

DEPRESJON

Medisinsk namn: Depressive lidingar
Engelsk namn: Depressive disorders

Kva er depresjon?

Depresjon er ei psykisk liding som primært påverkar stemningsleiet, men som òg rammar andre sider hos den deprimerte. Tilstanden er særleg karakterisert ved det å vere nedstemt, redusert lyst og interesse i forhold til område den deprimerte tidlegare var aktiv på, redusert evne til å oppleve glede og redusert energi/auka tendens til å kjenne seg trøtt. Verken latskap eller mangel på evne til å ta seg saman er grunn til denne sjukelege tilstanden.

For å få diagnosen depresjon krev ein vanlegvis at tilstanden har vart i minst to veker. Ein skil mellom lette, moderate og alvorlege depresjonar.

Kva symptom har depresjon?

Hovudsymptoma ved depresjon er det å kjenne seg nedstemt, tap av interesser og lyst generelt og redusert energi. Andre kjenslemessige symptom er tomheit, håpløyse, likesæle, irritabilitet, uro, rastløyse, angst og otte.

Åtferda til den deprimerte er prega av initiativløyse, manglande evne til å vere uthalden, sosial tilbaketrekking og passivitet. Mot omverda kan den deprimerte framstå som mutt og mimikkfattig.

Tenkinga til den deprimerte er dominert av at han/ho har eit negativt syn på seg sjølv, verda og framtida. Tankane kvernar gjerne omkring hendingar som har funne stad, eller ting ein ottar for skal skje. Eiga skyld og verdløyse er sentrale tankar hos den deprimerte, og konsentrasjonsvanskar er vanleg. Nokre har tankar om å ta sitt eige liv.

Vanlege kroppslige symptom hos den deprimerte er søvnforstyrringar, appetittforstyrringar, kvalme, svimmelheit og ulike former for smerte. Mange har nedsett seksuell interesse.

Kva forårsakar depresjon?

Ofte er årsaka til ein depresjon samansett av biologiske, psykologiske og miljømessige faktorar.

Nokre depresjonsformer har ein arveleg komponent. Ein veit òg at mangel på visse signalstoff (for eksempel serotonin) i hjernen, lågt stoffskifte og mangel på lys (kan gi vinterdepresjon) kan vere medverkande faktorar til utvikling av depresjon.

Har ein opplevd traumatiske hendingar eller vore utsett for store belastningar av psykologisk eller sosial karakter, er risikoen for å bli ramma av ein depresjon auka i forhold til elles.

Sorg kan av og til spille ei rolle i utviklinga av ein depresjon. Det kan by på vanskar å skilje ein langvarig sorgreaksjon frå ein depresjon.

Korleis blir diagnosen depresjon stilt?

Fleirtalet av pasientar som slit med depresjon og blir tilvist spesialisthelsetenesta, blir utgreidd på ein psykiatrisk poliklinikk. Ved svært alvorlege tilstandar kor den deprimerte har konkrete sjølvmondsplanar og/eller psykotiske symptom (t.d. vrangførestillingar og hallusinasjonar), kan det likevel vere aktuelt med innlegging på døgnavdeling.

Ein viktig del av utgreiinga består av ei somatisk (kroppslig) undersøking av pasienten. Ofte har pasienten sin fastlege gjort dette før pasienten tilvisast Klinikk for psykisk helsevern for sine psykiske plagar.

I den vidare diagnostiseringa er ein grundig gjennomgang av pasienten si sjukehistorie eit sentralt element. Vesentlege moment i denne gjennomgangen vil vere:

- Kartlegging av lidinga sin styrke, omfang og symptombilette
- Kartlegging av eventuelle sjølvmondstankar
- Vurdering av samanheng mellom livssituasjon og depresjon
- Tidlegare depressive episodar
- Eventuelle tidlegare maniske episodar
- Bruk av medikament
- Forhold til rusmiddel
- Tidlegare traumatiske hendingar eller vanskelege oppvekstvilkår
- Forstyrringar ved søvn og appetitt
- Fysisk aktivitet

Det er vanleg å styrke utgreiinga av depressive lidingar med bruk av standardiserte kartleggingsverktøy eller testar. Hyppigst brukt av desse er MINI ("Mini-International Neuropsychiatric Interview") og MADRS ("Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale").

Med utgangspunkt i utgreiinga av pasienten skal lege- eller psykologspesialisten kunne stille ein meir spesifikk diagnose innafor spekteret av affektive lidingar. Ut i frå diagnosen og korleis denne framtrer hos pasienten, utformar behandlar og pasient saman ein plan for pasienten si behandling.

Korleis blir depresjon behandla?

Målsettinga for behandling av depresjon er to-foldig; reduksjon av depressive symptom og førebygging av tilbakefall eller framtidig depresjon. Læring av meistringsstrategiar som gir auka tryggleik for pasienten, er viktig for at pasienten skal kunne handtere depresjonen på best mogleg måte når han først har oppstått.

Eigen-behandling bør ha ein viktig plass når det gjeld mange pasientar si meistring av depresjon. Forsking har vist at fysisk aktivitet er like effektivt som anna behandling ved lettare og moderate depresjonar.

Det finst elles tre hovudmåtar å behandle depresjonar på: Samtaleterapi, medikamentell behandling og ECT (Electro-Convulsive Therapy; "elektro-terapi").

I samtaleterapi (psykoterapi) har pasienten samtalar med ein lege, psykolog eller ein annan behandlar med psykoterapeutisk kompetanse. Terapeuten arbeider i desse samtalan måletta

med å behandle og hjelpe pasienten. Psykoterapi kan foregå som individuell behandling eller som gruppebehandling.

Behandling med medikament vil ofte vere eit hovudelement eller eit delement i behandlinga av moderate og alvorlege depresjonar. Det er vanleg med ein kombinasjon av samtalebehandling og medikamentell behandling, noko som ofte gir større effekt enn å bruke berre ei av desse behandlingsformene.

Verknaden av antidepressiva (antidepressive medikament) er grovt sett tredelt: Trøttleik og apati hos den deprimerte blir redusert, og han/ho blir meir aktiv. Antidepressiva hevar dessutan stemningsleiet, sjølv om det ikkje sjeldan tar 1-2 veker før denne effekten kan merkast. I starten kan òg denne typen medikament i nokre tilfelle verke sløvande og søvnframkallande, noko som for enkelte pasientar kan bli opplevd som ein plagsom biverknad. Vanlege, men mindre alvorlege og ofte forbigåande biverknader av antidepressiva er kvalme, nedsett seksuell lyst, vektauke og kjensleavflating.

Frå erfaring med medikamentell behandling av depresjon har ein holdepunkt for å seie at jo alvorlegare depresjon ein person er ramma av, jo meir sannsynleg er det at behandling med antidepressiva vil vere nyttig for han.

Dersom det er snakk om ein alvorleg depresjon kor ein ikkje har lykkast i å behandle pasienten på anna vis, kan det bli aktuelt å tilby han ECT, altså "elektro-terapi". Ved denne behandlinga sender legen straumstøt gjennom hjernen til pasienten medan sistnemnde ligg i narkose. I mange tilfelle er ECT-behandling svært verksamt mot tunge depresjonar.

Korleis er langtidsutsiktene for den deprimerte?

Prognosen for ein person ramma av ein depressiv episode er til vanleg god, sjølv om meir enn halvparten av dei som har opplevd sin første depresjonsperiode, får nye episodar. Ein reknar vidare med at om lag 10% av dei deprimerte har ein kronisk og vedvarande depresjon.

Ved riktig diagnose og behandling kan ein likevel forvente at omkring 2/3 av dei deprimerte pasientane er friske eller har opplevd god effekt av behandlinga etter 6 månadar.

Depresjon og affektive lidningar (stemningslidningar)

Depresjon utgjer ei av hovudgruppene innafor den samlinga av sjukdomstilstandar i psykiatrien som går under nemninga affektive lidningar eller stemningslidningar. Det som særpregar desse lidingane er forandringar i personen sitt stemningsleie som strekkjer seg ut over grensene for kva som reknast som normalt.

Dei viktigaste hovudgruppene av affektive lidningar:

- Depresjonar av ulik alvorlighetsgrad (depressive lidningar), som enkelteepisodar eller tilbakevendande tilstandar
- Bipolare lidningar med fleire episodar med stemningsforandring av ulik stemningskvalitet (svingande mellom ytterpunkta alvorleg grad av det å vere oppstemt og alvorleg grad av det å vere nedstemt. Lange periodar med normalt eller tilnærma normalt stemningsleie mellom fasane med sjukeleg stemningsforandring er vanleg.)
- Enkeltstående mani (det å vere oppstemt)

- Dystymi (det å kjenne seg nedtrykt)
- Cyklotymi (svingande humør)

