

Svårbehandlad depression

Riktlinjer för utredning, behandling och vidareremittering

A. UTREDNING

Det första steget om man kör fast i en depressionsbehandling är alltid att göra en översyn av diagnostiken. Här är 7 viktiga punkter att gå igenom.

1. Kontrollera att patienten uppfyller kriterierna för egentlig depression, t ex genom att jämföra med kriterierna i DSM-IV. Bra att göra en skattning, till exempel MADRS. PHQ-9 är ett formulär som kombinerar diagnostik med skattning av både symtom och funktion.
2. Det är vanligt med en dold bipolaritet bakom en terapiresistent depression. Screeningformuläret MDQ kan användas (MDQ och andra skalor finns att hämta från Affektiva mottagningens hemsida www.sll.se/affektivamottagningen). Kliniskt användbara screeningfrågor för bipolaritet är:
 - a) Har du någon gång under livet haft en period då du varit överaktiv, uppvarvad eller onaturligt upprymd?
 - b) Har du någon gång under livet haft en period då du varit samtidigt deprimerad och uppvarvad? Om patienten svarar jakande, jämför med DSM-kriterierna för bipolära tillstånd. Om patienten uppvisar bipolaritet ska stämningsstabiliserande medicin, i första hand litium, insättas innan han/hon får antidepressiva.
3. Uteslut somatiskt komplicerande faktorer inklusive medicinering (korticosteroider, hormonpreparat, betablockerare mm). Det är bra att göra en laboratoriescreening t ex.: Hb, CRP, B-glukos, TSH, S-Ca, P-Krea, Na, K, ASAT, ALAT, ALP och GT.
4. Finns andra psykiatriska tillstånd som komplicerar bilden och därför måste behandlas parallellt med depressionen? Den strukturerade intervjuerna SCID, MINI eller Prime-MD är användbara för diagnostik. Exempel på vanliga co-morbida tillstånd:
 - ADHD (hade du svårigheter med koncentration eller att sitta still i skolan är du var liten?).
 - Social fobi (blir du orolig och spänd när du är i sociala situationer, t ex tala för andra?).
 - Panikångest (får du plötsliga attacker av ångest eller obehag?).
 - Tvångssyndrom (har du återkommande skrämmande tankar eller måste du kontrollera vissa saker gång på gång eller tvätta händerna gång på gång?).
 - PTSD (har du varit med om något skrämmande som du hela tiden påminns om?).
 - Demens (nedsatt minne, nyinläring, nedsatt orientering i tid och rum, MINI-mental test bra som screening).
 - Grava personlighetsstörning med varaktiga problem med relationer som ger funktionsnedsättning socialt och yrkesmässigt, varaktiga problem med impulsivitet och självdestruktivitet (inte bara under pågående affektiva perioder).
 - Schizofreni. En del patienter döljer pågående psykotisk symptomatologi.

5. Uteslut missbruk av alkohol, bensodiazepiner, narkotika eller anabola steroider. AUDIT och DUDIT är bra screeninginstrument (kan hämtas från Beroendecentrum, Stockholms hemsida).
6. Finns psyko-sociala belastningar som komplicerar depressionsbehandlingen?
7. Compliance? Ta gärna s-koncentration (snabb metaboliserare, behov av högre dos)?

B. BEHANDLING OCH REMITTERING

1. Vårdcentral

Vid vårdcentral ska man, utöver diagnostisk översyn, ha gjort minst två adekvata behandlingsförsök med olika typer av antidepressiva farmaka innan man remitterar till psykiatrisk specialistmottagning. Det är också bra om allmänläkaren kan basala principer för KBT-behandling (bland annat beteendeaktivering och problemlösande tekniker) samt stödsamtal som kan användas parallellt med medicinering. Vid allvarlig depression med hög suicidalitet, vanföreställningar eller grav funktionssvikt samt vid misstanke om bipolaritet kan tidigare remiss, ibland akut, vara motiverad.

Ett adekvat medicineringsförsök innebär minst 6 veckors behandling i adekvat dos med ett antidepressivum. I minst 3 av dessa veckor ska patienten ha en ökad dos utöver det aktuella preparatets lägstdosering. Lämpliga antidepressiva på vårdcentral är SSRI, venlafaxin, duloxetin och mirtazapin. Paroxetin bör om möjligt undvikas till kvinnor i fertil ålder. Alternativen b-d nedan torde också kunna hanteras av intresserade allmänläkare. Det är bra om vårdcentralen också har kurators- och psykologresurser.

2. Psykiatrisk specialistmottagning

- a) "Dual-action" preparat. Venlafaxin (Efexor), duloxetin (Cymbalta) och mirtazapin (Remeron) kan, om de inte har prövats, ge effekt.
- b) Högdos venlafaxin (>300 mg). Gradvis dosupptrappning. Kräver BT-kontroll.
- c) Kombination venlafaxin (på morgonen) + mirtazapin (på kvällen). Gradvis, växelvis dosupptrappning. BT-kontroller vid venlafaxindos >150 mg/dygn.
- d) Tricykliska antidepressiva. t ex klompiramin (Anafranil,) eller nortriptylin (Sensaval,) som båda kan monitoreras.
- e) Lamotrigin (Lamictal). Väldokumenterat som återfallsförbyggande för depression vid bipolär sjukdom. Svag dokumentation för akutbehandling av depression.
- f) Atypiska neuroleptika. Quetiapin (Seroquel), upptrappande till 300 mg 0+0+1, har dokumentation för bipolär depression. Olanzapin (Zyprexa) som tillägg till fluoxetin har också viss dokumentation för bipolär depression.
- g) Litiumpotentiering till SSRI eller tricykliska. Utvärderas efter sex veckor av adekvat nivå av s-litium. Bör övervägas tidigt i behandlingsstegen om bipolärt inslag.

- h) ECT-behandling, eventuellt med efterföljande profylaktisk långtids-ECT. Det mest effektiva medlet mot svåra och svårbehandlade depressioner.
- i) Kognitiv beteendeterapi. Bra som tilläggsbehandling vid svårbehandlad depression.
- j) Irreversibla MAO-hämmare – fenelzin (Nardil) eller tranylcypromin (Parnate). Kräver dietregim (dietråd finns på www.slso.sll.se/affektivamottagningen). Särskilt lämpliga vid atypisk depression (ökad sömn, godissug, reaktivt stämningsläge mm).
- k) Klomipramininfusion.

Litium, atypiska neuroleptika, lamotrigin och ECT är särskilt aktuella vid bipolär depression. Antidepressiva och MAO-hämmare kan också användas vid bipolär depression, men kräver då att maniskydd insatts (litium, valproat eller atypiska neuroleptika). Litiumpotentiering, kombination av antidepressiva, MAO-hämmare, tricyklika, ECT och klomipramininfusion är bra vid unipolär depression.

Mats Adler, överläkare vid Affektiva mottagningen M 59 vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, version 060926.