ålder och 10–20 % anger att deras symtom börjat före 10 års ålder.

Sjukdomsbilden vid bipolär sjukdom hos barn och ungdom kan vara olik den hos vuxna. Precis som hos vuxna är de första sjukdomsepisoderna vanligen depressioner. Vid svåra, ofta akuta depressioner, speciellt med suicidalitet ska alltid bipolär sjukdom övervägas differentialdiagnostiskt. Detsamma gäller om barnet eller ungdomen reagerat med hypomani/mani på SSRI preparat- eller inte haft någon effekt alls av dessa läkemedel. När en ungdom insjuknar i en akut mani finner man ofta återkommande depressioner i anamnesen. Precis som hos vuxna är det ofta stressande livshändelser som utlöser ett första insjuknande.

Bipolär sjukdom hos barn har ofta ett snabbt växlande förlopp, inte sällan med många växlingar per dag. Det är inte ovanligt med blandepisoder, d v s mani och depression på samma gång. Manin tar sig ofta uttryck i uttalad irriterabilitet, vilket kan leda till att dessa barn och unga ofta hamnar i konflikt. De är affektlabila och kan ha explosiva utbrott.

Retrospektiva studier av vuxna har visat att 2/3 från början får fel diagnos och att det tar från tio till femton år till rätt diagnos. De vanligaste feldiagnoserna är borderline personlighetsstörning och schizofreni.

Ungdomar med bipolär sjukdom kan ha ett självdestruktivt beteende med missbruk av alkohol och droger, vara självskadande och sexuellt utagerande. En del av dessa ungdomar finns på behandlingshem och är stora konsumenter av sjukvård. Dessa tillstånd är svåra att skilja från borderline personlighet (en diagnos som inte ska ställas före 18 år) och extrem tonårsproblematik med trots och uppförandestörning. Det är viktigt att ta en ordenlig anamnes, efterfråga hereditet samt följa förloppet över tid för att urskilja förskjutningar i stämningläget.

Hos barn och unga med bipolär sjukdom är psykos vanlig. Det är också vanligt med samsjuklighet med ADHD, ångest, OCD, CD och sömnsvårigheter. Om det psykotiska inslaget dominerar kan tillståndet förväxlas med schizofreni. Det är angeläget att uppmärksamma förändringarna i sinnesstämning för rätt diagnos.

## **Likheter och skillnader mellan bipolär sjukdom och ADHD**

Vad gäller ADHD finns många symtom som sammanfaller med bipolär sjukdom. Enligt B Geller är det fem symtom som hör till en manisk bild men inte ADHD: Förhöjt stämningsläge, grandiositet, minskat sömnbehov, ökad sexuell upptagenhet och tankeflykt. Enligt andra forskare är det förhöjda stämningsläget och grandiositet det enda som skiljer manin från ADHD.

ADHD är en neuropsykiatrisk utvecklingsavvikelse och inte en affektiv sjukdom. Barn och unga har ibland felaktigt fått diagnosen ADHD som sedan visat sig vara en bipolär sjukdom. Ibland är det frågan om samsjuklighet och patienten behöver behandling för båda tillstånden.

Den komplicerade bilden vid bipolär sjukdom hos barn och unga kan göra sjukdomen svår att diagnostisera och det är viktigt med ökad uppmärksamhet för detta tillstånd hos barn och unga. Ibland uppfyller patienten inte de diagnostiska kriterierna för bipolär sjukdom, men tillståndet kan ändå kräva läkemedelsbehandling.

Patientens hereditet väger mycket tungt i diagnostiken. Anhöriga behöver inte ha diagnosen bipolär sjukdom, men en ärftlighet för affektiv sjukdom, missbruk eller suicid kan tyda på att anlaget finns. Diagnostiseringen försvåras av pubertets- och tonårsutveckling med starkt hormonellt påslag samtidigt som det oftast ställs stora krav under skolgången.

Vid diagnostik av barn och unga är bl a CMRS (Child Mania Rating Scale) ett hjälpmedel. Föräldrar/vårdgivare fyller i detta. Som självskreeening för ungdom kan MDQ (Mood Disorder Questionary) fungera lika väl som för vuxna. KIDDIE-SADS används ofta i forskningssammanhang.

Liksom hos vuxna är det viktigt med tidig diagnos och behandling. För barn och unga är utbildningsåren mycket viktiga. De behöver gå i skolan och få

sin grundutbildning och gymnasieskola genomförd. De har inte råd att inte fungera i långa perioder. Dessa år är en viktig grund för vuxenlivet.

Den farmakologiska behandlingen är i stort samma som för vuxna. Före läkemedelsbehandlingen sker gängse somatisk undersökning, provtagning osv vad gäller de olika preparaten. Dessa följs sedan med regelbundna blodprovstagningar. Vid behandling med atypiska antipsykotika behövs regelbunden uppföljning av den metabola påverkan som dessa preparat kan ha. Ofta krävs kombinationsbehandling med flera läkemedel på samma sätt som för vuxna.

Utöver farmakologisk behandling behövs ett omfattande familjestöd gärna med psykoedukativ inriktning. Specialiserande team bör om möjligt vara med vid diagnostisering och medicininställning samt stå för utbildning och gruppverksamhet för föräldrar och barn då detta visat sig ge en bättre behandlingseffekt.

Barnet behöver stöd för att få möjlighet till rätt kravnivå i skolan så att skolgången kan fortsätta. Många gånger behövs samarbete med sociala myndigheter. Den fortsatta vården inom vuxenpsykiatri bör helst innebära överföring till en mottagning som är subspecialiserad på bipolär sjukdom.

## **Affektiv sjukdom hos personer över 65 år**

### **Prevalens och sjukdomsbild**

Internationella studier har påvisat att primärvården har svårt att känna igen depressionssjukdom hos äldre och att det finns en klar underdiagnostik och underbehandling (1, 2).

Det finns många orsaker till underdiagnostisering av depression. En orsak är att symtompanoramat och sjukdomstecknen domineras av kroppsliga symptom från mag-tarmkanalen, värk och smärta eller cancerrädsla och därmed kan dölja depressionssymtomen. Sömnbesvär och trötthet är också vanliga symptom. Det är vanligare med ångestsymtom hos äldre deprimerade än hos yngre deprimerade. Nedsatt kognition kan dominera hos äldre deprimerade och ibland vara så handikappande att patienten uppfattas som dement – därav uttrycket pseudodemens för denna typ av depression. En del psykiatrer anser, att DSM-IV diagnossystemet borde införa ett specifikt äldredepressionssyndrom. Hos deprimerade äldre kan symtomen även vara likadana som dem man vanligtvis finner hos yngre personer.

Risken för depression hos äldre personer ökar vid kroppslig sjukdom. För friska personer, utan somatisk sjukdom och med eget boende, finner man en prevalens på 3–5 %. Prevalensen ökar till 5–10 % om den äldre har regelbunden kontakt med primärvården på grund av somatisk sjukdom. Hos sjukhemsboende är prevalensen för depression 15–25 %. Det finns en stark samsjuklighet mellan affektiv sjukdom och neurodegenerativa sjukdomar, framförallt cerebrovaskulär sjukdom, demenssjukdom och Parkinsons sjukdom.

### **Suicid**

Hos alla åldersgrupper finns ett starkt samband mellan depressionssjukdom och suicid. Internationellt sett sjunker självmordsfrekvensen i alla åldersgrupper, utom hos äldre. Självmordsfrekvensen år 2003 i Sverige var

34,5/100 000 för män över 65 år, och för kvinnor över 65 år 10,4/100 000. Det var alltså tre gånger så många män över 65 år som suiciderade jämfört med kvinnor över 65 år.

## **Behandling**

Behandling av äldre personers depression skiljer sig inte från hur yngre personer behandlas. Ingen behandling är kontraindicerad på grund av patientens ålder. Vid läkemedelsbehandling är det viktigt att ta hänsyn till läkemedlets biverkningsprofil, då äldre är känsligare för bl.a. antikolinerga biverkningar. Eftersom många äldre personer behandlas med flera läkemedel är det viktigt att ta hänsyn till antidepressivas interaktioner med andra läkemedel. Litiumbehandling har inte någon övre åldersgräns. Det finns en utbredd missuppfattning att litiumbehandling inte skulle kunna sättas in på personer över 80–85 år enbart med utgångspunkt från patientens ålder.

Svenska Psykiatriska Föreningen, i samarbete med SPRI, har utgivit skriften ”Äldrepsykiatri – kliniska riktlinjer för utredning och behandling” som även omfattar lämpliga skattningsinstrument för depression och demens (SPF riktlinjer, 1998).

## Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer skall vara mätbara delar av utredning, behandling och uppföljning som det finns evidens för att leder till förbättring av vården. Indikatorerna behöver lätt kunna registreras och följas förslagsvis genom automatisk registrering via datajournal. Här följer förslag på 12 kvalitetsindikatorer – ett så stort antal är inte rimligt att följa kontinuerligt. Vilket instrument som används för skattning och självskattning kan variera över tid.

## Kvalitetsindikatorer

1. Väntetid till nybesök för patienter med depression (antal dagar).
2. Andelen patienter med depressionsdiagnos som diagnostiserats med kriteriebaserat diagnostiskt instrument (andel av totala antalet personer med depressionsdiagnos).
3. Andelen patienter med depression som följs med skattningsinstrument.
4. Andel av totala antalet patienter med depressionsdiagnos.
5. Andelen patienter med depression som följs upp med självskattningsinstrument (andel av totala antalet med depressionsdiagnos).
6. Andelen patienter med depression som har samma behandlingsansvariga läkare under hela behandlingstiden (andelen av totalt antal patienter med depressionsdiagnos, beräknat per vårdepisod).
7. Finns formaliserade rutiner för uppföljning av patienter som behandlas med litium eller antiepileptika (ja/nej).
8. Kan mottagningen erbjuda patientutbildning (ja/nej).
9. Kan mottagningen erbjuda anhörigutbildning (ja/nej).
10. Deltar mottagningen i kvalitetsregisterarbete (ja/nej).
11. Andelen patienter med dokumenterad vårdplan uppgjord tillsammans med patienten.
12. Andelen patienter med depression respektive bipolär sjukdom som skattats med instrument för diagnostik av beroendeproblem.

**Beställning**

E-post: [informationsmaterial.lsf@sl.l.se](mailto:informationsmaterial.lsf@sl.l.se)

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:  
[www.vardsamordning.se](http://www.vardsamordning.se)



**Stockholms läns landsting**



Medicinskt  
programarbete

# Referensförteckning

Regionalt vårdprogram

Depression  
och bipolär sjukdom

Stockholms läns landsting

2007









# Referensförteckning

Regionalt vårdprogram

Depression  
och bipolär sjukdom

**Rapporten är framtagen av**  
Christina Spjut

ISBN 91-85211-45-1  
(Reviderad utgåva 2003, ISBN 91-85209-14-7)

 **Stockholms läns landsting**  
Forum för Kunskap och gemensam Utveckling

## **Innehåll**

Epidemiologi och könets betydelse för affektiv sjukdom.....	5
Hälsoekonomi.....	6
Prevention.....	6
Begrepp och definitioner.....	7
Depression och suicid.....	8
Diagnostik och skattning.....	11
Läkemedelsbehandling av depression.....	12
Behandling av bipolär sjukdom.....	12
Psykologisk behandling vid depression och bipolär sjukdom.....	12
Fysikaliska behandlingsmetoder.....	15
Omvårdnad.....	15
Den terapeutiska alliansen.....	17
Affektiv sjukdom under graviditet och postpartum.....	17
Bipolär sjukdom hos barn och unga.....	22
Affektiv sjukdom hos personer över 65 år.....	22

## **Epidemiologi och könets betydelse för affektiv sjukdom**

1. Kessler, R.C., et al., Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994. 51(1): p. 8-19.
2. Keller, 2001
3. Yorbik, O., et al., Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 2004. 65(12): p. 1654-9; quiz 1760-1.
4. Christensen, E.M., et al., Life events and onset of a new phase in bipolar affective disorder. *Bipolar Disord*, 2003. 5(5): p. 356-61.
5. Baldassano, C. F., L. B. Marangell, et al. (2005). "Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants." *Bipolar Disord* 7(5): 465-70.
6. Kendler, K.S., J. Myers, and C.A. Prescott, Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry*, 2005. 162(2): p. 250-6.
7. Cahill, L., His brain, her brain. *Sci Am*, 2005. 292(5): p. 40-7.
8. Raskin, A., Age-sex differences in response to antidepressant drugs. *J Nerv Ment Dis*, 1974. 159(2): p. 120-30.
9. Davidson, J. and S. Pelton, Forms of atypical depression and their response to antidepressant drugs. *Psychiatry Res*, 1986. 17(2): p. 87-95.
10. Quitkin, F.M., et al., Are there differences between women's and men's antidepressant responses? *Am J Psychiatry*, 2002. 159(11): p. 1848-54.
11. Kornstein, S.G., et al., Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression. *Am J Psychiatry*, 2000. 157(9): p. 1445-52.

12. Baca, E., M. Garcia-Garcia, and A. Porras-Chavarino, Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in patients with nonmelancholic depressive disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2004. 28(1): p. 57-65.
13. Grigoriadis, S., S.H. Kennedy, and R.M. Bagby, A comparison of antidepressant response in younger and older women. *J Clin Psychopharmacol*, 2003. 23(4): p. 405-7. 24. Thase, M.E., et al., Gender differences in response to treatments of depression, in *Gender and its effect on psychopathology*, F.E. Washington, Editor. 2000, American Psychiatric Association Press: Washington DC. p. 103-129.

## Hälsoekonomi

1. Sobocki, 2006

## Prevention

1. Folkhälsoinstitutet. Att överbrygga hälsogapen i Sverige genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Folkhälsoinstitutet 1996:90. Stockholm.
2. Jarman B, Hirsch S, White P, Driscoll R. Predicting psychiatric admission rates. *B M J* 1992;304:1146-1151.
3. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM et al. Population level of unmet need for mental care in Europe. *Br J Psychiatry* 2007;190:299-306
4. Dahlberg K, Forsell Y, Damström-Thakker K, Runeson B. Mental health problems healthcare contacts in an urban and a rural area. Comparisons of two Swedish counties. *Nord J Psychiatry* 2007;61:40-46.
5. Forsell Y. The pathway to meeting need for mental health services in Sweden. *Psychiatric Services* 2006;57:114-119.
6. Psykisk hälsa. Rapport från arbetsgruppen för psykisk hälsa till Nationella folkhälsokommittén. Underlagsrapport nr 10. Stockholm 1999.
7. Maslach C. Workshop on Burnout and Depression. Nobel Forum, Karolinska Institutet, Stockholm 2001.

8. Maslach C, Shaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001:
9. Katon W, Sullivan M. Depression and Chronic Medical Illness. *Journal of Clinical Psychiatry* 1990;5:3-11.
10. Ekman M. Ensamma mammor – en grupp utsatt för särskilda hälsorisker. Ur: Att överbygga hälsogapen i Sverige genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. *Folkhälsoinstitutet* 1996;90:221-233.
11. Schoevers R.A. et al Prevention of Late-Life Depression in Primary Care: Do We Know Where to Begin? *Am J Psychiatry* 2006; 163:1611-162
12. Rutz W, von Knorring, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:151-154.
13. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J, Wistedt B. Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:399-403.

## **Begrepp och definitioner**

1. Angst, 1992
2. Angst, 1986
3. Akiskal, 1996
4. Lopez-Ibor, 1994
5. Burch, 1994
6. Post, 1989

## Depression och suicid

1. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *Brit J Psychiatry* 1970;117:437-438.
2. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: A re-examination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925-1932
3. Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001 Sep;58(9):844-50
4. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Brit J Psychiatry* 1997;170:205-228
5. Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, Gamma A. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res* 2005;9(3):279-300
6. Barraclough B, Bunch J, Nelson B. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125:355-374
7. Barraclough BM, Pallis DJ. Depression followed by suicide: a comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychol Med* 1975 Feb;5(1):55-61
8. Cheng A. Mental illness and suicide. A case-control study in East Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:594-603
9. Rifai AH, George CJ, Stack JA, Mann JJ, Reynolds CF Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. *Am J Psychiatry* 1994;151(11):1687-90
10. Jick SS, Dean AD, Jick H. Antidepressants and suicide. *Brit Med J* 1995;28;310:215-8
11. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1189-1194.
12. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003;64:14-19.
13. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Sleep disturbances and suicidal behaviour in patients with major depression. *J Clin Psychiatry* 1997;58:249-251.

14. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression. *J Psychiatric Res* 1997;3:377-381.
15. Jamison K. Suicide in bipolar disorder. Föredrag vid APA, New Orleans 2001.
16. Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. *Brit J Psychiatry* 1993;162:299-313.
17. Runeson B, Beskow J, Waern M. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:35-42.
18. Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Suicide and schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997;154:1235-1242.
19. Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK: Antecedents of suicide in people with schizophrenia. *Brit J Psychiatry* 1998; 173: 330-3.
20. Berglund M, Öjehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcoholism, Clinical & Experimental Research* 1998;22(7 Suppl S):333S-345S.
21. Runeson B, Beskow J. Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(3):153-6.
22. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmsson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case – central study. *Brit Med J* 2002;324:1355-1357.
23. Nordström P, Åsberg M, Åberg-Wistedt A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92(5):345-50
24. Rynestad T. Mortality after deliberate self-poisoning. A prospective follow-up study of 587 persons observed for 5279 person years: risk factors and causes of death. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol*. 1997 Nov;32:443-50.
25. Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival-findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:205-11



26. Appleby L, Cooper J, Amos T, Faragher B. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br J Psychiatry*. 1999 Aug;175:168-74
27. Jenkins GR, Hale R, Papanastassiou M, Crawford MJ, Tyrer P. Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *Brit Med J* 2002; 325: 1155
28. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004;161:563-564
29. Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Dis* 1995;36:11-20.
30. Waern M, Runeson B, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, Wilhelmsson K. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002;159(3):450-455.
31. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Tanskanen A, Haukka J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1358-1367
32. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, Hunkeler EM, Lee J, Revicki D. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 2003;290:1467-1473.
33. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapoiro S, Healy D, Hebert P, Hutton B. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *Brit Med J*. 2005 Feb 19;330(7488):396
34. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *Brit Med J*. 2005;19:330(7488):385
35. Khan A, Khan S, Kolts R, Brown WA. Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *Am J Psychiatry*. 2003 Apr;160(4):790-2.

## **Diagnostik och skattning**

1. APA, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV (Quick reference to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). 1995, Danderyd: Pilgrim Press.
2. First, M., et al., Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders (SCID-I). Clinical version. Administration booklet (Svensk version: Strukturerad klinisk intervju för DSM-IV axel I. Pilgrim Press, Danderyd). 1998, New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
3. Sheehan, D.V. and Y. Lecrubier, M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Svensk översättning: Mini internationell neuropsykiatrisk intervju, Svensk reviderad version 5.0.0; Allgulander C, Waern M, Humble M, Ågren H. 2000: University of South Florida - Tampa, Hôpital de la Salpêtrière - Paris.
4. Kroenke, K., R.L. Spitzer, and J.B. Williams, The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 2001. 16(9): p. 606-13.
5. Spitzer, R.L., K. Kroenke, and J.B. Williams, Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. Jama*, 1999. 282(18): p. 1737-44.
6. Svanborg, P. and M. Åsberg, A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1994. 89(1): p. 21-8.
7. Mattila-Evenden, M., et al., Determinants of self-rating and expert rating concordance in psychiatric out-patients, using the affective subscales of the CPRS. *Acta Psychiatr Scand*, 1996. 94(6): p. 386-96.
8. Hirschfeld, R.M., et al., Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*, 2000. 157(11): p. 1873-5.
9. Young, R.C., et al., A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*, 1978. 133: p. 429-35.

## **Läkemedelsbehandling av depression**

1. Paykel 1998
2. Fagiolini et al, 2001
3. Katz et al, 1997

## **Läkemedelsbehandling av bipolär sjukdom**

1. Strakowski et al 2001

## **Psykologisk behandling vid depression och bipolär sjukdom**

1. SBU (2004). Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt. Volym 3. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering.
2. Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York, Hoeber.
3. Beck, A. T., A. J. Rush, et al. (1979). Cognitive therapy of depression. New York, Guilford Press.
4. Segal, Z. V., J. M. Williams, et al. (2002). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach for Preventing Relapse. New York, The Guilford Press.
5. Teasdale, J. D., Z. V. Segal, et al. (2000). "Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(4): 615-23.

6. Jacobson, N. S., C. R. Martell, et al. (2001). "Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots." *Clinical Psychology: Science and Practice* 8: 255-270.
7. Dimidjian, S., K. S. Dobson, et al. (2006). "Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(4): 658-670.
8. McCullough, J. P. (2003). "Treatment for Chronic Depression Using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)." *Journal of Clinical Psychology* 59: 833-846.
9. Keller, M. B., J. P. McCullough, et al. (2000). "A comparison of nefazodone, the cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression." *New England Journal of Medicine* 343(20): 1462-70.
10. Nemeroff, C. B., C. M. Heim, et al. (2003). "Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma." *PNAS* 100(24): 14293-14296.
11. McKendree-Smith, N. L., M. Floyd, et al. (2003). "Self-administered treatments for depression: a review." *Journal of Clinical Psychology* 59: 275-288.
12. Klerman, G. L., M. M. Weissman, et al. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books.
13. Samrådsforum (2006). *Psykoterapi. Information om olika psykoterapiinriktningar*. Stockholm, 2006.
14. Knekt, P. and O. Liljefors (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up study. Helsinki Psychotherapy Study. Helsingfors, Kela, The social insurance institution. 77: 1-115.
15. Maina, G., F. Forner, et al. (2005). "Randomized Controlled Trial Comparing brief Dynamic and Supportive Therapy with Waiting List Condition in Minor Depressive Disorders." *Psychotherapy and Psychosomatics* 74: 243-50.

16. Fava, G. A., C. Ruini, et al. (2004). "Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression." *American Journal of Psychiatry* 161: 1872-1876.
17. Hollon, S. D., R. J. DeRubeis, et al. (2005). "Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression." *Archives of General Psychiatry* 62: 417-422.
18. Scott, J. (2006). "Psychotherapy for bipolar disorders - efficacy and effectiveness." *Journal of Psychopharmacology* 20(2): 46-50.
19. Scott, J., F. Colom, et al. (2006). "A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders." *International Journal of Neuropsychopharmacology*: 1-7.
20. Lam, D. H., P. Hayward, et al. (2005). "Relapse Prevention in Patients with Bipolar Disorder: Cognitive Therapy Outcome After 2 Years." *American Journal of Psychiatry* 162(2): 324-329.
21. Jones, S. (2004). "Psychotherapy of bipolar disorders: a review." *Journal of Affective Disorders* 80(2-3): 101-14.
22. Beck, J. S. and C. F. Newman (2005). *Psychotherapy for Bipolar Disorder: Treatments to Enhance Medication Adherence and Improve Outcomes.*, Medscape & Mental Health. 2005.
23. Thase, M. D. (2006). *Examining the Role of Psychotherapy in the Management of Bipolar Disorder*, Medscape Psychiatry & Mental Health. 2006.
24. Lam, D. H., S. H. Jones, et al. (2000). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*, John Wiley & Sons.
25. Miklowitz, D. J., T. L. Simoneau, et al. (2000). "Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of psychoeducational programme in conjunction with pharmacotherapy." *Biological Psychiatry* 48: 582-592.
26. Weber Rouget, B. and J.-M. Aubry (2006). "Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature." *Journal of Affective Disorders* In press.

## **Fysikaliska behandlingsmetoder**

1. Ljusterapi vid depression samt övrigt behandling av årstidsbunden depression. En systematisk litteraturoversikt, SBU 2007
2. Wassermann & Lisanby, 2001
3. George et al 2000
4. Sackeim et al 2001 b

## **Omvårdnad**

1. Ottosson, J-O. (2000) Psykiatri. 5:e uppl. Stockholm. Liber.
2. Arvidsson B. och Skärsäter I. (red.) Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsobefrämjande processer. Danmark. Narayana Press.
3. Videbeck, L. (2001). Psychiatric Mental Helth Nursing s.337). Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins
4. Løkensgard, I. (1997) Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad. Lund. Studentlitteratur.
5. Rawlins, R.P. (1993) Hope-Hopelessness i Rawlins, R.P., Williams, S. R., Beck, C.K. (red.) Mental health – Psychiatric nursing. A holistic life-cycle approach. 3 ed. St. Louis. Mosby-Year Book.
6. Moore, S.L. (2005). Hope makes a difference. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 12, 100-105.
7. Townsend, M. C. (1994). Nursing diagnoses in Psychiatric Nursing: a pocket guide for care plan constructions. Philadelphia. F.A. Davis company.
8. Shives, L.R. & Isaacs, A. (2002). Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing. 5th ed. Philadelphia. Lippincott.
9. Hedman, Ahlström, B. (2006) Familjens betydelse för psykisk hälsa och ohälsa vid depression, i Arvidsson B. och Skärsäter I. (red.) Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsobefrämjande processer. Danmark. Narayana Press.

10. Östman, M., Hansson, L. (2004). Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*. 19, 402-407.
11. Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A. & Kavanagh, D.J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 40, (11), 899-904.
12. Koukia, E. Madianos, M.G. (2005). Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 12, (4), 415-422.
13. Östman, M., Wallsten, T., Kjellin, L. (2005). Family burden and relative's participation in psychiatric care: Are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance? *International Journal of Social Psychiatry*. 51, 291-301.
14. Kralik, D., Kock, T., Price, K. & Howard, N (2004). Chronic illness and self-management: Talking action to create order. *Journal of clinical nursing*. Feb;13,(2), 259-267.
15. McCann, T.V. & Clark, E. (2004). Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11 (1), 12-20.
16. Olofsson, B. (2000). Use of coercion in psychiatric care, as narrated by patients, nurses and physicians. Akademisk avhandling. Umeå. Umeå Universitet.
17. Hamilton, P. (Red):Psykiatrins juridik 2007. Juris AB, Stockholm 2007.
18. Svensson, J. (1996.) Patienters erfarenhet av tvångsvård. FoU- enheten/psyk, Västra Stockholms sjukvårdsområde, RSMH.
19. Haglund, K. Von Knorring, L. Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: Patient's experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10,(1):65-62.
20. RSMH:s Rättsliga råd. (2000)

## **Den terapeutiska alliansen**

1. Bordin, 1979
2. Frank, 1991

## **Affektiv sjukdom under graviditet och postpartum**

1. Kendell R, Chalmers J, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses [published erratum appears in Br J Psychiatry 1987 Jul;151:135]. Br J Psychiatry 1987;150:662-673.
2. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. Bmj 2001;323:257-60.
3. Pfuhlmann B, Stoeber G, Beckmann H. Postpartum psychoses: prognosis, risk factors, and treatment. Curr Psychiatry Rep 2002;4:185-90.
4. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. J Affect Disord 2000;59 Suppl 1:S5-S30.
5. Rubinow DR. Antidepressant Treatment During Pregnancy: Between Scylla and Charybdis 10.1176/appi.ajp.163.6.954. American Journal of Psychiatry 2006;163:954-956.
6. Goodwin GM. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 2003;17:149-73; discussion 147.
7. Nonacs R, Cohen LS, Viguera AC, Mogielnicki J. Diagnosis and Treatment of Mood and Anxiety Disorders in Pregnancy. In: Cohen LS, Nonacs R, eds. Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum. 24, number 4 vol. Washington DC: American Psychiatric Publishing.; 2005.:17-51.
8. Field T. Infants of depressed mothers. Infant Behavior and Development 1995;Volume 18:1-13.



9. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Women Ment Health* 2005;8:77-87.
10. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry* 2003; 183:279-281.
11. Spinelli MG. A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001;158:811-813.
12. Einarson TR, Einarson A. Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005.
13. Spigset O, Hägg S. Nya antidepressiva läkemedel under graviditet och amning. *Läkartidningen* 2004;101:1176-1181.
14. Källén B. Antidepressiv behandling under graviditet - finns det risker för fostret? *SERIP* 2004:4-7.
15. Lattimore KA, Donn SM, Kaciroti N, Kemper AR, Neal CR, Jr., Vazquez DM. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis. *J Perinatol* 2005;25:595-604.
16. GlaxoSmithKlein. Viktig information till förskrivare. Solna; 2005.
17. Läkemedelsverket. Seroxat (paroxetin) och risken för fosterskada. Uppsala: Läkemedelsverket; 2005:89.
18. Kallen B, Otterblad Olausson P. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defect. *Reprod Toxicol* 2006;21:221-2.
19. Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet* 2005;365:482-7.
20. Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ et al. Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors and Risk of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn 1056/NEJMoa052744. *N Engl J Med* 2006;354:579-587.
21. Adler M, von Schreeb S, Lindemalm S, Böttiger Y. SSRI-behandling under graviditet och amning - riktlinjer inom Karolinska, Huddinges upptagningsområde. Kvinnokliniken, Barnens sjukhus, Psykiatriska kliniken SV samt Klinisk Farmakaologi vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge.; 2005.
22. Nulman I, Rovet J, Stewart DE et al. Child Development Following Exposure to Tricyclic Antidepressants or Fluoxetine Throughout Fetal

- Life: A Prospective, Controlled Study 10.1176/appi.ajp.159.11.1889. American Journal of Psychiatry 2002;159:1889-1895.
23. Misri S, Reebye P, Kendrick K et al. Internalizing Behaviors in 4-Year-Old Children Exposed in Utero to Psychotropic Medications 10.1176/appi.ajp.163.6.1026. American Journal of Psychiatry 2006;163:1026-1032.
  24. Einarson A, Fatoye B, Sarkar M et al. Pregnancy outcome following gestational exposure to venlafaxine: a multicenter prospective controlled study. Am J Psychiatry 2001;158:1728-30.
  25. Ilett KF, Kristensen JH, Hackett LP, Paech M, Kohan R, Rampono J. Distribution of venlafaxine and its O-desmethyl metabolite in human milk and their effects in breastfed infants. Br J Clin Pharmacol 2002;53:17-22.
  26. McElhatton PR, Garbis HM, Elefant E et al. The outcome of pregnancy in 689 women exposed to therapeutic doses of antidepressants. A collaborative study of the European Network of Teratology Information Services (ENTIS). Reprod Toxicol 1996;10:285-94.
  27. Hendrick V, Altshuler L. Management of Major Depression During Pregnancy 1176/appi.ajp.159.10.1667. Am J Psychiatry 2002;159:1667-1673.
  28. Heikkinen T, Ekblad U, Laine K. Transplacental transfer of amitriptyline and nortriptyline in isolated perfused human placenta. Psychopharmacology (Berl) 2001;153:450-4.
  29. Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breast-feeding. Am J Psychiatry 1996;153:1132-7.
  30. Källén B, Källén K. Läkemedel och fosterskador. JANUS. Läkemedelsinformation för sjukvården.; 2004.
  31. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z et al. Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period. Am J Psychiatry 2004;161:608-620.
  32. Cohen LS, Friedman JM, Jefferson JW, Johnson EM, Weiner ML. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. Jama 1994;271:146-50.
  33. Viguera AC, Cohen LS, Nonacs R, Baldessarini R. Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period: Weighing the Risks and Benefits. In: Cohen LS, Nonacs R, eds. Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum. 24 vol. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005:53-76.

34. Viguera AC, Newport JD, Ritchie JC et al. Lithium and Lactation. Sixth International Conference on Bipolar Disorder. Pittsburgh, USA.; 2005.
35. Morrow J, Russell A, Guthrie E et al. Malformation risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register 1136/jnnp.2005.074203. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:193-198.
36. Läkemedelsverket. Lamotrigin och risken för läppgomspalt. Uppsala; 2006.
37. Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: a review. *J Clin Psychiatry* 2000;61:79-90.
38. Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry* 2002;47:426-36.
39. Eli-Lilly. Olanzapine - use in pregnant and nursing women, update until dec 2004.; 2005.
40. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M et al. Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study. *J Clin Psychiatry* 2005;66:444-9; quiz 546.
41. Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S et al. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry* 2005;66:317-22.
42. Winans EA. Antipsychotics and breastfeeding. *J Hum Lact* 2001;17:344-7.
43. Croke S, Buist A, Hackett LP, Ilett KF, Norman TR, Burrows GD. Olanzapine excretion in human breast milk: estimation of infant exposure. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002;5:243-7.
44. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Jama* 2006;295:499-507.
45. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of Recurrence of Bipolar Disorder in Pregnant and Nonpregnant Women After Discontinuing Lithium Maintenance. *Am J Psychiatry* 2000;157:179-184.
46. Baldessarini RJ, Tondo L, Floris G, Rudas N. Reduced morbidity after gradual discontinuation of lithium treatment for bipolar I and II disorders: a replication study. *Am J Psychiatry* 1997;154:551-3.
47. Tryckfrihetsförordning 1949:105 och sekretesslag 1980:100.; 1980.

48. Cohen LS, Sichel DA, Robertson LM, Heckscher E, Rosenbaum JF. Postpartum prophylaxis for women with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1641-5.
49. Nonacs R. Postpartum Mood Disorders. In: Cohen LS, Nonacs R, eds. *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum*. 24 vol. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005:77-103.
50. Wickberg B, Hwang P. [Do not minimize signs of postpartum depression! Early intervention essential to prevent negative consequences for the child]. *Lakartidningen* 2001;98:1534-8.
51. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affect Disord* 2004;80:37-44.
52. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); 1997.
53. Montgomery S, Åsberg M. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS); 1979.
54. Svanborg P, Åsberg M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *J Affect Disord* 2001;64:203-16.
55. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-1744.
56. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
57. Pertrillo LF, Nonacs R, Viguera AC, Cohen LS. Course of Psychiatric Illness During Pregnancy and the Postpartum. In: Cohen LS, Nonacs R, eds. *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum*. 24 vol. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005:1-15.

## **Bipolär sjukdom hos barn och unga**

1. Backlund Lena (2004) Tidig upptäckt av bipolär sjukdom – en viktig angelägenhet för hela sjukvården, Incitament Nr 1:507-11
2. Geller Barbara, Del Bello, Melissa P (2003) Bipolär disorders in childhood and early dolescence, Guilford Press, New York
3. Olsson Gunilla (2004) Bipolär sjukdom hos barn och tonåringar- en diagnos under debatt, Läkartidningen, Vol:101 Nr 13; 1182-1187
4. Pavaluri Mani N, Birmaher Boris, Naylor Michael W, Pediatric bipolar disorder; A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 44:9, sept 2005, 846-871

## **Affektiv sjukdom hos personer över 65 år**

1. Gottfries, 1998
2. Gottfries & Karlsson, 2000

**Beställning**

E-post: [informationsmaterial.lsf@sl.se](mailto:informationsmaterial.lsf@sl.se)

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:  
[www.vardsamordning.se](http://www.vardsamordning.se)



**Stockholms läns landsting**



Medicinskt  
programarbete

# Omvårdnadsbilagor

Regionalt vårdprogram

Depression  
och bipolär sjukdom

Stockholms läns landsting

2007



## **Innehåll**

<b>Bilaga 1</b> .....	<b>3</b>
Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning, Anna Björkdahl i samarbete med PIVA, M48 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 2005.	
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>11</b>
Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion, Anna Björkdahl i samarbete med PIVA, M48 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 2005.	
<b>Bilaga 3</b> .....	<b>17</b>
Observationslista Extravak: Observationer med risk för suicid, Anna Björkdahl i samarbete med PIVA, M48 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 2000	
<b>Bilaga 4</b> .....	<b>19</b>
Observationer vid självdestruktiv handling, Anna Björkdahl i samarbete med PIVA, M48 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 2000.	





## **Bilaga 1**

# **Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning**

**Följande moment identifierades i bältesläggning:**

### **Bältesläggning**

- Indikation för bältesläggning
- Kontakt och diskussion med läkare
- Ordination på bältesläggning
- Samordning inför bältesläggning
- Information till patient
- Omhändertagande av medpatienter
- Nertagning och fasthållning
- Bältesläggning
- Eftervård
- Extravak
- Efterbearbetning i personalgruppen
- Dokumentation

## **Akut bältesläggning (nödvärn)**

Läkarkontakt och ordination ska enligt lag alltid ske före bältesläggning. Då bältesläggning används i särskilt farliga akuta fall av nödvärn kontaktas läkare snarast efter bältesläggning.

- Akut våldsincident och akut farligt beteende hos patient (indikation)
- Akut nertagning och fasthållning av patient
- Samordning inför bältesläggning och information till patient
- Bältesläggning
- Eftervård
- Omhändertagande av medpatienter
- Extravak
- Efterbearbetning i personalgruppen
- Dokumentation

## **Bältesläggning: utförande och omvårdnad**

### **Samordning inför bältesläggning**

1. En sjuksköterska ska som arbetsledare ansvara för samordningen och organisationen av bältesläggningen (kallas här "ledaren"). Hon/han kan välja att lämna över denna arbetsuppgift till en medarbetare som hon/han bedömer i praktiken vara mest lämplig, t.ex. en personal med god relation till patienten och stor erfarenhet av bältesläggningar.
2. För bältesläggning behövs fem personal med kunskap och erfarenhet av bältesläggningar. Om befintlig personal bedöms vara otillräcklig kan förstärkning ringas in från andra avdelningar och från väktare. Vaktarnas roll är enbart att skydda personal och medpatienter.
3. Samordningen omfattar:
  - Vem informerar och håller den personliga kontakten med patienten?
  - Vem ser till att bältessängen finns i närheten?
  - Vem håller fast vilken kroppsdel hos patienten?

- Kontroll att bältesnyckel finns.
- Vem tar hand om medpatienterna?
- Vem tar första extravaket?

## **Information till patient**

Ordinerande läkare är ansvarig för att informera patienten om orsak och genomförande av bältesläggningen. Om läkaren inte är personligen närvarande ges denna information av ledaren.

1. Informationen omfattar (ge så mycket av informationen som är relevant för situationen):
  - Att patientens beteende av säkerhetsskäl inte kan accepteras.
  - Att läkare har ordinerat bältesläggning.
  - Att patienten kommer läggas och spännas fast i en bältessäng och ha en personal hos sig i rummet.
  - Att patienten fortfarande har möjlighet att själv lägga sig i bältesängen. Om patienten inte inom några minuter går med på detta anses frågan slutdiskuterad och bältesläggningen genomförs. Endast läkare kan häva ordinationen efter att den är given.

## **Omhändertagande av medpatienter**

En eller flera i personalen är utsedda för att ta hand om medpatienterna. Detta innebär att:

- Uppmana medpatienterna att gå in på sina rum, om möjligt innan bältesläggningen ska genomföras. Besökare ombeds gå till avskilda allmänna delar av avdelningen, t.ex. dagrum. Åskådare utan uppgift i bältesläggningen ska inte förekomma.
- Vara i närheten av medpatienterna och finnas till hands för att lägga märke till reaktioner som t.ex. rädsla, ilska.
- Lyssna på och lugna medpatienter samt kortfattat förklara vad som händer.

## **Nertagning, fasthållning och lyft**

I samband med att personalen fysiskt ingriper för att ta tag i patienten, hålla fast och lyfta patienten är risken för skada både på personal och patient mycket stora. Särskilda tekniker bör användas som är utformade för dessa situationer. Sådana fysiska tekniker beskrivs dock inte vidare i detta material.

1. När patienten hålls fast ansvarar ledaren för att själv eller genom utsedd personal, hålla en personlig kontakt med patienten och minska risken för objektifiering. Detta kan innebära att:
  - Söka ögonkontakt med patienten och vid behov gå ner på huk för att komma i rätt nivå.
  - Tala lugnande och informerande till patienten om vad som händer.
  - Att kalla patienten vid hans/hennes namn.
  - Ge lugnande kroppslig beröring, t.ex. stryka över håret, klappa patienten.
2. Ledaren ansvarar under fasthållningsmomentet för att se till att patientens fysiska säkerhet, t.ex. andning och cirkulation inte utsätts för påfrestningar. Detta innebär att:
  - Observera tecken på försämrad andning, minskad syresättning och staser av blodcirkulation, t.ex. cyanos, högröd ansiktsfärg, stötvis andning, svårighet att tala.
  - Kontrollera att fasthållningen inte innebär att patienten utsätts för högt tryck över bålen, t.ex. hjärta, lungor, luftvägar och vitala organ.
  - Kontrollera att patienten utsätts för minska möjliga smärta.
  - Kontrollera vid fasthållning på mage att patientens armar inte bryts upp på patientens rygg.
  - Skydda patienten och andra om patienten t.ex. börjar dunka huvudet mot golvet, bita eller spotta.

## **Val av bältesläge**

1. I normalfallet ska patienten tillfrågas om han/hon vill ligga på rygg eller mage. Följ patientens önskemål om inte särskilda skäl hindrar det (se tabell).
2. Om det inte är lämpligt att tillfråga patienten om läge, ska patienten i normalfallet läggas på rygg.
3. Vid kränkingsrisk och vid extrem oro ska patienten ligga på mage.
4. Läkare ordinerar vid behov av medicinska skäl lämpligt läge.

<b>Patientstatus/anamnes</b>	<b>1:a handsval</b>
Andningssvårigheter	rygg
Astma	rygg
Hjärtinsufficiens - sjukdom	rygg
Kraftig övervikt	rygg
Kraftig buk	rygg
Kraftig byst	rygg
Alkohol-, drogmissbruk	rygg
Sexuellt övergrepp	rygg
Suicidalitet	rygg
Självd destruktivitet	rygg
Kraftig motorisk oro och fysisk styrka	mage
Risk för kränkning	mage

## **Bältesläggning**

1. När patienten har lagts på bältessängen ansvarar ledaren för att gå runt och fästa och låsa bältena på patienten medan armar och ben hålls fast. Midjebälte låses först. Fotbälten ska normalt vara fästa så att patientens ben låses rakt ner, inte isär. Bältena ska låsas så de sitter stadigt runt handleder, anklar och bål utan att de stasar blodcirkulationen. Spänn ungefär så att en blyertspenna skulle kunna passera.
2. Ledaren eller utsedd personal fortsätter även under detta moment att hålla en personligt kontakt med patienten. Övrig medverkande personal ska hålla låg ljudvolym.
3. Fasthållande personal får inte släppa respektive kroppsdel förrän den som låst säger att det är OK att släppa. Lakan eller filt läggs över patientens kropp. Höj huvudänden något för ökad överblick och bekvämlighet för patienten.
4. Ledaren noterar klockslag för bältesläggningen för senare dokumentation.
5. Ledaren gör en yttre kontroll samt frågar patienten om fysiska skador uppkommit av bältesläggningen, t.ex. sår, smärta. Vid behov rättas patientens kläder till för att undvika obehag.

## **Eftervård**

Ledaren ansvarar för att utse en personal som tar upp händelsen med patienten vid lämpligt tillfälle, helst inom ett dygn men innan utskrivningen beroende på patientens status. Utsedd personal bör ha varit med på bältesläggningen. Detta innefattar t.ex:

- Fråga hur patienten mår.
- Låt patienten berätta om sin upplevelse av händelsen oemotsagd.
- Beskriva hur personalen upplevde händelsen.
- Förklara varför bältesläggning ordinerades.
- Ta upp med patienten om bältesläggning hade kunnat undvikas.
- Diskutera patientens önskemål om en liknande situation uppkommer igen.

- Om patienten blivit bälteslagd förr, be patienten jämföra denna gång med tidigare gånger.
- Erbjud patienten fler samtal om händelsen.

## **Särskilt akut bältesläggning**

Ibland inträffar tillfällen där en patient visar ett akut farligt beteende med omedelbar fara för att skada sig själv eller andra. Ingripande kan då göras med hänvisande till nödvärn. På Psykiatriska kliniken Sydväst framgår i de lokala direktiven att om tid och möjlighet inte finns i det akuta läget att kontakta läkare för ställningstagande kan tjänstgörande sjuksköterska besluta om bältesläggning. Riktlinjerna omfattar följande moment:

- Akut nertagning och fasthållning av patient
- Samordning inför bältesläggning och information till patient
- Bältesläggning
- Eftervård
- Omhändertagande av medpatienter

### **Akut nertagning och fasthållning av patient**

1. Vid händelse av akut våldsincident enligt ovan måste snarast ett tillräckligt stort antal personal uppmärksammas på vad som händer. Det kan göras genom att:

- Närmaste personal ropar högt efter övrig personals uppmärksamhet
- Kalla på akut förstärkning genom överfallslarm
- Om möjligt avsetts en personal att ta emot larmpersonalen för kort information och uppgiftsfördelning.

I övrigt följer detta moment samma punkter som bältesläggning under normala omständigheter.

### **Samordning inför bältesläggning och information till patient**

1. Samma princip gäller här som under normala omständigheter, dvs att tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för samordningen och organisa-



tionen av bältesläggningen (ledaren). Hon/han kan välja att lämna över denna arbetsuppgift till en medarbetare som hon/han bedömer vara mest lämplig, t.ex. en personal med god relation till patienten och stor erfarenhet av bältesläggningar.

2. I akuta situationer måste säkerhet och snabba beslut prioriteras, vilket innebär att det i trängda lägen kan vara någon annan än ovanstående som initialt tar på sig samordning. Eventuella meningsskiljaktigheter kring detta tas upp först när bältesläggningen är genomförd under personalens efterbearbetning.
3. Samordningen innefattar:
  - Se till att bältessäng hämtas.
  - Se till att medpatienter omhändertas.
  - Se till att bältesnyckel finns.
  - Se till att riktlinjerna följs.
4. Information till patient görs i samband med bältesläggningen och innefattar:
  - Att patientens beteende av säkerhetsskäl inte kan accepteras.
  - Att patienten kommer läggas i en bältessäng och ha en personal hos sig i rummet.

## **Bältesläggning/Eftervård**

Dessa moment följer samma punkter som under normala omständigheter för bältesläggning.

### **Omhändertagande av medpatienter**

Detta moment följer samma punkter som under normala omständigheter för bältesläggning med undantag av att bältesläggningen ofta kan vara ett faktum innan medpatienterna hinner omhändertas.

## **Bilaga 2**

### **Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion**

#### **Följande moment identifierades i tvångsinjektion:**

- Indikation för tvångsinjektion
- Kontakt och diskussion med läkare
- Ordination på tvångsinjektion
- Samordning inför tvångsinjektion
- Information till patient
- Omhändertagande av medpatienter
- Medtagning av patient till utsett rum
- Fasthållning/injektionsgivning
- Eftervård
- Efterbearbetning i personalgruppen
- Dokumentation

#### **Som undergrupp identifierades**

- Tvångsinjektion till patient i bälte

## **Samordning inför tvångsinjektion**

1. Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för samordningen och organisationen av tvångsinjektionen (ledaren). Hon/han kan välja att lämna över samordningen till en medarbetare hon/han bedömer vara mest lämplig, t.ex. en person med bra relation till patienten och stor erfarenhet av tvångsinjektionssituationer.
2. För tvångsinjektion behövs vanligtvis fyra personal med viss erfarenhet av tvångsinjektionssituationer. Om befintlig personal bedöms vara otillräcklig kan förstärkning ringas in från andra avdelningar och från väktare.
3. Samordningen innefattar:
  - Vem informerar och håller den personliga kontakten med patienten?
  - Vilka i personalgruppen är mest lämpliga att delta vid just den här tvångsinjektionssituationen?
  - Vem ansvarar för beredskap med bältessäng om kraftigt våld skulle uppstå?
  - I vilket rum injektionen ska ges i första hand? Vanligtvis är detta behandlingsrummet eller patientens egna rum.
  - Vem tar hand om medpatienterna.
4. Sjuksköterskan drar upp och förbereder sprutan.

## **Information till patienten**

Läkare ska ha informerat patienten om vad som ska ske och varför, ofta tillsammans med sjuksköterska/skötare. Informationen kan behöva upprepas av ledaren om inte tvångsinjektionen skett direkt efter läkarens information.

1. Ledaren går fram och informerar patienten:
  - Att patienten är tvungen att ta medicinen och varför detta bedömts nödvändigt.
  - Att läkare ordinerat tvångsinjektion om detta är nödvändigt.
  - Att patienten kommer tas till utsett rum och där få en spruta.

- Att det bästa är om patienten kan tänka sig att frivilligt acceptera att ta sprutan. Om patienten inte direkt går med på detta anses frågan slutdiskuterad.

## **Omhändertagande av medpatienter**

1. En eller flera i personalen är utsedda för att ta hand om medpatienterna. Tvångsinjektioner kan ibland gå så lugnt till att medpatienterna inte lagt märke till att de skett. Vid andra tillfällen kan situationen bli mycket upprörd både för patienten som ska tvångsinjiceras och medpatienterna. Graden av omhändertagande av medpatienter anpassas efter behov. Omhändertagandet kan innefatta:
  - Uppmana medpatienterna att gå in på sina rum.
  - Vara i närheten av medpatienterna och finnas till hands för att lägga märke till reaktioner som t.ex. rädsla, ilska.
  - Lyssna på och lugna medpatienter samt bistå med viss information.

## **Medtagning av patienten till utsett rum**

1. Patienten ska försöka övertalas att följa med till utsett rum.
  - Ledaren säger t.ex. ”Nu går du och jag till ditt rum” eller ”Nu får du komma med oss till behandlingsrummet”
  - Ta inte tag i patienten om han/hon följer med frivilligt, var bara i närheten.
  - Personalen ska i sitt förhållningssätt tänka på att patienten nu är mycket sårbar och ”ger sig”. Försök upprätthålla en värdighet för patienten, t.ex. genom att godta en önskan i rökrummet att få ”röka färdigt” eller att en personal med god relation till patienten ”bjuder armen” när patienten bestämmer sig för att frivilligt följa med.
  - Ledaren ska inte acceptera att patienten ”drar ut på tiden” mer vad som kan bedömas vara rimligt, inte mer än någon eller några minuter.

2. Om patienten laddar för kamp/våld:
  - Utsedd personal ser till att bältessängen är nära.
3. Om patienten inte mycket snart följer med frivilligt:
  - Ledaren ger tydligt starttecken, t.ex. säger ”OK, då får vi hjälpa till”.
  - 2-3 personer tar tag i patienten och går med patienten till utsett rum.
  - Ledaren ser till att vägen är fri, öppnar dörrar mm.

## **Fasthållning/Injektion**

1. Om patienten hålls fast, släpp inte när patienten kommit in i utsett rum.
2. Sätt patienten på brits/säng.
3. Lägg patienten i ”framstupa sidoläge” eller på mage. Tag ev. av patientens skor.
4. Personalen håller sina händer på patientens armar och ben, v.b. tar tag och håller fast.
5. Personalen som håller patientens händer ansvarar för att hålla en personlig kontakt med patienten och minska objektifiering. Detta kan innebära att:
  - Söka ögonkontakt med patienten.
  - Tala lugnande och informerande till patienten om vad som händer.
  - Kalla patienten vid hans/hennes namn.
6. Sjuksköterskan injicerar.
7. Sjuksköterskan noterar klockslag för tvångsinjektion för senare dokumentation.

## **Eftervård**

1. Släpp inte ev. fasthållning förrän patienten känns tillräckligt lugn.

2. Om patienten blir alltmer aggressiv, kontakta läkare för ev bältesordination.
3. När patienten känns tillräckligt lugn:
  - Släpp ev fasthållning.
  - Fråga patienten om han vill ha någon hos sig.
  - Låt annars patienten gå iväg och lämna honom ifred en stund.
4. Sök upp patienten efter en kortare stund, ca 15 min, och fråga hur han känner sig.
5. Låt någon i personalen finnas i närheten av patienten för stöd och observation av sinnesstämning och eventuella biverkningar.
6. Ta upp händelsen med patienten efter en något längre tid, dock helst inom ett dygn. Detta innefattar t.ex:
  - Fråga hur patienten mår.
  - Observera och fråga efter ev medicinbiverkningar.
  - Låt patienten berätta om sin upplevelse av händelsen oemotsagd.
  - Ge patienten en beskrivning av personalens upplevelse av händelsen.
  - Förklara varför tvångsinjektion ordinerades.
  - Ta upp med patienten om tvångsinjektion hade kunnat undvikas.
  - Diskutera patientens önskemål om en liknande händelse skulle uppstå igen.
  - Om patienten blivit tvångsinjicerad förr, be patienten jämföra denna gång med tidigare gånger.
  - Erbjud patienten fler samtal om händelsen.

## **Tvångsinjektion till patient i bälte**

Det är vanligt att kombinera bältesläggning med tvångsinjektion. För tvångsinjektion till patient i bälte behövs vanligtvis tre personal inklusive sjuksköterska. Vanligaste injektionsställe är M. gluteus maximus övre yttre kvadrant men även yttre lårmuskeln kan vara lämplig.

### **Om patienten ligger i bukläge**

- Personal säkerställer att patienten ligger tillräckligt stilla för att injektion ska kunna ges av sjuksköterskan på ett säkert sätt.
- Om patienten ligger i ryggläge
- Efter läkarordination lossas ett fotbälte så att patienten kan lägga sig på sidan med det rörliga benet över det andra.
- Två eller flera personal säkerställer att patienten ligger tillräckligt stilla för att injektion ska kunna ges av sjuksköterskan på ett säkert sätt.
- Ett alternativ är att injicera i yttre lårmuskeln, M. vastus lateralis, som inte kräver att fotbältet lossas.

## Bilaga 3 - Extra vak - Observationer vid risk för suicid

Se särskild blankett

Datum År:	
Namn vak	
Vak mellan kl	
Emotionellt tillstånd	Ängestaddad
	Rastlös
	Förtvivlad
	Nedstämd
	Spött utlätlarkande
	Psykosisk
	Intorad, arg
	Misstänksam
	Lugn, adekvat
	Rörlid
	Upprymd
	Beteenden/Handlingar
Sovit	
Vistats ute på avd	
Talat om suicid/död	
Talat om framtiden	
Gråtit	
Åtit	
Druckit	
Besökt toalett	
Fått besök	
Spåledstrukturerat*	
Övrigt	
Daganteckning finns	
Sign	

Extra-vak: Observationer vid risk för suicid

Namn: \_\_\_\_\_ Pers.nr: \_\_\_\_\_

charlotte.polaris@sil.se







**Beställning**

E-post: [informationsmaterial.lsf@sl.se](mailto:informationsmaterial.lsf@sl.se)

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:  
[www.vardsamordning.se](http://www.vardsamordning.se)



**Stockholms läns landsting**