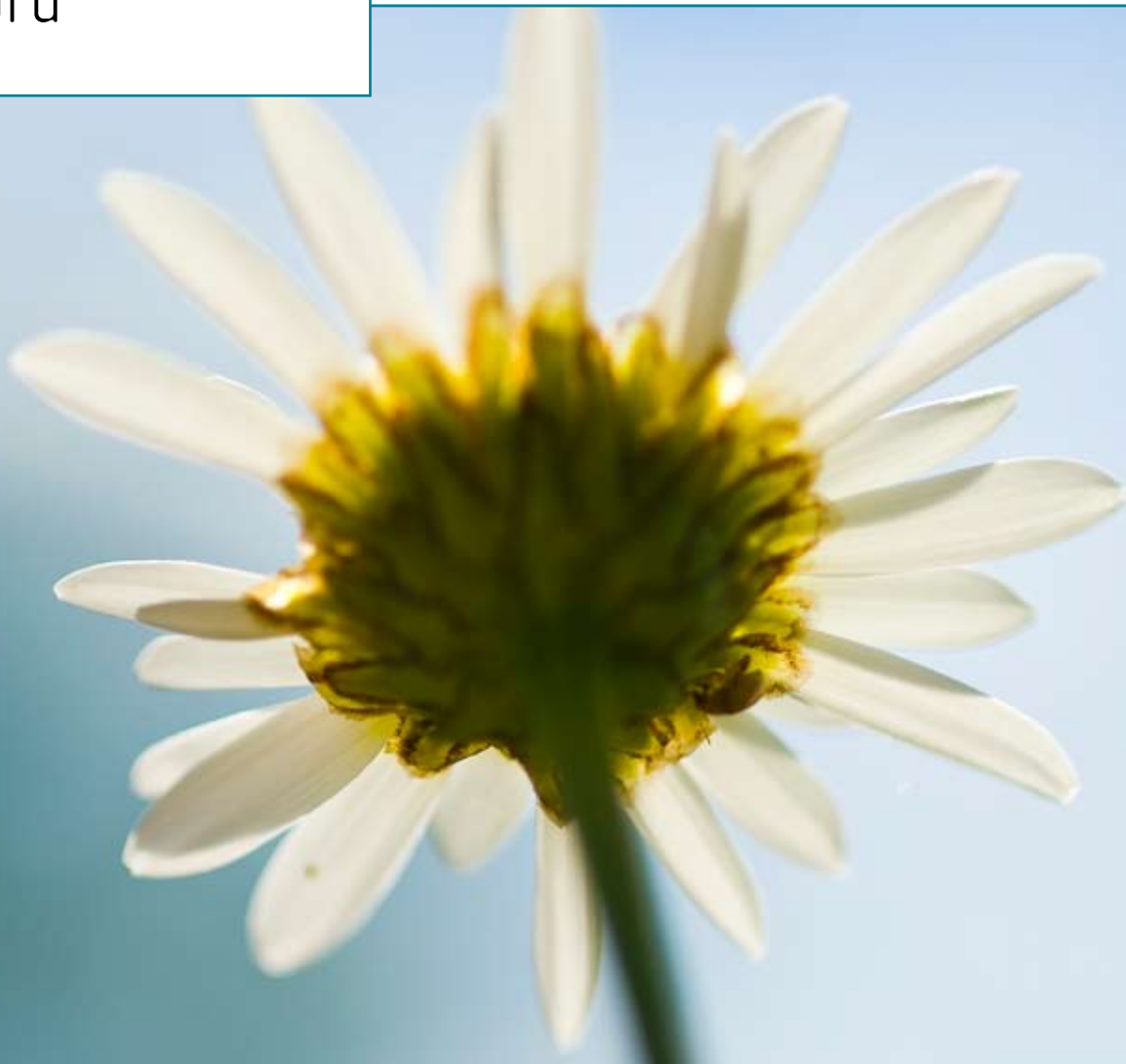


Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

Forord



Forekomsten av depressive lidelser i befolkningen er høy, det er anslått at hver femte person i løpet av sitt liv vil oppleve depresjon. Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli den ledende årsak til sykdom i den vestlige

del av verden. Depresjon er også en sterk risikofaktor for å falle ut av inntektsgivende arbeid i kortere eller lengre tid, og en viktig medvirkende faktor til uførhet. Depressive lidelser har store personlige omkostninger for dem som rammes og for deres pårørende. I tillegg fører depresjon til store økonomiske og samfunnsmessige omkostninger, først og fremst i form av tapt produk-

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

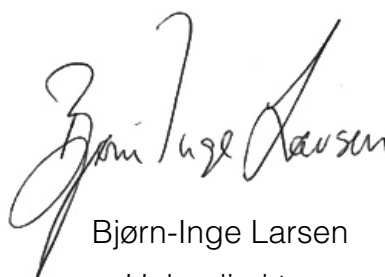
tivitet, tapte skatteinntekter og økte trygde-
utgifter.

Utredning og behandling av depresjon
i primær- og spesialisthelsetjenesten bør
utføres i henhold til kunnskapsbaserte
faglige retningslinjer. Retningslinjen er ment
som et hjelpemiddel ved de avveininger som
må gjøres for å oppnå forsvarlighet og god
kvalitet i tjenesten og er et viktig virkemiddel
i direktoratets arbeid med kvalitetsforbedring
i helsetjenesten.

Helsedirektoratet utarbeider og implemen-
terer nasjonale retningslinjer i samarbeid
med sentrale aktører. Nasjonale retnings-
linjer inneholder systematisk utviklede
anbefalinger for å støtte fagpersoners
beslutninger om relevant behandling for
en definert problemstilling. Anbefalingene
bygger på systematisk gjennomgang og
kvalitetsvurdering av relevant litteratur samt
arbeidsgruppens vurderinger. I arbeidet er
det lagt vekt på brukermedvirkning og at
retningslinjen skal være rettet mot praksis.

Nasjonale retningslinjer er ikke bindende
slik en lovtekst er det, men bør likevel
være styrende for de valg som skal tas.
Den praksis eller fremgangsmåte som er
beskrevet må anses å gjenspeile allment
aksepterte faglige normer. Helsedirektoratet
gir på denne måten signaler om hva som er
god praksis i vår helsetjeneste. Dersom man
velger løsninger som i vesentlig grad avviker
fra anbefalingene i retningslinjen, bør dette
dokumenteres og begrunnes.

Retningslinjen er utarbeidet av en arbeids-
gruppe som er sammensatt av sentrale
fagpersoner og aktører på området. Helse-
direktoratet takker arbeidsgruppen for
grundig arbeid og håper at retningslinjen
vil bidra til å kvalitetssikre behandlingen
av depressive lidelser.



Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør

Innhold

1. INNLEDNING	6
Leseveiledning	8
Kjennetegn ved depresjon	9
Omfang og omkostninger	9
Mange deprimerte får ingen behandling	10
Forebygging	10
Retningslinjen skal sikre kvaliteten på helsetjenestene	11
Metode ved utarbeidelse av retningslinjen	12
- <i>Arbeidsgruppen</i>	13
- <i>Implementering</i>	13
- <i>Resultatmål ved fagrevisjon</i>	14
- <i>Kunnskapsgrunnlaget</i>	14
- <i>Gradering av kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene</i>	15
Fleksibel tilrettelegging	16
Rettslig grunnlag for behandlingen	17
2. PRINSIPPER FOR GOD BEHANDLINGSPRAKSIS	18
Samarbeid og medvirkning	19
Informasjon til pasient og pårørende	20
Kultursensitive tjenester	21
Nyttige lenker til oppdatert faglig kunnskap	21
3. UTREDNING OG DIAGNOSTIKK	22
Diagnostisering av depresjon	25
- <i>Diagnostiske verktøy</i>	25
- <i>Samtidige lidelser</i>	26
Selvmondsrisiko	26
Grupper med forhøyet risiko for å utvikle depresjon	27
Anbefalinger for utredning og diagnostikk	28
4. GENERELT OM BEHANDLING AV DEPRESJON	30
Oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	31
Individuell plan	34
Pasientens foretrukne behandling	34
Yrkesrettede tiltak	35
Fysisk aktivitet	36
Strukturert psykologisk behandling	37
- <i>Kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi</i>	38

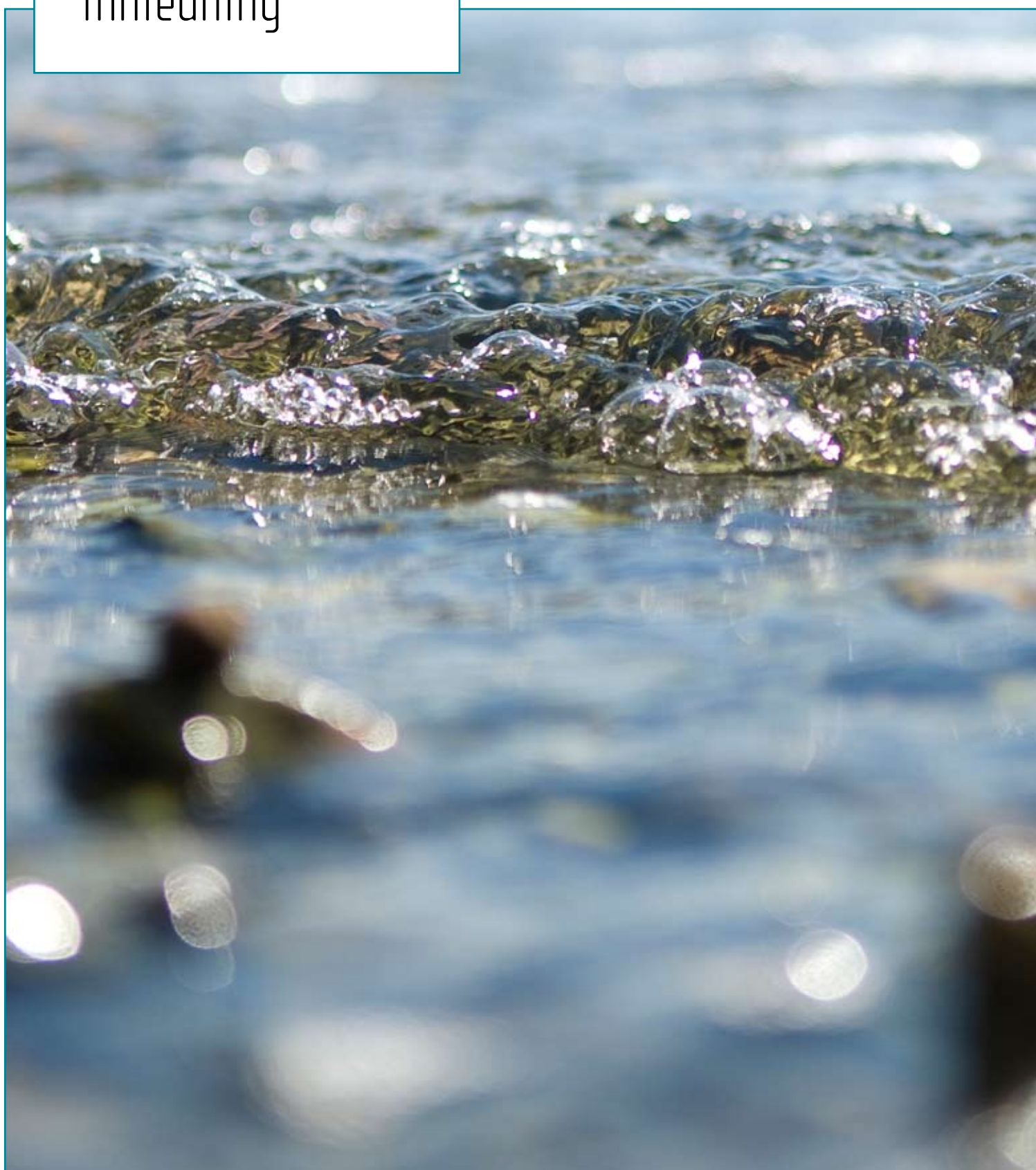
NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

- <i>Interpersonlig psykoterapi</i>	38
- <i>Opplevelsesorientert psykoterapi</i>	38
- <i>Psykodynamisk psykoterapi</i>	39
- <i>Parterapi</i>	39
Den terapeutiske alliansen.....	39
Systematisk evaluering.....	40
Behandling med medikamenter.....	40
- <i>Oppstart av behandlingen</i>	40
- <i>Etterlevelse av medikamentell behandling</i>	41
- <i>Vedlikeholdsbehandling</i>	42
- <i>Seponering eller dosereduksjon av antidepressiver</i>	42
- <i>Johannesurt</i>	43
- <i>Valg av antidepressiver</i>	43
- <i>Valg av antidepressiver ved selvmordsrisiko</i>	44
- <i>Når behandlingseffekt uteblir</i>	44
- <i>Trisykliske antidepressiver</i>	45
Farmakoresistent depresjon.....	45
Komorbide problemer.....	46
- <i>Søvnproblemer</i>	46
- <i>Angstproblemer</i>	47
- <i>Kroniske smerter</i>	47
- <i>Rusmiddelproblemer</i>	48
Generelle anbefalinger for behandling av depresjon.....	48
5. BEHANDLING AV MILD TIL MODERAT DEPRESJON	50
Assistert selvhjelp («guided self-help»).....	51
Psykologiske intervensjoner.....	52
Behandling med antidepressiver.....	53
Anbefalinger for behandling av mild til moderat depresjon.....	53
6. BEHANDLING AV MODERAT TIL ALVORLIG DEPRESJON	54
Behandling med antidepressiver ved moderat til alvorlig depresjon.....	56
Strukturert psykologisk behandling for moderat til alvorlig depresjon.....	56
Anbefalinger for behandling av moderat til alvorlig depresjon.....	57
7. BEHANDLING AV TILBAKEVENDENDE DEPRESJON	58
Anbefalinger for behandling av tilbakevendende depresjon.....	60
8. BEHANDLING AV DYSTYMI OG KRONISK DEPRESJON	62
Anbefalinger for behandling av dystymi og kronisk depresjon.....	63

9. ELEKTROKONVULSIV BEHANDLING	64
Risiko og bivirkninger	65
Samtykke	65
Anbefalinger for behandling med ECT	65
10. OPPHOLD I DØGNAVDELING	66
Ved utskrivelse	67
11. ANDRE DEPRESSIVE LIDELSER	68
Sesongavhengig depresjon	69
Atypisk depresjon	69
Psykotisk depresjon	70
Tilbakevendende kortvarige depresjoner	70
Agitert depresjon	70
Depresjon ved bipolare lidelser	70
- <i>Cyklotymi</i>	71
- <i>Blandet episode</i>	71
- <i>Behandling ved bipolare lidelser</i>	71
12. SÆRSKILTE PASIENTGRUPPER	72
Depresjon hos eldre	73
Pasienter med demens	74
Pasienter med psykisk utviklingshemning	74
Pasienter med premenstruell dysfori	75
Svangerskaps- og barseldepresjon	76
- <i>Reaksjoner etter fødsel</i>	76
- <i>Utredning av depressive tilstander under svangerskap og etter fødsel</i> ..	76
- <i>Oppfølging under svangerskap og etter fødsel</i>	76
- <i>Psykoterapi og støttesamtaler</i>	77
- <i>Behandling med antidepressiver under graviditet</i>	77
- <i>Behandling med antidepressiver etter fødsel</i>	78
Anbefalinger for behandling av depresjon under svangerskap og etter fødsel	79
13. BARN AV FORELDRE MED DEPRESSIVE LIDELSER	80
Anbefalinger	81
Vedlegg	82
Referanser	88

Innledning



KAPITTEL 1



Retningslinjen omfatter anbefalinger om diagnostisering og behandling av depresjon både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, for voksne pasienter over 18 år. Retningslinjen gjelder for alt helsepersonell som møter personer med depresjon og deres pårørende, spesielt fastleger og psykisk helsearbeidere i primærhelsetjenesten og behandlere i psykisk helsevern. Dette inkluderer et bredt spekter av helseprofesjoner involvert i henvisning, diagnostisering og behandling av pasienter med depresjon, som psykologer, leger, sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter, sosionomer, ergoterapeuter etc. Retningslinjen erstatter Helsetilsynets retningslinjer for utredning og behandling av stemningslidelser¹. Helsedirektoratet valgte etter anbefaling fra arbeidsgruppen å behandle depresjon og bipolar lidelse i to forskjellige retningslinjer.

Retningslinjen svarer på en rekke kliniske spørsmål.

- Hvilke prinsipper er gjeldende for all behandling av depresjon?
- Hvilke forhold skal utredes ved mistanke om depresjon?
- Hvilken behandling bør voksne med lett til moderat depresjon motta?
- Ved hvilke tilstander bør behandling med antidepressiver igangsettes?
- Hvilke prinsipper gjelder for oppstart med antidepressiver?
- Hva er indisert behandling ved moderat til alvorlig depresjon?
- Hva er indisert behandling ved tilbakevendende depresjon?
- Hva er indisert behandling ved dystymi og kronisk depresjon?
- Ved hvilke tilstander anbefales bruk av ECT?
- Hvilke forhold bør tas i betraktning ved behandling av depresjon hos eldre?
- Hvilke forhold bør tas i betraktning ved behandling av depresjon hos personer med psykisk utviklingshemning?
- Hvilke forhold bør tas i betraktning ved behandling av svangerskaps- og barseldepresjon?
- Hvilke forhold bør tas i betraktning for å ivareta barn av foreldre med depressive lidelser?

Leseveiledning

Kapittel 1 innleder til temaet depresjon og omtaler metoden som er brukt ved utarbeidelse av retningslinjen. I kapittel 2 gis generelle prinsipper for god behandlingspraksis. Kapittel 3 handler om kartlegging og diagnostisering. Mange av verktøyene er tilgjengelige på helsebibliotekets hjemmesider. Verktøyene som anbefales er også oppsummert i et vedlegg til retningslinjen. Kapittel 4 gir *generelle* anbefalinger ved behandling av depresjon, mens de *spesifikke* anbefalingene for behandling av underkategorier av depresjon fremkommer i kapittel 5, 6, 7 og 8. De overordnede anbefalingene er oppsummert i slutten av hvert kapittel. Elektrokonvulsiv behandling og opphold i døgnavdeling redegjøres for i kapittel 9 og 10, mens særskilte pasientgrupper omtales i kapittel 12. I kapittel 13 gis anbefalinger vedrørende barn av foreldre med depressive lidelser.

For å tilgjengeliggjøre relevant informasjon har retningslinjens elektroniske versjon aktive lenker. Nettadresser finnes også i referanselisten.

Kjennetegn ved depresjon

Depresjon er en bred og heterogen diagnosegruppe, der sentrale symptomer er senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi. Andre vanlige symptomer er:

- redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
- redusert selvfølelse og selvtillit
- skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse
- negative og pessimistiske tanker om fremtiden
- tretthet, initiativløshet og beslutningsvegring
- tanker og planer om selvmord
- søvnforstyrrelser
- redusert eller økt appetitt
- angst
- psykomotorisk retardasjon eller agitasjon

Depresjon preges av nedstemthet og angst, men samtidig av manglende emosjonell reaktivitet, ofte også rent fysiologisk, med lokk på både positive og negative følelser, glede så vel som sorg². En alvorlig deprimert person beskriver ofte seg selv som følelsesmessig tom og flat, og sier at ingenting betyr noe lenger. Negativ tenkning dominerer – tendensen til automatisk å tenke negativt, selvkritisk og pessimistisk, til å gruble over

tilkortkomning og nederlag, og til å huske det negative på bekostning av positive minner. Passivitet og ubesluttsomhet er sentrale symptomer, likeså kroppslige reaksjoner i form av smerter og ubehag. Se for øvrig kapittel 3 om utredning og diagnostisering.

Omfang og omkostninger

Omfanget av depressive lidelser i befolkningen er meget stort. En norsk undersøkelse³ fant at 7,3 prosent av befolkningen i Oslo vil ha en depressiv episode i løpet av en periode på ett år. Livstidsprevalensen var 17,8 prosent. En annen undersøkelse i Oslo⁴ fant tilsvarende at 7 prosent vil ha en klinisk depresjon i løpet av en måned. Begge studiene fant klart mest depresjon blant kvinner – ca. 10 prosent for kvinner og 4 prosent for menn. En studie som sammenliknet psykisk helse i Oslo og Lofoten⁵ fant få forskjeller i forekomst, mens en tilsvarende undersøkelse fant en lavere forekomst av depresjon i Sogn og Fjordane enn i Oslo⁶. En gjennomgang av europeiske epidemiologiske studier konkluderte med at i snitt vil hvert femte menneske i løpet av livet rammes av en depresjon⁷. Forekomsten av milde og moderate depresjoner har økt i annen del av det 20. århundre⁸. En norsk

studie fant imidlertid ingen økning i depresjon mellom 1990 og 2001. Hyppigheten hadde gått noe ned for kvinner og var økende for menn⁹.

Depresjon er i stor grad en tilbakevendende lidelse¹⁰⁻¹⁴. Beregninger tyder på at de som rammes i snitt vil oppleve fire episoder med depresjon i løpet av sitt liv¹⁵. En undersøkelse av personer som har gjennomført behandling for depresjon i psykisk helsevern, viste at to tredeler opplevde ny depresjon i løpet av en tiårs periode¹⁶. Studier i primærhelsetjenesten viser at det også her er mer vanlig enn uvanlig med tilbakevendende perioder med depresjon¹⁷. I en studie fremkom det at en stor gruppe hadde tilbrakt en femtedel av sitt liv i en deprimert tilstand.

Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår^{18;19}. Nyere analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli den ledende lidelse i den vestlige del av verden²⁰⁻²². En norsk studie viste at depresjon er en sterk risikofaktor for å falle ut av inntektsgivende arbeid i kortere eller lengre tid, og en viktig medvirkende faktor for

uførhet²³. Det er altså ikke bare store personlige lidelser, men også store økonomiske og samfunnsmessige omkostninger ved depresjon, først og fremst i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter²⁴⁻²⁸.

I tillegg kommer utgifter til behandling av depresjon, som i Norge er anslått til 1,5 milliarder kroner i året²⁹. Depresjon er etter koronare hjertelidelser den lidelsen der forebygging trolig vil ha størst effekt på folkehelsen målt i samfunnets sykdomsbyrde³⁰.

Mange deprimerte får ingen behandling

Det er anslått av tre firedeler av deprimerte personer ikke får behandling³⁰⁻³². Av dem som får behandling består denne hovedsakelig av medikasjon foreskrevet av allmennlege; i en undersøkelse i Oslo dreide dette seg om 31 prosent, mens bare noen få fikk psykoterapi²⁹.

Forebygging

Denne retningslinjen er i første rekke rettet mot individrettet behandling og tilbakefallsforebygging. Helsetjenestene vil imidlertid

også ha ansvar for både primært, sekundært og tertiært forebyggende arbeid. Det finnes metoder som tar sikte på sosial støtte for utsatte grupper og forebyggende tiltak rettet mot arbeidsmiljø, skolemiljø og nærmiljø. Eksempler er etablering av møtesteder for å fremme sosial integrasjon, tiltak for å styrke dårlig fungerende arbeidsmiljø og støttegrupper overfor personer som har vært utsatt for belastende livshendelser, som uventet dødsfall i nærmeste familie, seksuelle overgrep, skilsmisse eller alvorlig somatisk sykdom. Når det gjelder eldre har gruppeaktiviteter for å motvirke ensomhet og passivitet vist seg effektivt i forebygging av depresjon³⁰. I en videre samfunnsmessig sammenheng inkluderer forebygging av depresjon tiltak mot bakenforliggende sosiale årsaksfaktorer, som økonomiske problemer, arbeidsledighet, dårlig skole- og arbeidsmiljø, dårlig bomiljø, sosial isolasjon og utfordringer knyttet til innvandring og integrasjon³³.

Retningslinjen skal sikre kvaliteten på helsetjenestene

Denne retningslinjen skal bidra til god kvalitet i helsetjenestene for pasienter med depresjon. Målet er best mulig utnyttelse av kunnskap og erfaring og at ny kunnskap tas

i bruk. Ifølge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015) «... og bedre skal det bli!»³⁴ innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Retningslinjens overordnede mål er å bidra til:

- økt oppdagelse og riktig diagnostisering av depressive tilstander
- økt vektlegging av assistert selvhjelp («guided self-help») og sosiale og yrkesrettede tiltak i behandlingen ved depressive tilstander
- styrket evidensbasert psykologisk praksis i behandling av depresjon
- rett bruk av medikamentell behandling ved depressive tilstander

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten



Metode ved utarbeidelse av retningslinjen

Retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten er utarbeidet i tråd med Helsedirektoratets veileder for retningslinjearbeid: «Retningslinjer for Retningslinjer»³⁵ samt det internasjonale instrumentet for vurdering av retningslinjearbeid AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation). Arbeidsgruppen som utarbeidet retningslinjen var sammensatt av relevante faggrupper. Retningslinjen ble sendt til utprøving på to distriktpsikiatriske sentre (DPS) og hos en gruppe fastleger, og Helsedirektoratet gjennomførte en bred ekstern høring.

Arbeidsgruppen

For å bistå Helsedirektoratet i arbeidet med å utvikle retningslinjen, ble det i 2005 nedsatt en arbeidsgruppe. Leder for arbeidsgruppen har vært spesialist i klinisk psykologi Torkil Berge, Forsknings- og fagutviklingskoordinator ved Distriktpsikiatriske senter Vinderen, Diakonhjemmet sykehus, Oslo.

Andre medlemmer i arbeidsgruppen (i alfabetisk rekkefølge):

- Magnhild Berge. Seksjonssjef, cand. med., Statens legemiddelverk
- Hilde Beate Gudim. Spesialist i allmennmedisin og fastlege i Bærum kommune
- Sigurd Hortemo. Spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, overlege Statens legemiddelverk (vikar for Magnhild Berge)
- Ulrik Fredrik Malt. Spesialist i psykiatri, avdelingssjef, professor dr.med. Avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin Nevroklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo
- Hans M Nordahl. Spesialist i klinisk psykologi, klinikkleder og professor dr. philos. ved psykologiske poliklinikker, Psykologisk institutt, Norges Teknisk Naturvitenskapelig Universitet, Trondheim

- Nina Aarhus Smeby. PhD, psykiatrisk sykepleier og forskningsleder i sykepleie. Kompetansesenter for klinisk forskning, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- Knut Stubben. Brukerrepresentant, Mental Helse Norge
- Catharina Elisabeth Arfwedson Wang. Førsteamanuensis, dr. psychol. Institutt for Psykologi, Universitetet i Tromsø.
- Trond F. Aarre. Spesialist i psykiatri og avdelingssjef Nordfjord psykiatrisenter, Helse Førde HF

Arbeidsgruppens medlemmer har oppgitt opplysninger vedrørende mulige interessekonflikter og er vurdert som habile.

Enkeltpersoner har også bidratt med tekst. Dette gjelder spesialist i psykiatri, professor dr. med. Egil W. Martinsen i avsnittet om fysisk aktivitet, spesialist i psykiatri, professor dr. med. Erik Falkum i avsnittet om yrkesrettede tiltak og psykologspesialist Jarle Eknes i avsnittet om depresjon hos personer med psykisk utviklingshemning.

Implementering

Retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten distribueres til tjenesteutøvere. Retningslinjen

tilgjengeliggjøres også i elektronisk form på www.helsedirektoratet.no. Den elektroniske versjonen inneholder aktive lenker til aktuelle nettsteder, kartleggingsverktøy, lover og forskrifter. Det vil også utarbeides en kortversjon samt en bruker- og pårørendeversjon av retningslinjen.

De regionale helseforetakene skal i henhold til oppdragsdokument 2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet iverksette tiltak for å implementere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere i helseforetakene.

Resultatmål ved fagrevisjon

Ved en eventuell evaluering av hvorvidt retningslinjen følges i praksis, kan følgende anbefalinger være aktuelle som resultatmål:

Systematisk evaluering av behandlingen:

Alle som gir behandling til mennesker med depresjon, bør jevnlig sjekke ut om pasienten faktisk blir bedre, både ved å drøfte dette med pasienten og ved gjentatt bruk av strukturerte spørreskjemaer underveis i behandlingen.

Anbefalt behandling ved lett til moderat depresjon: Førstevalg av tiltak ved milde former for depresjon skal normalt være

rådgivning og anerkjent, strukturert psykologisk behandling^a. Antidepressiver anbefales her ikke som initial behandlingsform. Antidepressiver bør vurderes når depresjonen ikke responderer på ikke-medikamentelle tiltak og pasienten er motivert for medikamentell behandling, og hos pasienter som tidligere har hatt moderate og alvorlige depresjoner.

Kunnskapsgrunnlaget

Anbefalingene i retningslinjen bygger på systematisk gjennomgang og kvalitetsvurdering av relevant litteratur samt arbeidsgruppens vurderinger. Det har vært foretatt systematiske sammenfatninger av nyere vitenskapelige forskningsresultater og kliniske erfaringer, med gjennomgang av databaser som MEDLINE, PsycINFO, EMBASE og The Cochrane Library ut fra relevante søktermer. Sammenfatningene er også basert på to tidligere norske retningslinjer^{1,36}, kliniske retningslinjer utarbeidet av National Institute of Clinical Excellence²⁷, oppdatert høringsversjon i England³⁷, og tilsvarende retningslinjer utarbeidet i Sverige⁷ og Danmark³⁸. De oppsummerende anbefalingene som gis mot slutten av hvert kapittel i retningslinjen er gradert ut fra evidensnivå (se tabell 1).

a. Begrepet «[strukturert psykologisk behandling](#)» defineres i kapittel 4 under avsnittet med samme navn.

Helsedirektoratet vil innkalle aktuelle fagpersoner for å vurdere behovet for oppdatering av retningslinjen. Eventuelle endringer vil gjøres i den elektroniske versjonen av retningslinjen.

Gradering av kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene

Tabell 1. Graderingsskjema for evidenshierarki og anbefalinger^b

Evidenstype	Evidensnivå	Gradering av anbefaling
Minst to randomiserte kontrollerte studier eller metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier	Evidensnivå 1	A
Minst én kontrollert og godt utformet studie, men uten randomisering	Evidensnivå 2	B
Ikke-eksperimentelle, godt utformede deskriptive studier, som komparative studier, korrelasjonsstudier og kasusstudier	Evidensnivå 3	
Ekspertvurdering, i form av komitérapporter eller oversiktsartikler, men uten kliniske studier av god kvalitet med direkte relevans for anbefalingen	Evidensnivå 4	C
Kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra ekspertkomiteer og/eller klinisk ekspertise	Anbefalt god praksis fra arbeidsgruppen	GP

b. Graderingssystemet er en tilpasset versjon av det som benyttes i NICE Clinical Guidelines 23 Management of depression in primary and secondary care (27). Arbeidsgruppen valgte å heve kravene til evidensnivå A fra ett til minst to randomiserte kontrollerte studier.

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

Graderingen er ikke knyttet til betydningen av en bestemt anbefaling, men til hvilken form for evidens den er basert på. Vi vil her understreke at det finnes klare begrensninger ved evidensbasen. Mangel på studier som kan si noe om de ulike intervensjonenes virkning på lang sikt utgjør den største begrensningen. Det er også mangel på kontrollerte naturalistiske behandlingsstudier, rettet mot behandlingen slik den faktisk finner sted i helsetjenestene. Vi har dessuten for lite kunnskap om behandlingsresultater ved alvorlig depresjon.

I retningslinjen har resultater fra randomiserte kontrollerte studier en sentral plass. Samtidig er det viktig å understreke at det i klinisk forskning anvendes en rekke ulike metoder, som kasusstudier og brukerundersøkelser. Alle disse tilnærmingene er verdifulle. Ved sine ulike sterke sider utfyller de hverandre. En styrke ved randomiserte kontrollerte undersøkelser er at man har styring over observasjonsbetingelsene og et sikrere grunnlag for å trekke konklusjoner av resultatene. En svakhet kan i noen tilfeller være overføringsverdien til vanlig klinisk praksis. Mange av studiene, men på langt nær alle, har form av korttidsbehandling av nøye utvalgte pasientgrupper³⁹. Et

eksempel er å inkludere personer som utelukkende har en depressiv lidelse. I den kliniske hverdagen, og da særlig i spesialisthelsetjenesten, vil pasientene typisk ha flere former for psykiske lidelser samtidig, gjerne i kombinasjon med andre belastninger som sosiale problemer, rusmiddelproblemer, somatisk sykdom eller kroppslige smerter. Slike problemer forsterker de psykiske plagene. Dette kan igjen få følger for hvilke standarder som er realistiske med hensyn til behandlingens omfang og varighet. Behandling av pasienter med sammensatte problemer kan for eksempel kreve lengre tid enn ved mindre komplekse tilstander. Et viktig satsingsområde for behandlingsforskning er derfor også naturalistiske studier rettet mot alle pasientgrupper som behandlere møter i sin kliniske hverdag. Like viktig er studier av samhandlingen og samarbeidet mellom behandler og pasient, og eventuelt også de pårørende.

Fleksibel tilrettelegging

Retningslinjen gir anbefalinger, men konkrete tiltak bør tilpasses den enkelte pasient. En depressiv lidelse kan berøre alle sider ved det å være menneske: både biologiske, psykiske, eksistensielle, sosiale, samfunnsmessige og kulturelle forhold inngår i et

gjensidig samspill. Ved å ha flere forståelsesmåter tilgjengelig, øker muligheten for fleksibel tilrettelegging av tiltak tilpasset det særegne ved den enkeltes situasjon. God behandling vil ofte kreve kombinasjoner av flere faglige tilnærminger. Dette innebærer et nært samarbeid mellom helseprofesjonene, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom helsetjenesten og andre offentlige tjenestetilbud, som arbeids- og velferdsetaten og sosialtjenesten.

Rettslig grunnlag for behandlingen

Hovedregelen er at helsehjelp for både somatiske og psykiske lidelser ytes på bakgrunn av pasientens samtykke ([pasientrettighetslovens⁴⁰ § 4-1](#)). Et unntak for psykiske lidelser er tvungent psykisk helsevern, for pasienter med en «alvorlig sinnslidelse» ([psykisk helsevernloven⁴¹ § 3-3](#) første ledd nr. 3; se også tilleggsvilkårene i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a og b). Frivillig psykisk helsevern må enten være forsøkt eller det må anses som åpenbart formålsløst å forsøke dette (§ 3-3 første ledd nr. 1). Det må dessuten foretas en rimelighets- og hensiktsmessighetsvurdering (§ 3-3 første ledd nr. 6).

Prinsipper for god behandlingspraksis



KAPITTEL 2



Samarbeid og medvirkning

Brukernes behov skal legges til grunn for hvilke tjenester som gis, og hvordan de utformes. Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen ([pasientrettighetsloven⁴⁰ § 3-1](#)). Dette inkluderer medvirkning ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det skal gis informasjon om depresjon, ulike behandlingsalternativer og tjenestetilbud og behandlers vurderinger og forslag. Tiltak skal bygge opp under og utvikle pasientens opplevelse av mestring. Helsetjenestene skal legge til rette for at den enkelte skal kunne ta i bruk egne ressurser for å mestre tilværelsen^{42;43}.

Pasientene må kjenne seg respektert og ivaretatt, og kunne medvirke aktivt i sin egen behandling. En skal benytte behandlingsmetoder som sikrer innhenting av pasientens erfaringer og dennes medvirkning. Pasientens erfaringer og ønsker skal være sentrale i alle deler av prosessen; i vurdering, utredning, planlegging, gjennomføring og avslutning av behandlingen. Helsepersonell som ofte oppnår gode resultater, beskrives gjerne av pasienter som varme, oppmerksomme, forståelsesfulle,

erfarne og aktive. Behandlerens faktiske kompetanse i metodene som benyttes har vesentlig betydning for resultatet. Det å inngi håp og mestringstro er sentralt i behandling av depresjon. Søkelyset bør derfor også rettes mot pasientens sterke sider og egenskaper, og ressurser og muligheter i pasientens nærmiljø. Det står mer om samarbeidet mellom behandler og pasient i avsnittet «[Den terapeutiske alliansen](#)» i kapittel 4.

Informasjon til pasient og pårørende

Det er viktig å gi informasjon for å fremme forståelse og samarbeid mellom pasienter, pårørende og helsepersonell. Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (jf. [pasientrettighetsloven](#)⁴⁰ § 3–2). Pasienten skal få generell kunnskap om depresjon og informeres om tilstanden, forløpet og behandlingen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger ved bruk av medikamenter. Informasjonen bør inngå i en dialog med pasienten der det gis rom for spørsmål og oppklaring, og må tilpasses den enkeltes situasjon og muligheter for å ta imot den. Viktig muntlig informasjon bør understøttes av skriftlig materiale. Denne informasjonen

bør være egnet, pålitelig og produktnøytral. Der det er praktisk gjennomførbart, bør tjenester kunne tilby skriftlig materiale på pasientens eget språk^c.

De pårørendes behov for informasjon bør drøftes med pasienten. Se også «[Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester](#)»⁴⁴. Helsepersonell bør tilstrebe bruk av vanlig dagligtale. Dersom ord fra psykologisk og medisinsk fagspråk brukes, bør disse forklares.

Pasienter, deres pårørende og omsorgspersoner bør gjøres oppmerksom på selvhjelpsgrupper, støttegrupper og lærings- og mestringssentre. Slike tilbud opplever mange at er til god hjelp. Helsetjenesten bør samle informasjon om lokale selvhjelpsgrupper som behandlere kan henvise til. Selvhjelpsforum har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp (www.selvhjelp.no) som gir informasjon om selvhjelp til brukere, pårørende og helsepersonell. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (www.mestring.no) har blant annet oversikt over tilbud ved de forskjellige lærings- og mestringssentrene i Norge.

c. Helsedirektoratet har gitt ut enkle brosjyrer om de vanligste psykiske lidelsene og om hjelpetilbudet på 17 ulike språk. Se www.helsedirektoratet.no/psykisk

Kultursensitive tjenester

Norge er et flerkulturelt samfunn, og det er viktig å legge opp til gode og kulturelt sensitive helsetjenester med en ikke-diskriminerende praksis. Det er behov for et systematisk minoritetsperspektiv i alle ledd i helsetjenesten^{45;46}. Et slikt perspektiv innebærer kunnskap om:

- vanlige reaksjoner på migrasjonsprosessen
- særskilte helseproblemer, som kroniske smerter etter traumer
- hvordan arbeide med tolk
- at medisinerer kan ha ulik effekt avhengig av etnisk opprinnelse
- ulike typer av sykdomsforståelser
- at minoritetspasienter kan ha en annen hjelpesøkende atferd enn pasienter fra majoritetsbefolkningen

Det kan være behov for å informere om og organisere tjenestene på en annen og mer fleksibel måte for at de skal bli tilgjengelige. Det kan også være behov for kunnskap om hvordan nyttiggjøre seg ressurser i familien og i nettverket for øvrig og om flerkulturelt familie- og nettverksarbeid. Enkelte brukerorganisasjoner, for eksempel Mental Helse Norge www.mentalhelse.no/, har etablert flerkulturelle lag, som kan kontaktes. Det er

flere miljøer som arbeider med minoritetshelse/flyktningshelse og som kan bistå helsetjenestene med kompetanse. Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) www.nkvts.no/ har forskning knyttet til flyktningshelse og traumatiserte flyktninger som et av senterets kjerneområder, og de fem regionale ressurs-sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal bidra til kompetanseoppbygging i tjenesteapparatet gjennom opplæring, kurs og veiledning (www.rvts.no/). I tillegg er Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) www.nakmi.no en sentral kilde til informasjon og veiledning i minoritetshelse.

Nyttige lenker til oppdatert faglig kunnskap

Helsepersonell har tilgang til oppdatert og kvalitetssikret faglig kunnskap. Helsebiblioteket er en offentlig elektronisk formidlingskanal for slik kunnskap: www.helsebiblioteket.no. I den elektroniske utgaven av retningslinjen er det lagt lenker til Helsebiblioteket samt til andre nettsteder med tips om nyttige verktøy og informasjon for klinisk praksis. Lenker til sentrale nettsteder er også oppsummert i et vedlegg til retningslinjen.

Utredning og diagnostikk



KAPITTEL 3



I dette kapitlet omtales kartlegging og diagnostisering av depresjon. Mange av de anbefalte verktøyene er tilgjengelige gjennom Helsebibliotekets hjemmesider. Til sist i kapitlet oppsummeres overordnede anbefalinger.

God behandling forutsetter grundig utredning av pasienten og dennes livssituasjon. Omtrent halvparten av alle som er deprimerte, går ikke til lege for dette, og mange i den gruppen som faktisk går til lege, kan presentere somatiske heller enn psykiske plager, noe som gjør diagnostiseringen vanskeligere²⁷. Studier viser at man i primærhelsetjenesten ofte overser depresjon^{47;48}. Systematisk kartlegging er derfor viktig, gjennom klinisk intervju og den gode kliniske samtalen, som gjerne kombineres med bruk av kartleggings skjema. Ved mistanke om depresjon bør følgende områder ved pasienten og dennes livssituasjon kartlegges:

- fysiske, psykiske, sosiale og materielle vansker og behov
- tidligere og nåværende somatiske og psykiske lidelser
- psykiske lidelser i familien
- selvmordsfare
- bruk av rusmidler

- barndoms- og oppvekstforhold
- negative livshendelser
- mellommenneskelige problemer

Beskrivelsen av sykdomsforløpet skal gi informasjon om debut og sammenheng med eventuelle utløsende faktorer. Depresjon er ofte en tilbakevendende lidelse, og det er viktig å få oversikt over tidligere episoder, og erfaringer fra disse som kan være nyttige i arbeidet med problemene, for eksempel pasientens utbytte av tidligere behandling.

Et godt utgangspunkt for identifisering av depresjon omfatter minst to spørsmål som gjelder humør og interesser: «Har du de siste par uker kjent deg nedfor, deprimert og ofte følt at alt var håpløst?» og «Har du de siste par uker ofte følt at du ikke interesserer deg for eller gleder deg over det du gjør?»^{27;49}. Svarer pasienten ja til et av spørsmålene, kan en følge opp med å spørre om han eller hun ønsker hjelp for disse problemene.

Utredningen bør gi et bilde av pasientens personlige ressurser. Man kan spørre: «Hva er dine sterke sider? Hva ville de som kjenner deg godt trekke frem som dine beste egenskaper?» Når du har lyktes å

overkomme problemer før, hva gjorde du og hvilke sider av deg viste seg å være viktige?» Stikkord er evne til omsorg, medfølelse og vennlighet; nysgjerrighet og lærelyst; intelligens og kreativitet; håp og tålmodighet; flittighet og utholdenhet; integritet og mot; hardførhet og selvkontroll; takknemlighet og beskjedenhet; tilgivelse og forsoning; humor og spiritualitet^{50;51}. Slike positive kvalifikasjoner kan være uvurderlige i arbeidet med depresjon og livsproblemer. Dessuten bør man utforske muligheter for støtte fra pårørende, venner og arbeidskolleger. Det å oppleve å ha tilgang til en person man kan ha tillit til, og betro seg til, synes særlig viktig⁵². Den som foretar utredningen skal også spørre om pasienten har barn og om barna har spesielle behov nå som må ivaretas (se også kapittel 13).

Mulighetene for å avdekke depresjon er knyttet til kvaliteten på pasient–behandlerrelasjonen. Leger i primærhelsetjenesten som stiller spørsmål med sosialt og psykologisk innhold, bruker åpne spørsmål, har øyekontakt med pasienten og unngår å avbryte, oppdager flere pasienter med depresjon⁵³.

Diagnostisering av depresjon

I diagnosemanualen [International Classification of Diseases \(ICD-10\)](#)⁵⁴ deles klinisk depresjon inn i mild depressiv episode (fire symptomer), moderat depressiv episode (fem til seks symptomer) og alvorlig depressiv episode (syv eller flere symptomer, med eller uten psykotiske symptomer). Symptomene bør være til stede i to uker eller mer, og hvert symptom bør være til stede mesteparten av dagen.

Grenseverdiene i diagnostiseringen, for eksempel varighet og antall symptomer, baserer seg på konsensus og ikke på empirisk evidens. Grensene mellom depresjon og ikke-depresjon vil nødvendigvis være noe tilfeldig^{55;56}. Det er dessuten tvilsomt om alvorlighetsgraden av depresjon kan fastsettes ved å telle symptomer på denne måten. Behandleren bør i tillegg kartlegge pasientens situasjon og graden av funksjonstap.

Diagnostiske verktøy

Som et supplement til det kliniske intervjuet anbefales bruk av standardiserte hjelpemidler for vurdering av depresjonsdybde, og som hjelpemiddel til å følge opp en behandling. Eksempler er Montgomery-

Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)⁵⁷ og Becks depresjonsinventorium-II⁵⁸, og hos eldre Geriatric Depression Scale⁵⁹. Disse måleinstrumentene er også nyttige som evaluering underveis, for å få innblikk i endringer av symptomer og i funksjonsnivå, og for å justere behandlingen. WHO-5⁶⁰ er et anvendelig instrument for å identifisere depresjon i primærhelsetjenesten. Hospital Anxiety and Depression rating scale (HAD)⁶¹, som er spesielt tilrettelagt for bruk ved samtidig somatisk sykdom, anvendes også av mange primærleger. HAD kan være et nyttig verktøy, men man må være klar over at en høyere skåre for angst enn depresjon ikke kan forstås dit hen at det foreligger en angstlidelse og ikke en depressiv lidelse. Ved mange depresjoner kan angst være det mest fremtredende symptomet, ikke minst ved depresjoner av bipolar type. Høy skåre på HAD kan ikke brukes diagnostisk, da en slik skåre kan ses ved ulike typer psykiske lidelser uten at det behøver å foreligge en depresjon i diagnostisk forstand. På [Helsebibliotekets hjemmesider](#) finnes lenker til norskspråklige skåringsverktøy som fagfolk fritt kan skrive ut og bruke.

I spesialisthelsetjenesten bør en vurdere å supplere klinisk intervju og graderingsskala

med et semistrukturert intervju, som Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders with Psychotic Symptoms included⁶² eller Mini International Neuropsychiatric Interview⁶³. Førstnevnte er tidkrevende og krever spesialopplæring for å oppnå reliabilitet og validitet. MINI-intervjuguiden er lettere å bruke, og anbefales i krav til utredning og diagnostikk av symptomlidelser i Helsedirektoratets⁴² veileder for distriktpspsykiatriske sentre.

Samtidige lidelser

Depresjon kan ofte forekomme samtidig med angst, kroniske smerter, søvnproblemer, rusmiddelproblemer og en rekke somatiske lidelser; se egne avsnitt om disse tilstandene i kapittel 4. Depresjon kan også forekomme samtidig med personlighetsforstyrrelser og psykoselidelser. Fordi det er vanlig med komorbide lidelser ved depresjon^{64,65}, anbefales bruk av semistrukturerte kartleggingsinstrumenter i utredningen, som SCID-P og M.I.N.I.

Helsepersonell bør være oppmerksom på at depresjon kan være en direkte fysiologisk følge av somatisk sykdom, bivirkninger av medikamenter eller forårsaket av rusmidler. Det er derfor viktig at slike forhold utredes.

Eksempler på medikamenter som kan utløse depressive plager er betablokkere, glukokortikoider, cellegift og antipsykotiske midler.

Selvmondsrisiko

Selvmondsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. En vurdering av selvmordsrisiko er derfor både en vurdering av en person og en situasjon.

[Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#)⁶⁶ skiller

mellom *kartlegging* (identifisering) og *vurdering* av selvmordsrisiko. Helsepersonell bør alltid kartlegge hvorvidt det foreligger selvmordsrisiko hos mennesker med psykiske lidelser. Kartlegging innebærer å spørre om pasienten:

- har selvmordstanker og/eller selvmordsplaner
- har gjort selvmordsforsøk tidligere

Dersom kartleggingen gir mistanke om selvmordsrisiko, tilsier forsvarlighetskravet at det foretas en klinisk vurdering av selvmordsrisiko av helsepersonell som er utdannet til dette.

En slik vurdering forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorene for selvmord, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter. Oppfølgings-

tiltak settes i verk i tråd med graden av risiko, for eksempel i form av en støttende empatisk samtale, mobilisering av nettverk, medikamentell intervensjon eller innleggelse i psykisk helsevern.

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern gir forslag til prosedyrer for kartlegging, vurdering og tiltak⁶⁶.

Helsepersonell bør, for å forebygge selvmord, råde pasient og pårørende til å være oppmerksomme på endringer i stemningsleie, negative tenkemåter, følelser av håpløshet, mye angst og selvmordstanker. Dette gjelder spesielt i høyrisikoperioder som ved økt stress, konflikt i nære relasjoner, ved utskriving etter innleggelse i døgnenheter i psykisk helsevern og ved oppstart av og endringer i medisinerings. Pasienter og pårørende bør rådes til å ta kontakt med helsevesenet dersom de er bekymret, og informeres om hvilke muligheter som finnes lokalt på ulike tider av døgnet. Man bør her vurdere om pasientene har tilstrekkelig sosial støtte. Pårørende til pasienter i alvorlig selvmordskrise bør få tilbud om støtte til bearbeiding av egne reaksjoner eller problemer i etterkant.

Grupper med forhøyet risiko for å utvikle depresjon

Noen lidelser og tilstander øker risikoen for at pasienten utvikler depresjon. I slike pasientgrupper bør det foretas rutinemessig kartlegging («screening»), gjerne ved bruk av de to spørsmålene nevnt i anbefalinger for utredning og diagnostikk i dette kapitlet^{27;38}. Dette gjelder primær- og spesialisthelsetjenesten og somatisk- og psykisk helsevern. Grupper med forhøyet risiko for depresjon er:

- personer som tidligere har hatt behandlingstrengende depresjon
- personer med rusmiddelproblemer
- personer med somatiske lidelser som forårsaker funksjonstap
- personer med kroniske smerter
- personer med tapsopplevelser
- personer som har opplevd traumer, for eksempel seksuelle overgrep i barndommen eller i voksen alder
- personer med andre psykiske lidelser

Depresjon kan ha dyptgripende virkning på forløp og utfall av akutt og kronisk somatisk sykdom^{67;68}. For hjerte- og karsykdommer er det ved samtidig depresjon påvist økt funksjonstap og økt dødelighet^{69;70}. Depresjon er forbundet med økt somatisk sykkelighet og

svikt i etterlevelse av behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Depresjon er dessuten knyttet til andre risikofaktorer som røyking, bruk av rusmidler, usunt kosthold, lite mosjon og begrenset sosial støtte.

Dessverre er depresjon hos pasienter med samtidig somatisk sykdom både underdiagnostisert og underbehandlet^{7;37;38}. Av somatiske sykdommer som er blitt knyttet til økt risiko for depresjon kan nevnes:

- hjertesykdom^{71;72}
- hjerneslag⁷³⁻⁷⁵
- diabetes og andre stoffskiftesykdommer^{76;77}
- kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)^{78;79}
- kreft^{80;81}
- multippel sklerose^{82;83}
- HIV^{84;85}
- demens⁸⁶
- Parkinsons sykdom^{87;88}

Det anbefales også økt oppmerksomhet på muligheten for depresjon hos kvinner som er gravide eller nylig har født⁸⁹, hos flyktninger og asylsøkere, hos menn over 80 år^{27;38;90} og hos seksuelle minoriteter⁹¹⁻⁹³.

ANBEFALINGER

for utredning og diagnostikk


- Rutinemessig kartlegging for å identifisere depresjon bør rettes mot de risikogrupper som er beskrevet i dette kapitlet, da det kan bedre utfallet av depresjonen (B).
- Slik kartlegging bør omfatte minst to spørsmål som gjelder humør og interesser: «Har du de siste par uker kjent deg nedfor, deprimert og ofte følt at alt var håpløst?» og «Har du de siste par uker ofte følt at du ikke interesserer deg for eller gleder deg over det du gjør?» (B).
- Det anbefales bruk av de standardiserte hjelpemidlene MADRS eller BDI-II for vurdering av depresjonsnivå, og som hjelpemiddel til å følge opp en behandling (B).
- Depresjon kan være en direkte fysiologisk følge av somatisk sykdom, bivirkninger av medikamenter eller forårsaket av rusmidler. Slike forhold bør utredes (C).
- Man bør alltid spørre pasienter med depresjon om de har selvmordstanker. Når en pasient i primærhelsetjenesten vurderes å være akutt suicidal, skal han eller hun henvises til psykisk helsevern umiddelbart (C).
- Kartlegging av depresjon bør omfatte pasientens aktuelle situasjon og funksjons-

nivå, sosiale, yrkesmessige og materielle vansker, tidligere episoder med depresjon, psykiske lidelser i familien, somatiske lidelser, andre psykiske lidelser og rusmiddelproblemer samt pasientens personlige ressurser og støtte fra pårørende, venner og arbeidskolleger (C).

Generelt om behandling av depresjon



KAPITTEL 4



I dette kapitlet omtales behandling av depresjon generelt. I senere kapitler gis behandlingsanbefalinger for spesifikke depressive tilstander der det er tilstrekkelig evidensgrunnlag for dette.

Oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

God samhandling og samordning, med kontinuitet og sammenheng i behandlingen, er viktig. Dette forutsetter at fordelingen av ansvar og oppgaver er tydelig og kjent. En bør tilstrebe kontinuitet i behandlingsrelasjoner og felles forståelse av problemer, behandlingsbehov og behandlingsstrategier. Det anbefales at helsepersonell benytter allerede eksisterende samarbeidsfora samt avtaler individuelt samarbeid omkring den enkelte pasient. Rehabiliteringsperspektivet bør vektlegges sterkt, med tanke på pasientens fungering i utdanning, arbeid og sosialt liv.

Tabell 2 er et hjelpemiddel til raskt å vurdere pasientens alvorlighetsgrad og hvorvidt vedkommende kan motta behandling i primærhelsetjenesten, eller om symptomenes alvorlighetsgrad tilsier henvisning til psykisk helsevern.

Tabell 2.

Vurdering av depresjonens alvorlighetsgrad og hvor pasienten bør motta behandling

1.

Faktorer som tilsier rådgivning og oppfølging av symptomutviklingen i primærhelsetjenesten^d

- få av symptomene nevnt ovenfor
- ingen depresjon i pasientens eller familiens anamnese
- tilgjengelig sosial støtte
- periodisk tilbakevendende symptomer eller symptomer som har vart mindre enn to uker
- ingen selvmordsrisiko
- lite funksjonstap

Nøkkelsymptomer

- vedvarende tristhet eller nedstemthet, og/eller
- tap av evnen til å føle interesse for noe eller glede seg
- tretthet og redusert energi

Dersom minst ett av disse symptomene er til stede de fleste dager, mesteparten av tiden, i minst to uker, spør om relaterte symptomer.

2.

Faktorer som tilsier aktiv behandling i primærhelsetjenesten

- fem symptomer eller flere
- depresjon i pasientens eller familiens anamnese
- lite sosial støtte
- selvmordstanker
- funksjonstap

d. Hvis pasienter med mild depresjon ikke ønsker behandling, eller behandlerens vurdering er at pasienten kan komme seg uten behandling, bør man fastsette et nytt tidspunkt for vurdering av symptomutviklingen, vanligvis innen to uker.

Relaterte symptomer

- søvnforstyrrelser
- dårlig konsentrasjon
- initiativløshet og ubesluttsomhet
- lav selvtillit, skyldfølelse, selvbebreidelser og pessimisme
- dårlig eller økt appetitt
- selvmordstanker eller selvmordshandlinger
- uro eller psykomotorisk retardasjon

Spør deretter om pasientens og familiens anamnese, funksjonstap og tilgjengelig sosial støtte.

3.**Faktorer som tilsier henvisning til spesialisthelsetjenesten**

- dårlig eller ufullstendig utbytte av behandling
- tilbakefallsepisode innen ett år
- selvmordsrisiko
- pasientens uttrykkelige ønske om henvisning
- nedsatt evne til egenomsorg

4.**Faktorer som tilsier hastehenvisning til akutt psykisk helsevern**

- selvmordsplaner
- psykotiske symptomer
- sterk uro samtidig med en rekke alvorlige symptomer
- alvorlig nedsatt evne til egenomsorg

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

Når en pasient følges opp både av primær- og spesialisthelsetjenesten, bør det foreligge klare avtaler om fordeling av ansvar for oppfølging og behandling. Behandlingsplanen utarbeides i samarbeid med pasienten.

Gjennom løpende og aktivt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i diagnostisering og behandling («shared care» eller «collaborative care») kan en øke kvaliteten på tilbudet i primærhelsetjenesten^{7;38;94;95}. Dette gjelder muligheten for klinisk veiledning i alle faser i behandlingen og nært samarbeid med spesialist i psykiatri/psykologi i behandling av pasienter med komplekse problemer. Stikkord er telefon- eller telematikk-rådgivning, mulighet for akutte spesialistvurderinger, samtidighet i behandlingen, felles utforming av individuell plan, praksiskonsulentordninger, faste besøksdager for pasientbehandling, faste veiledningsmøter, bruk av tverrfaglige koordineringsutvalg og ambulante tjenester.

Individuell plan

Individuell plan er et viktig virkemiddel for brukermedvirkning og bidrar til at ulike tjenester blir koordinert og vurdert i sam-

menheng⁴³. På Helsedirektoratets hjemmeside finnes blant annet [Veileder til forskrift om individuell plan](#)⁹⁶ og tipsheftet «[Gjør det så enkelt som mulig](#)»⁹⁷. Planen skal ta utgangspunkt i brukerens egne mål og behov.

For pasienter som kan bli behandlet under tvungent psykisk helsevern, for eksempel ved tilbakevendende psykotisk depresjon, bør den individuelle planen inneholde en kriseplan for hvilken bistand som er ønskelig i kritiske situasjoner og i perioder pasienten ikke er i stand til å medvirke. Kriseplanen, som ikke er juridisk bindende, utformes i nært samarbeid med pasienten og eventuelt dennes pårørende. Viktige temaer her kan være hvordan primær- og spesialisthelsetjenesten skal samhandle og hvordan helsepersonell kan forholde seg til de pårørende i en krisesituasjon. Når pasienten har mindreårige barn, bør kriseplanen innbefatte ivaretagelse av barna.

Pasientens foretrukne behandling

Det finnes flere behandlingsmetoder som kan være like effektive for deprimerte pasienter. Dette gjelder særlig for pasienter med mild og moderat depresjon, og som ikke anses som i stor risiko for selvmord. Man skal ta hensyn til pasientens egne

ønsker når behandlingsmetode skal velges ([pasientrettighetsloven⁴⁰ § 3-1](#)). Det skal også legges vekt på resultater fra tidligere behandling.

Yrkesrettede tiltak

I kombinasjon med behandling vil mange ha behov for yrkesrettede tiltak for å holde seg i arbeid eller vende tilbake til sin jobb. Yrkesrollen er en viktig kilde til sosial identitet. Arbeid kan motvirke depresjon ved å sikre inntekt og økonomisk selvstendighet og ved å strukturere hverdagen. Dessuten gir en god arbeidsarena personen opplevelse av mestring og kompetanse og sikrer kontakten med andre. Dermed styrkes også opplevelsen av sosial identitet og personlig verdi. Omvendt vil en dårlig arbeidsarena kunne medføre betydelig stress og bidra til utvikling eller opprettholdelse av depresjon⁹⁸⁻¹⁰¹.

Sykemelding, med vekt på fravær og hvile, er et ofte brukt tiltak ved sykdom. Ved depresjon og ved angstlidelser er imidlertid nærvær og aktivitet gjerne viktig, fordi det bidrar til en strukturert hverdag og gir mindre rom for passivitet, ensomhet og depressiv grubling. Langvarig fravær fra arbeidsplassen reduserer sannsynligheten for at man vender tilbake til arbeidet. Løpende kontakt

og samarbeid mellom helsevesen, arbeidssted og NAV (trygdekontor, arbeidskontor og sosialkontor) er vesentlig for å gjøre fraværet så kort som mulig. Mennesker med psykiske lidelser strever vanligvis med skyldfølelse over å ikke strekke til, og trenger å bli møtt med respekt, varme, empati, tydelighet og åpenhet. God tilrettelegging av arbeidsbetingelsene, for kortere eller lengre perioder, hjelper personen til både å stå i arbeid og komme raskere tilbake etter sykemelding. Gradert sykemelding eller avventende sykemelding kan være et viktig virkemiddel her. Opplysninger om oppfølging av sykmeldte finnes på www.nav.no og www.arbeidstilsynet.no^e.

For mange pasienter vil det å delta i en strukturert aktivitet ha stor verdi for livskvalitet og fungering, uavhengig om de er i stand til å vende tilbake til arbeidslivet eller ikke. Det er viktig at helsepersonell holder seg orientert om de ulike former for aktivitets- og arbeidstilbud som NAV tilbyr.

En konfliktpreget arbeidsplass svekker ansattes opplevelse av støtte og bekreftelse fra ledere og kolleger. Det er viktig å rette oppmerksomheten mot slike forhold, eventuelt trekke pårørende eller kolleger

e. Andre nyttige nettsteder som gir informasjon om arbeid og psykisk helse er: www.helsedir.no/psykisk og www.nav.no/psykiskhelse

inn i trekantsamtaler med pasienten. Slike samtaler kan avklare og løse konflikter og belyse om pasientens depressive tenkning bidrar til feilvurdering av problemer i jobben. Tilrettelegging av arbeidsbetingelsene kan avtales i slike samtaler, rettet mot å tilpasse kravene som stilles til pasienten og øke opplevelsen av kontroll og støtte. Kontakt med pårørende og kolleger på arbeidsplassen er særlig viktig ved kronisk og tilbakevendende depresjon. Forutsetningen er selvsagt at pasienten ser betydningen av kontakten og aksepterer at den opprettes.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktive mennesker har redusert sannsynlighet for å utvikle depresjon sammenlignet med fysisk inaktive^{102;103}. Regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive symptomer ved lett til moderat depresjon^{104–107}. Fysisk aktivitet kan også være nyttig som et tillegg i behandling av pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på antidepressive medikamenter¹⁰⁸. For de fleste pasienter er det ukomplisert å kombinere fysisk aktivitet og medikamentell behandling, men ingen studier har vist at slik kombinasjonsbehandling er mer effektivt

enn de enkelte behandlingsmetodene hver for seg.

Fysisk aktivitet tilsvarende de vanlige helseanbefalinger (en halv times aktivitet de fleste av ukens dager med en intensitet tilsvarende en rask spasertur), har antidepressiv effekt, mens energiforbruk på halvparten av dette ikke er sikkert bedre enn placebo¹⁰⁹. Ulike former for fysisk aktivitet, som gange, jogging eller trening med vekter, ser ut til å ha likeverdig effekt. Det viktigste er ikke hvordan en trener, men at en er i aktivitet og bruker kroppen regelmessig. Den mulige effekten kan skyldes biologiske mekanismer, opplevelse av mestring og distraksjon fra depressive tanker og følelser, og den sosiale sammenhengen treningen inngår i.

Pasienter bør, uavhengig av alder, informeres om fordelene ved å følge et strukturert treningsprogram, gjerne med egen trener, typisk opptil tre treningsøkter per uke av moderat lengde (45 minutter til 1 time) i 10 til 14 uker (gjennomsnittlig 12 uker)³⁷.

Aktiv på dagtid tilbyr mange steder i landet organisert fysisk aktivitet for mennesker som mottar trygdeytelser. Kommunale treningskontakter kan være til god hjelp og kan

motivere for fysisk aktivitet¹¹⁰. Se også tipsheftet Aktiv og frisk – fysisk aktivitet og psykisk helse¹¹¹ og [Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#)¹¹².

Strukturert psykologisk behandling

Dette avsnittet omtaler psykologisk behandling generelt. Overordnede punkter blir oppsummert i slutten av dette kapitlet mens anbefalinger for behandling ved de spesifikke tilstandene blir omtalt i egne kapitler.

Evidensbasert psykologisk praksis bygger på forskning både på behandlingsmetode og pasient–behandler-relasjonen og på forhold ved terapeuten, pasienten og kulturelle sammenhenger pasienten og dennes pårørende befinner seg i¹¹³. De former for psykologisk behandling som har dokumentert effekt i behandling av depresjon, i det følgende kalt strukturert psykologisk behandling (se tekstboks), har viktige fellesnevner¹¹⁴.

I Storbritannia pågår en stor utbygging av tverrfaglige sentre for strukturert psykologisk behandling og for assistert selvhjelp^f for depresjon og angst («[Improving Access to Psychological Therapies](#)»).

Betegnelsen strukturert psykologisk behandling benyttes i retningslinjen som en fellesbetegnelse på anerkjente og teoribaserte psykologiske intervensjoner bygget på et gjensidig samarbeid mellom terapeut og pasient; der:

- terapeuten er aktiv og støttende
- det gis informasjon om depresjon og hvordan den kan forstås og mestres
- behandlingen er strukturert og rettet mot pasientens aktuelle problemer
- pasienten lærer spesifikke metoder for å mestre sine problemer, metoder som også kan anvendes etter at behandlingen er avsluttet.

f. Assistert selvhjelp innebærer at helsepersonell formidler eller henviser til selvhjelpsmateriale, enten i form av brosjyrer, bøker eller internettbaserte programmer. Samtidig tilbys pasienten og eventuelt dennes pårørende for eksempel tre oppfølgende samtaler, der pasientens konkrete erfaringer med opplegget diskuteres.

I det følgende presenteres sentrale psykologiske behandlingsmetoder for depresjon og deretter fellestrekk ved en god terapeutisk allianse. I kapittel 6 gis en oppsummering av den kontrollerte effektforskning av psykologisk behandling ved moderat og alvorlig depresjon.

Kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi

Kognitiv terapi eller kognitiv atferdsterapi er en tidsbegrenset og strukturert psykologisk tilnærming^{115;116}. Behandlingen retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Et viktig mål er å påvirke selvforsterkende onde sirkler som bidrar til å opprettholde depresjonen gjennom kartlegging av vanskelige situasjoner, utforming av aktiviteter som gir opplevelse av mestring og tilfredsstillelse, realitetstesting og eventuelt endring av negative tankemønstre, og forebygging av tilbakefall. En viktig side ved målrettet aktivisering er å begrense tiden som brukes til gjentakende og demoraliserende grubling.

Det er de senere årene kommet flere ulike former for kognitiv terapi og atferdsterapi, som Mindfulness-Based Cognitive Therapy¹¹⁷, Metacognitive Therapy¹¹⁸, Acceptance and

Commitment Therapy¹¹⁹, Cognitive Behavioral Analysis of Psychotherapy¹²⁰ og målrettet aktivisering eller atferdsaktivisering¹²¹.

Interpersonlig psykoterapi

Interpersonlig psykoterapi er en tidsbegrenset og strukturert psykologisk tilnærming bygget på en interpersonlig modell for depresjon^{122;123}. I behandlingen arbeider pasient og terapeut med å identifisere ubearbeidede tapsopplevelser (som skilsmisse eller arbeidsløshet), problemskapende rolleoverganger (som når barna flytter ut eller ved pensjonering), konflikter med pårørende og mangelfulle sosiale ferdigheter. Det tas utgangspunkt i nåværende mellommenneskelige problemer. Terapeuten er aktiv og støttende. Målet er at pasienten skal redusere symptomene ved at han eller hun lærer seg å håndtere eller løse slike mellommenneskelige problemer.

Opplevelsesorientert psykoterapi

Opplevelsesorientert psykoterapi er en bred klasse av terapiformer med røtter i humanistisk og eksistensialistisk teori. De mest kjente er klient- eller personsentrert terapi og gestaltterapi. De er blant annet rettet mot bevisstgjøring av og eventuelt frigjøring av undertrykte følelser for å skape ny mening

og personlig vekst. Det finnes også relaterte behandlingsformer som gjør bruk av musikk, dans, drama og andre kunstneriske uttrykk.

Psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamisk psykoterapi består av ulike typer psykologiske tilnærminger, rettet mot innsikt i ubevisste konflikter og forståelse av hvordan følelser og reaksjoner henger sammen med kvaliteten av tidlige relasjoner, oppvekstmiljø i vid forstand og utvikling av personlighet og identitet¹²⁴. Ved depresjon legges det blant annet vekt på å gjennomarbeide tapsopplevelser og forstå den psykologiske bakgrunnen for reaksjonen på tapet. Forståelse for overføringen i forholdet til terapeuten spiller ofte en sentral rolle¹²⁵. Det er utviklet strukturerte kortidsvarianter av psykodynamisk psykoterapi^{126;127}. Disse er tilrettelagt for depresjon, med en aktivt og synlig terapeut, med en større grad av fokusering og målrettethet, og med en her-og-nå orientering mot aktuelle relasjoner til andre mennesker.

Parterapi

Depresjon kan føre til problemer i parforhold, og samlivsvansker kan utløse, forsterke eller opprettholde depresjon^{128;129}. Det er utviklet former for strukturert parterapi for pasienter

som både er deprimert og har samlivsproblemer^{130;131}. Målet er å hjelpe pasientene til å få innsikt i og endre reaksjonsmønstre og konflikter som utspiller seg i relasjonen og som bidrar til depresjon.

Den terapeutiske alliansen

Den terapeutiske alliansen består av tre gjensidig avhengige faktorer: enighet om hvilke mål man arbeider mot, hvilke metoder og teknikker som skal benyttes av hver av partene for å nå målene, og et emosjonelt bånd preget av varme, gjensidig tillit og fortrolighet som oppmuntrer til et målrettet samarbeid¹³². Psykoterapiforskningen har dokumentert betydningen av den terapeutiske alliansen for effekten av behandling^{133–136}. Det er et gjennomgående funn at spesielt styrken av alliansen tidlig i behandlingsforløpet har stor betydning, og da særlig for forbindelsen mellom pasientens egen opplevelse av samarbeidsforholdet og pasientens selvrapporterte endring.

Kvaliteten på alliansen kan endre seg i løpet av behandlingskontakten, og terapeuten og pasientens opplevelse er ofte ikke sammenfallende. Derfor bør terapeuten regelmessig og systematisk stille spørsmål om dette og

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

gjørne også oppfordre pasienten til å fylle ut et selvrapporterings skjema som måler alliansen og tilfredshet med terapien, for eksempel Working Alliance Inventory-Short¹³⁷.

Sannsynligheten for et godt behandlingsresultat øker hvis pasienten oppfatter terapeuten som empatisk, forståelsesfull, respektfull og engasjert, og som et menneske som formidler trygghet, håp og realistisk optimisme^{138–141}. Behandling preget av et aktivt samarbeid mot tydelig definerte mål fungerer best¹⁴². Pasienten er ikke en passiv mottaker, men tvert om en viktig bidragsyter i behandlingen. Pasientens engasjement og involvering, og den støtte pasienten mottar i sitt nærmiljø, kan være avgjørende for et positivt resultat^{143;144}. Det er viktig at helsepersonell søker å stimulere til egeninnsats fra pasientens side, for eksempel ved at pasienten gjør hjemmeoppgaver mellom timene.

Systematisk evaluering

Terapeuten bør jevnlig sjekke ut om pasienten faktisk blir bedre, både ved å drøfte dette med pasienten og ved å gjenta strukturerte spørreskjemaer som MADRS og BDI-II underveis i behandlingen. Da vil man kunne

identifisere endringer i symptombildet og funksjon og justere kursen hvis resultatene uteblir. Systematisk tilbakemelding danner utgangspunkt for endret behandlingsstrategi, styrket allianse og bedre resultater^{145–148}. To brukervennlige rangeringsskalaer^{149;150} er: *Outcome Rating Scale* om siste ukes tilstand innenfor tre viktige livsområder, og *Session Rating Scale* om hvordan pasienten opplevde relasjonen til behandler i den aktuelle samtalen, om en snakket om relevante temaer og i hvilken grad tilnærmingen passet pasienten. Skalaene er oversatt til norsk, og kan hentes fra

www.talkingcure.com

Behandling med medikamenter

Dette avsnittet omtaler behandling med medikamenter generelt. Overordnede punkter blir oppsummert i slutten av dette kapitlet mens anbefalinger for medikamentell behandling av de spesifikke tilstandene blir omtalt i egne kapitler.

Oppstart av behandlingen

Pasienter har rett på informasjon om den helsehjelpen som tilbys (jf. [Pasientrettighetslovens](#)⁴⁰ § 3–2). Pasienter som påbegynner behandling med antidepressiver skal informeres om følgende:

- at det tar tid før medikamentet får full effekt
- behandlingens tidsplan (når og hvordan behandlingen skal evalueres)
- betydningen av å ta medikamentet som foreskrevet
- mulige symptomer i oppstartsfasen
- risiko, bivirkninger og seponerings-symptomer

God og skriftlig informasjon tilpasset pasientens behov bør skaffes til veie. Pakningsvedlegget inneholder nyttig informasjon, som kan danne utgangspunkt for samtale. Sider ved bruk av medikamenter det ofte er knyttet bekymring til, bør drøftes med pasienten. Pasienten bør informeres om at antidepressiver ikke gir rusfølelse eller avhengighet slik man kan se ved bruk av for eksempel benzodiazepiner med behov for stadig større doser for å oppnå effekt (toleranseutvikling). En fysiologisk tilvenning kan imidlertid forekomme og medføre at det hos enkelte kan oppstå fysiologisk ubehag ved avslutning av behandlingen. Dette er omtalt nedenfor. Pasienten bør dessuten informeres om at det å ta medikamenter ikke bør ses på som et nederlag eller svakhetstegn; antidepressiver er et virkemiddel som pasienten benytter seg av i arbeidet med depresjon.

De første par dager til uker kan enkelte pasienter rapportere om økende angst og uro, noe som kan være forbundet med økende selvmordstanker. Helsepersonell skal være observante på slike tegn. Man bør informere pasienten om risikoen for slike symptomer i tidlige stadier av behandlingen, og råde dem til raskt å søke hjelp hvis symptomene blir plagsomme.

Pasienter som påbegynner behandling med antidepressiver, og som anses for å ha økt risiko for selvmord, skal innkalles til kontroll innen en uke. Deretter bør en møtes så ofte som hensiktsmessig inntil risikoen er avtatt. Det bør bare forskrives et begrenset kvantum psykofarmaka til pasienter med høy risiko for selvmord.

Etterlevelse av medikamentell behandling

Undersøkelser tyder på at 30 prosent av pasienter med depresjon slutter å ta antidepressiver i løpet av den første måneden, mens opp mot 50 prosent slutter i vedlikeholdsfasen^{151;152}. I en dansk registerstudie i primærhelsetjenesten sluttet en tredel av pasientene i løpet av et halvt år¹⁵³. Undervisningsprogrammer om depresjon og behandling av depresjon kan styrke pasienters etterlevelse av anbefalt behand-

ling¹⁵⁴. Etterlevelse øker når pasienten selv tar ansvar for behandlingen, og innarbeider rutiner for kjøp og for å huske å ta medikamentet. Det samme gjelder når helsepersonell er særlig oppmerksom, gir informasjon og tilbyr hyppigere kontakt^{38;155}:

- ved oppstart av behandlingen og i de første ukene
- ved bivirkninger
- ved dempet symptomtrykk, der pasienten ikke lenger opplever det som nødvendig å ta medikamentet
- ved forebyggende langtidsbehandling.

Vedlikeholdsbehandling

Pasienter som starter med antidepressiver, men som ikke anses å være i selvmordsfare, bør normalt innkalles etter maksimum to uker. Etter dette bør de ha regelmessige avtaler i hensiktsmessige intervaller, for eksempel to til fire uker de første tre månedene, og deretter i lengre intervaller, dersom de har god respons. Pasienten bør fortsette med antidepressiver i minst seks måneder etter remisjon (fravær av symptomer) etter en depressiv episode, fordi dette reduserer risikoen for tilbakefall³⁷. Når en pasient har tatt antidepressiver i seks måneder etter remisjon, bør man i samråd med pasienten vurdere behovet for fortsatt

behandling med antidepressiver. Vurderingen bør ta hensyn til antall tidligere episoder, eventuelle restsymptomer, nåværende psykososiale problemer og om pasienten har hatt utbytte av andre tiltak, for eksempel psykologiske intervensjoner.

Seponering eller dosereduksjon av antidepressiver

Enkelte pasienter opplever symptomer ved seponering eller dosereduksjon av et antidepressiv. Slike symptomer kan omfatte svimmelhet, kvalme, parestesi (abnorme følelsesfølelser i huden), angst og hodepine, og kalles i denne retningslinjen seponeringssymptomer. Alle pasienter som får forskrevet serotoninreopptakshemmende antidepressiver bør opplyses om at det kan forekomme seponeringssymptomer dersom medikamentet seponeres, ved dosereduksjon og hvis doser utelates²⁷. De bør rådføre seg med lege hvis symptomene er plagsomme. Symptomene er som oftest milde, men kan av og til være ubehagelige, særlig ved brå seponering. Når behandlingen skal avsluttes, bør dosen reduseres over en periode på minst fire uker. Noen pasienter kan trenge enda langsommere nedtrapping. Fluoksetin kan vanligvis seponeres brått på grunn av den lange halveringstiden. Dersom

seponeringssymptomene er milde, bør legen berolige pasienten og overvåke symptomene. Hvis symptomene er uttalte, bør legen vurdere å sette inn medikamentet på ny i den effektive dosen og gradvis redusere dosen over lengre tid. Et alternativ er å bytte til fluoksetin eller et annet antidepressiv med lang halveringstid.

Johannesurt

Johannesurt inneholder hypericin, GABA, hyperforin og quercetrin, som hemmer monoaminooksidase og reopptak av noradrenalin, serotonin og dopamin. Johannesurt har dokumentert effekt ved mild og moderat depresjon^{27;156-160}. En Cochrane-analyse konkluderte med at preparatet synes å ha samme effekt som ved standard behandling med antidepressiver og har færre bivirkninger¹⁵⁹. Det er metodiske svakheter ved denne analysen, og effekten ved lengre tids behandling er ikke blitt systematisk undersøkt. Et problem er at de tilgjengelige preparatene har forskjellig styrke, og man vet ikke hva som er den mest effektive dosen. Farmakokinetiske interaksjoner med antidepressiver, antikonseptjonsmidler, antikoagulanter, antikonvulsiver og immunosuppressiver kan også være et problem, selv om den faktiske risikoen er

lav^{38;161}. Johannesurt kan være et alternativ for pasienter med lettere depressive symptomer av ikke-melankolsk type og uten suicidalfare.

Valg av antidepressiver

Når antidepressiver forskrives er mulige valg:

- selektive serotonin-reopptakshemmere (SSRI; for eksempel citalopram, escitalopram, fluoksetin, paroksetin, sertralin, fluvoksamin)
- kombinerte serotonin- og noradrenalin-reopptakshemmere (venlafaksin, duloksetin)
- noradrenalin reopptakshemmer (reboksetin)
- selektiv reversibel hemmer av monoaminooksydase (moklobemid)
- presynaptiske alfa2-reseptor antagonister postsynaptiske 5-HT₂ antagonister (mianserin, mirtazapin)
- kombinert noradrenalin- og dopamin-reopptakshemmer (bupropion)

Ved bruk av SSRI må man være oppmerksom på at noen av dem, særlig fluoksetin og paroksetin, har farmakokinetiske interaksjoner med andre medikamenter. Man bør også være oppmerksom på

seponeringsproblemer, som er vanligst ved SSRI med kort halveringstid som for eksempel paroksetin.

Ved bruk av venlafaksin må man ta hensyn til faren for utvikling av forhøyet blodtrykk, særlig når middelet forskrives i døgndoser på 225 mg eller mer. Blodtrykket bør da kontrolleres regelmessig. Venlafaksin skal ikke benyttes ved akutt hjerteinfarkt, akutt cerebrovaskulær sykdom og uttalt hypertensjon. Blodtrykksstigning kan også forekomme ved behandling med duloksetin.

Valg av antidepressiver ved selvmordsrisiko

Ved valg av antidepressiver til pasienter med økt selvmordsrisiko, skal man ta hensyn til toksisiteten ved overdose. Helsepersonell bør være klar over at trisykliske antidepressiver er mer skadelige i overdose enn andre antidepressiver^{7;37;38}. Venlafaksin har også noe større toksisitet i overdose enn SSRI, selv om den er mindre enn ved trisykliske antidepressiver.

Behandling med antidepressiver kan være forbundet med økt forekomst av selvmordstanker og selvmordsforsøk, særlig i de første ukene¹⁶². Pasientene bør informeres om

dette og om at de straks bør kontakte lege dersom de skulle oppleve økt uro, agitasjon eller påtrengende selvmordstanker. En har imidlertid ikke holdepunkter for at det skjer en forverring av selvmordsrisiko under behandling med antidepressiver sammenliknet med kontrollbetingelser⁶⁶.

Behandleren bør forvise seg om at pasienten ikke har tilgang til store mengder medikamenter. Pasienter som har vært i alvorlig selvmordsrisiko eller har gjort selvmordsforsøk i løpet av siste år, bør ikke få utskrevet medikasjon for mer enn to uker av gangen inntil tilstanden er stabilisert⁶⁶.

Når behandlingseffekt uteblir

Når depresjonen behandles medikamentelt, og pasienten ikke responderer på det første antidepressivet som blir forskrevet, bør forskrivende lege revurdere diagnosen, men også kontrollere at pasienten har tatt medikamentet regelmessig og i foreskrevet dose. Serumkonsentrasjonsmålinger kan være til hjelp, selv om det ikke er påvist noen entydige sammenhenger mellom serumkonsentrasjon av et medikament og effekt. Dersom pasienten ikke har respondert innen en måned, bør forskrivende lege bytte antidepressiv⁷. Ved delvis respons bør

en vurdere å øke dosen og utsette avgjørelsen om å bytte medikament i to uker. Andre behandlingsmetoder, for eksempel strukturert psykologisk behandling alene eller i tillegg, bør også vurderes.

Dersom man går inn for å bytte antidepressiv, kan man prøve et hvilket som helst av de andre antidepressive midlene nevnt tidligere¹⁶³. Andre alternativer er å kombinere to antidepressiver med ulik virkningsmekanisme eller legge til litium^{7;164–167}. Ved kombinasjon av flere medikamenter bør forskrivende lege ta hensyn til faren for farmakokinetiske interaksjoner. Farmakodynamiske interaksjoner i form av serotonergt syndrom (med forvirring, skjelving, svetting, myoklonus og blodtrykksendring) kan forekomme når flere serotonerge medikamenter kombineres.

Trisykliske antidepressiver

Trisykliske antidepressiver er noe mer effektive enn andre antidepressiver ved dype, melankolske depresjoner hos hospitaliserte pasienter^{7;38}. De tolereres imidlertid dårligere enn SSRI og andre nyere antidepressiver^{168;169}, kan være kardiotoxiske og er svært toksiske i overdose. Nortriptylin er det minst antikolinerge medikamentet og det som

tolereres best. Pasienter som har utvetydig klinisk respons på lave doser, kan fortsette på disse dosene. For andre pasienter bør dosen økes gradvis. Ved høye doser bør en måle serumkonsentrasjonen for å hindre utilsiktet overdosering.

Farmakoresistent depresjon

En depresjon omtales som farmakoresistent når pasienten behandles medikamentelt og han/hun ikke har hatt utbytte av behandling i form av to eller flere antidepressiver av forskjellig klasse i egnet dose over egnet tidsrom²⁷. Foreligger det en farmakoresistent depresjon, kan det være aktuelt med ny utredning. Denne bør omfatte:

- fullstendig gjennomgang av pasientens symptomer
- vurdering av selvmordsrisiko
- behandling pasienten tidligere har mottatt
- psykososiale belastninger
- pasientens personlighet
- mellommenneskelige forhold
- vurdering om det er aktuelt med nevro-psykologisk/nevropsykiatrisk utredning

Ved medikamentell behandling bør en prøve en kombinasjon av antidepressiver og strukturert psykologisk behandling for pasienter med farmakoresistent depresjon

og for pasienter som har hatt tilbakefall under eller rett etter avsluttet behandling med antidepressiver^{27;170-172}. Ved behandling med antidepressiver bør forskrivende lege forvise seg om at pasienten er korrekt diagnostisert. Det bør også vurderes om tidligere behandlinger har vært tilfredsstillende gjennomført både med hensyn til dose og utprøvingstid. Det kan være aktuelt å kombinere antidepressiver med ulik virkningsmekanisme. Man må da ta hensyn til faren for farmakokinetiske interaksjoner og serotonergt syndrom. Tillegg av litium bør vurderes hos pasienter som ikke har hatt utbytte av flere antidepressiver.

Venlafaksin i doser på minst 225 mg i døgnet bør vurderes for pasienter som ikke har hatt utbytte av andre antidepressiver. Blodtrykket bør kontrolleres regelmessig hos pasienter som tar 225 mg eller mer.

Trisykliske antidepressiver i høy dose kan være et alternativ. Dette gjelder spesielt hos pasienter med melankolske og psykotiske symptomer.

Karbamazepin, lamotrigin, pindolol, buspiron, valproat og benzodiazepin

anbefales ikke som tillegg til antidepressiver i rutinemessig behandling av farmakoresistent depresjon.

Benzodiazepiner som tilleggsmedikasjon til antidepressiver gir ikke bedre effekt mot depresjon. Benzodiazepiner kan likevel være nyttig som kortvarig tilleggsbehandling for pasienter som får øket angst og uro under oppstart av antidepressiver. Slik tilleggsbehandling bør ikke vare lengre enn tre uker, på grunn av risikoen for avhengighet forbundet med disse medikamentene.

Når en pasient ikke har hatt utbytte av flere forskjellige former for tilleggsmedikasjon og kombinasjonsbehandling med antidepressiver og strukturert psykologisk behandling, bør man vurdere henvisning til en kliniker med spesialkompetanse på utredning og behandling av depresjon.

Komorbide problemer

Søvnproblemer

Pasienten kan trenge råd om håndtering av søvnproblemer. Slike problemer kan vedvare etter depresjonen, og er i seg selv en risikofaktor for depresjon^{173;174}. Bruk av vane-dannende sovemidler bør ha begrenset varighet. Det finnes antidepressiver med

en sedativ komponent. Ved langvarige søvnevansker anbefales: søvnhygiene med råd om hvordan søvnen kan forbedres; avspenningsteknikker rettet mot aktivisering som forstyrrer søvnen; kognitive intervensjoner rettet mot kartlegging og endring av tanker om søvn og søvntap som er uforenlige med å få sove; stimuluskontroll i forhold til hvordan pasienten skal opptre for å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng og soverommet; søvnrestriksjon, der tiden tillatt for opphold i sengen begrenses, for så å økes gradvis idet søvnkvaliteten bedres. Disse metodene er effektive både på kort og lang sikt¹⁷⁵⁻¹⁷⁹. Se også hjemmeside for Nasjonalt Kompetansesenter for Søvn-sykdommer www.sovno.no.

Angstproblemer

Mange av pasientene med depressive symptomer som mottar behandling i primærhelsetjenesten, vil samtidig ha symptomer på angst^{180;181}. Her vil god behandling av depresjonen vanligvis føre til at angstplagene reduseres. Hos om lag en tredel av deprimerte pasienter i primærhelsetjenesten vil det foreligge en diagnostisert angstlidelse. Forekomsten av samtidige angstlidelser vil være enda høyere hos pasienter som mottar behandling i

spesialisthelsetjenesten⁶⁵. Det kan dreie seg om generalisert angstlidelse^{10;182}, panikk lidelse¹⁸³, agorafobi, sosial angstlidelse¹⁸⁴ eller posttraumatisk stresslidelse¹⁸⁵, eller tvangslidelse¹⁸⁶. En slik komorbiditet øker risikoen for at pasienten reagerer dårligere på tradisjonell behandling. En bør her vurdere muligheten for at det foreligger en bipolar lidelse og foreta en grundig diagnostisk utredning. Ved komorbid depressiv lidelse og angstlidelse bør en benytte både elementer av depresjonsbehandling og egnet behandling for angst, for eksempel hjelp til problemløsning; tiltak rettet mot «angsten for angsten» (normalisering, informasjon om angstens fysiologi); systematisk eksponering i fobiske situasjoner; utforsking, diskusjon og uttesting av gyldigheten av angstfremkallende tanker^{187;188}. Ved medikamentell behandling bør en velge antidepressiver med dokumentert effekt også på angst.

Kroniske smerter

Det er en nær sammenheng mellom depresjon og sykdommer med kroniske smerter, da særlig muskel- og skjelettsmerter^{7;189}. Smerter og depresjon opptrer gjerne samtidig, ved at deprimerte pasienter ofte har smerter og ved at personer med kroniske

smerter ofte er deprimerte. Depresjon er både en risikofaktor for og en konsekvens av kroniske smerter^{190;191}. Depresjon øker smerteplagene, og den vanskeliggjør også rehabiliteringen i primærhelsetjenesten hvor hovedparten av disse pasientene får sin behandling^{192;193}.

Utredning av depresjon hos pasienter med kroniske smerter er en utfordring, fordi symptomer som redusert libido, appetitt, endret vekt, tretthet og problemer med hukommelse og konsentrasjon også er følger av kroniske smerter og smerte-medikasjon. Mange faller ut av arbeidslivet, får økonomiske vansker, problemer med å utføre daglige aktiviteter og søvnforstyrrelser. Det er bred enighet i fagmiljøene om nødvendigheten av en biopsykososial forståelsesmodell for å forstå smerte og smertens konsekvenser for den enkelte¹⁹⁴. Det er ofte nødvendig med en tverrfaglig behandlingstilnærming, med en blanding av flere metoder, som medikamentell behandling, fysioterapi, fysisk aktivitet og øvelser, avspenning, atferingstiltak og sosiale støttetiltak samt psykologisk behandling, gjerne i form av kognitiv atferdsterapi^{195;196}.

Rusmiddelproblemer

Depressive symptomer forekommer ofte ved rusmiddelmisbruk, og gir økt selvmordsrisiko. Rusmiddelproblemer, angst og depresjon vil inngå i et gjensidig forsterkende samspill, med forverring av psykiske plager, forlenget depresjon og problemer knyttet til familie, arbeid og økonomi^{197;198}. Bruk av et enkelt selvrappoterings skjema kan øke muligheten for å identifisere rusmiddelproblemer, for eksempel AUDIT (the Alcohol Use Disorder Identification Test)¹⁹⁹. Det ideelle er helhetlig og integrert behandling, med utgangspunkt i kartlegging av rusmiddelbruken^{200;201}. Det anbefales å vise en ikke-moraliserende og ikke-konfronterende holdning, og at en bruker så enkle og konkrete spørsmål som mulig, gjerne med metoden motiverende intervju^{202;203}. Pasienten kan bes om å registrere sitt rusmiddelbruk frem til neste avtale. Informasjonen danner grunnlag for diskusjon av veivalg og mål. Det er viktig å utforske ambivalens, bygge motivasjon og styrke troen på egen mestring. Pasienten informeres om at økt kontroll med rusmiddelbruk vil kunne gi lettere stemningsleie, bedret søvn og redusert angst, og bidra til at annen behandling vil bli mer virkningsfull. Det er som regel nødvendig å starte med en

avholdsperiode, slik at man får en avklaring av om depresjonsplagene er utløst av rusmiddelproblemer og abstinens^{204;205}. I så fall vil en rusfri periode for de fleste

innebære en bedring av de depressive symptomene i løpet av to til seks uker. Behandling med antidepressiver forutsetter vanligvis at bruken av rusmidler har opphørt.

GENERELLE ANBEFALINGER for behandling av depresjon

- Målet med behandling av depresjon skal være frihet fra depressive symptomer samt å hjelpe pasienten til å vinne tilbake full funksjon sosialt og yrkesmessig. Dette målet kan oppnås for det store flertallet av pasientene om tilgjengelige behandlingsmuligheter utnyttes fullt ut (A).
- Et løpende og aktivt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i diagnostisering og behandling øker kvaliteten på behandlingstilbudet (B).
- Det finnes flere former for strukturert psykologisk behandling og psykologiske intervensjoner, og et stort antall antidepressiver, som har godt dokumentert effekt i behandling av depresjon (A).
- Ved all behandling er en god terapeutisk allianse viktig for å sikre godt utbytte av behandlingen (A).
- Pasienter og eventuelt pårørende skal motta god informasjon om depresjon, tilstanden, forløpet og behandlingen. Man skal ta hensyn til pasientens egne ønsker og resultater fra tidligere behandling når behandlingsmetode skal velges (GP).
- Langvarig fravær fra arbeidsplassen reduserer sannsynligheten for å vende tilbake til arbeidet. I kombinasjon med behandling vil mange ha behov for yrkesrettede tiltak og tilrettelegging av arbeidsbetingelsene (GP).

Behandling av mild til moderat depresjon

KAPITTEL 5

Mild depressiv episode innebærer nedsatt stemningsleie, økt tretthet eller tap av glede og interesse, samt minst to av de andre symptomene beskrevet i tabell 2. Ingen av symptomene må være sterke, og personen får ikke vesentlig redusert funksjonsnivå. Ved moderat depressiv episode er det flere symptomer, og personen vil vanligvis ha problemer med å fungere sosialt, på arbeidsplassen eller hjemme.

Det store flertallet av pasienter med depresjon (mer enn 80 prosent) har sitt behandlingstilbud utelukkende i primærhelsetjenesten. Dette dreier seg i hovedsak om mennesker som lider av mild til moderat depresjon. Denne gruppen kan ha nytte av kortvarige behandlingstilbud i primærhelsetjenesten. Pasientene kan ha utbytte av fysisk trening, for eksempel regelmessig turgåing. De kan dessuten ha nytte av assistert selvhjelp (se avsnittet nedenfor), for eksempel råd om hvordan øke mengden aktiviteter i hverdagen som kan gi opplevelse av mestring og tilfredsstillelse, og hvordan unngå sosial isolasjon. Mer strukturerte former for behandling, som systematisk problemløsning og kortvarige psykologiske intervensjoner og rådgivning, kan være til hjelp²⁰⁶. Behandling med antidepressiver og

strukturert psykologisk behandling anbefales ikke som innledende tiltak ved mild depresjon. Slike tilnærminger kan tilbys dersom enklere metoder ikke fører frem^{27;38;207}.

Hvis pasienter med mild depresjon ikke ønsker behandling, eller behandlerens vurdering er at pasienten kan komme seg uten behandling, bør man fastsette et nytt tidspunkt for vurdering, vanligvis innen to uker^{37;38}. Man bør ta kontakt med deprimerte pasienter som ikke møter til oppfølgingstimer.

Assistert selvhjelp («guided self-help»)

Assistert selvhjelp²⁷ innebærer at helsepersonell formidler eller henviser til selvhjelpsmateriale, enten i form av brosjyrer, bøker eller internettbaserte programmer. Samtidig tilbys pasienten og eventuelt dennes pårørende for eksempel tre oppfølgende samtaler, der pasientens konkrete erfaringer med opplegget diskuteres. Tiltaket bør ta seks til ni uker, inkludert oppfølging^{27;208}. For pasienter med mild depresjon bør behandleren vurdere å anbefale et assistert selvhjelpsprogram som bygger på prinsipper fra kognitiv terapi eller kognitiv atferdsterapi²⁷. Psykologisk institutt, Univer-

sitetet i Tromsø, har stått for norskspråklige selvhjelpsprogrammer på Internett som kan være til nytte ved håndtering av angst og mild til moderat depresjon: BluePages (www.bluepages.no; informasjon om depresjon og behandling) og MoodGYM (www.moodgym.no; interaktiv kognitiv atferdsterapi).

Det er utviklet ulike former for kurs i mestring av depresjon, som er tilbud med spesielt utdannede kursholdere, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, se for eksempel Kurs i Depresjonsmestring (KiD)^{209,210}, Rådet for psykiske helse www.psykiskhelse.no eller Kommunal Kompetanse www.kkomp.no.

A-senteret, Kirkens bymisjon i Oslo, og DPS Vinderen, Diakonhjemmet sykehus Oslo, har utviklet et kurstilbud for personer med tilbakevendende depresjoner, som har vært prøvd ut på en rekke distriktpsykiatriske sentre i psykisk helsevern og i lærings- og mestringsentre. Kursmanual, lysark, selvhjelpshefter og annen nyttig informasjon er lagt ut på hjemmesiden www.bymisjon.no/a-senteret. Interesserte kan fritt bearbeide og tilpasse dette materialet til eget bruk.

Psykologiske intervensjoner

Ved behandling av mild til moderat depresjon kan flere former for kortvarige psykologiske intervensjoner være effektive. Valg av behandlingsmetode bør reflektere pasientens egne ønsker ut fra informert samtale og pasientens tidligere erfaring med behandlingsmetoder og ulike kortvarige intervensjoner²⁷. Et element i samtalene kan være strukturert hjelp til problemløsning i ulike trinn, som å beskrive et aktuelt problem, finne alternative løsningsforslag, prioritering og gjennomføring av tiltak, og evaluering av resultatet. Tilsvarende gjelder rådgivning i forhold til pasientens hverdag. Mange vil ha utbytte av å øke antall gjøremål, og da spesielt aktiviteter som kan gi en følelse av mestring og tilfredsstillelse, samt økt sosialt samvær. Mange vil også ha utbytte av råd om hvordan begrense tiden som brukes til bekymring, grubling og selvkritikk.

Mange pasienter har sammensatte problemer, med flere former for psykiske lidelser, som for eksempel spiseforstyrrelser og personlighetsmessig forankrede problemer. En bør da vurdere å utvide behandlingstiden for depresjon. En bør ved behov gjøre bruk av behandlingstilnærminger som er spesielt rettet mot komorbide problemer²⁷.

Behandling med antidepressiver

Evidens fra randomiserte kontrollerte kliniske studier tyder på at for mange pasienter med mild og moderat depresjon er det få klinisk viktige forskjeller i effekt mellom antidepressiver og placebo^{7;37;38}. Placeboresponsen er størst ved mild depresjon. Antidepressiver anbefales vanligvis ikke som initial behandlingsform for milde former av depresjon, da ulempene ved slik behandling her er større enn fordelene³⁷.

Bruk av antidepressiver bør likevel vurderes i følgende tilfeller:

- for pasienter med mild depresjon hvis depresjonen vedvarer etter at andre intervensjoner er forsøkt
- hos pasienter som har hatt tidligere episoder med moderat eller alvorlig depresjon
- ved komorbiditet med somatisk sykdom og andre psykiske lidelser

ANBEFALINGER for behandling av mild til moderat depresjon

- Førstevalg av tiltak ved milde former for depresjon skal normalt være rådgivning og psykologisk intervensjon. Antidepressiver anbefales her ikke som initial behandlingsform (B).
- Begynn med ikke-medikamentell behandling, som råd mot søvnproblemer, angstmestring og oppfordring til fysisk aktivitet, eventuelt enkle psykologiske intervensjoner som strukturerte problemløsningsteknikker (C).
- Man bør vurdere å anbefale et assistert selvhjelpsprogram, med selvhjelps litteratur eller nettbaserte programmer basert på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi. Det er her en fordel med en begrenset oppfølging fra helsepersonell (B).
- Man bør vurdere rådgivning i forhold til problemløsning i hverdagen, kortvarig kognitiv terapi/rådgivning eller interpersonlig terapi/rådgivning, med seks til åtte behandlinger over en periode på 10 til 12 uker (B).
- Antidepressiver bør vurderes når depresjonen ikke responderer på ikke-medikamentelle tiltak og pasienten er motivert for medikamentell behandling, og hos pasienter som tidligere har hatt moderate og alvorlige depresjoner (C).

Behandling av moderat til alvorlig depresjon



KAPITTEL 6



Moderat depressiv episode innebærer nedsatt stemningsleie, økt tretthet eller manglende glede og interesse samt minst fire av de andre symptomene beskrevet i tabell 2. Personen vil vanligvis ha problemer med å fungere sosialt, på arbeidsplassen eller hjemme. Ved en alvorlig depressiv episode er problemene betydelige, med høy grad av bekymring og grubling, agitasjon eller retardasjon, tapt selvfølelse, problemer med søvn og appetitt og gjerne manglende følelsemessig reaksjon.

Moderat og alvorlig depresjon kan behandles både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som ved mild depresjon bør valg av behandlingsmetode reflektere pasientens ønsker og tidligere erfaring med behandling. Ved mer alvorlige former for depresjon skal det tas hensyn til risikoen for selvmord. Henvisning til spesialisthelsetjenesten bør foretas på grunnlag av en slik vurdering, graden av funksjonstap og tilstedeværelsen av andre psykiske lidelser og symptomer.

I primærhelsetjenesten kan det være gunstig at fastlege eller psykiatrisk sykepleier følger opp pasienten med jevnlig samtaler over telefon. Samtalene bør ta utgangspunkt i en klart beskrevet behandlingsplan^{27;211}.

Ved første forekomst av alvorlig depresjon hos en pasient bør man vurdere en kombinasjon av antidepressiver og strukturert psykologisk behandling, ettersom kombinasjonen fungerer bedre enn behandlingsformene enkeltvis^{37;212}.

Behandling med antidepressiver ved moderat til alvorlig depresjon

Det foreligger mer evidens for effektiviteten av antidepressiver ved moderat til alvorlig depresjon enn ved mild depresjon²⁷. Nøyte overvåking av symptomer, bivirkninger og selvmordsrisiko, spesielt hos pasienter under 25 år, må utføres rutinemessig, særlig ved oppstart av behandling med antidepressiver. Pasientens ønsker og tidligere erfaring med behandling er viktige faktorer ved valg av medikament. Det er viktig å overvåke pasienten med hensyn til tilbakefall og seponeringssymptomer ved dosereduksjon eller seponering. For anbefalinger om behandling med antidepressiver, se kapittel 4.

Strukturert psykologisk behandling for moderat til alvorlig depresjon

En rekke strukturerte psykologiske tilnærminger kan være effektive for behandling av moderat til alvorlig depresjon, enten

alene eller i kombinasjon med medikamentell behandling^{121;123;171;212–222}. De former for strukturert psykologisk behandling som har oppnådd de mest konsistente positive resultatene i randomiserte, kontrollerte studier for moderat og alvorlig depresjon^{7;27;38} er:

- kognitiv terapi eller kognitiv atferdsterapi
- atferdsterapi med målrettet aktivisering
- interpersonlig terapi.

Det er gjort enkelte kontrollerte studier der korttids psykodynamisk psykoterapi har vist effekt ved moderat depresjon i tråd med ovenstående terapiformer^{126;127;213;223–228}.

Det er i liten grad gjort kontrollerte effektstudier av opplevelsesorientert psykoterapi. Et unntak her er emosjonsfokusert terapi²²⁹ som har vist effekt ved moderat depresjon^{230–232}.

Parterapi tilrettelagt for depresjonsbehandling har i noen randomiserte studier vist effekt dersom det også forekommer samlivsproblemer^{37;233–235}. Det er å forvente at slik behandling samtidig tjener til å styrke parforholdet. Det er i dag ufullstendig dokumentasjon av effekten av familierapi som behandling av depresjon²³⁶. Strukturert psykologisk behandling, da i form av kogni-

tiv terapi eller interpersonlig terapi, er i noen studier vist å ha forebyggende effekt på nye episoder med depresjon, enten alene^{237–240} eller i kombinasjon med medikamentell behandling^{237;241–244}.

«Mindfulness»-basert kognitiv terapi, basert på oppmerksomhetstrening og aksepterende tilstedværelse¹¹⁷, er vist å ha forebyggende effekt for pasienter med mer enn to tidligere episoder^{245–247}.

ANBEFALINGER for behandling av moderat til alvorlig depresjon

- Strukturert psykologisk behandling bør alltid tilbys pasienter som ikke mottar, eller som ikke ønsker, behandling med antidepressiver. Tilbudet bør typisk være fra 16 til 20 behandlinger over en periode på seks til ni måneder. Når depresjon er komorbid med andre psykiske problemer, vil det ofte være behov for lengre tids behandling (B).
- Ved valg av behandlingsmetode skal det tas hensyn til pasientens rett til å medvirke til helsehjelp. Videre bør evidensen for metodens effekt og pasientens eventuelle tidligere erfaringer med behandling tas med i vurderingen (C).
- Parterapi kan vurderes for pasienter med depresjon som har en fast partner og der det forekommer samlivsproblemer. Behandlingen bør inkludere informasjon om depresjon og hvordan den kan forstås

og mestres, i tråd med prinsippene som tidligere er beskrevet for individuell psykologisk behandling for depresjon (B).

- Strukturert psykologisk behandling bør vurderes som et supplement eller alternativ for pasienter som ikke har hatt tilfredsstillende respons på andre behandlingsmetoder, for eksempel antidepressiver og kortvarig psykologisk intervensjon (B).
- For pasienter med alvorlig depresjon som påbegynner strukturert psykologisk behandling, bør man sørge for to behandlinger per uke den første behandlingsmåneden (C).
- Ved alvorlig depresjon bør man kombinere strukturert psykologisk behandling med bruk av antidepressiver (B).
- I samråd med pasienten bør det vurderes om nærmeste pårørende regelmessig får et tilbud om å være med på en konsultasjon (GP).

Behandling av tilbakevendende depresjon



KAPITTEL 7

Et flertall av dem som har vært deprimert vil oppleve flere episoder. Faktorer som øker risiko for tilbakefall er tidlig debut, lang varighet av depresjon før behandling, flere tidligere episoder, psykotiske symptomer, andre komorbide psykiske lidelser, fortsatte restsymptomer etter behandling og vedvarende psykososiale belastninger og økonomiske problemer^{11;15;16;214; 248;249}. Den viktigste risikofaktoren er antall tidligere episoder med depresjon. Ved tilbakevendende depresjon bør forebygging av tilbakefall inngå som en integrert del av behandlingen. Både strukturert psykologisk behandling og antidepressiver som vedlikeholdsmedikasjon kan bidra til å redusere risikoen for tilbakefall. I arbeidet med forebygging av tilbakefall kan det i samarbeid mellom pasient, eventuelle pårørende og behandler utarbeides en kriseplan. Utgangspunktet er at tilbakefall kan begrenses og mestres ved å kartlegge tidlige signaler på eller risikosituasjoner for tilbakefall og drøfte hvordan situasjonene kan møtes.

Eksempler på varselsignaler er:

- blir lett irritabel
- blir urolig og bekymret
- trekker seg fra sosiale gjøremål
- endrer søvnmønster og spisevaner

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

- blir lett trett
- slutter å trene
- utsetter tidsfrister
- blir et ork å åpne brev, betale regninger etc.

Kriseplanen kan inneholde:

- viktige erfaringer med hensyn til tidligere behandling
- hvor og hvordan henvende seg for hjelp
- hvordan forholde seg til familie, venner og arbeidskolleger
- hvordan begrense depressiv tenkning, bekymring, grubling og selvkritikk
- hvordan opprettholde aktiviteter som gir opplevelse av mestring og tilfredsstillelse
- hvordan unngå å isolere seg

ANBEFALINGER for behandling av tilbakevendende depresjon

- Ved valg av behandlingsmetode skal det tas hensyn til pasientens rett til å medvirke til helsehjelp. Videre skal evidensen for metodens effekt og pasientens eventuelle tidligere erfaringer med behandling tas med i vurderingen(C).
- Både strukturert psykologisk behandling og antidepressiver som vedlikeholdsmedikasjon kan bidra til å redusere risikoen for tilbakefall (A).
- Pasienter som har hatt to eller flere depressive episoder i nær fortid, og som har opplevd et betydelig funksjonstap under disse episodene, bør anbefales å fortsette med antidepressiver i minimum to år (B).
- Pasienter i vedlikeholdsbehandling bør reevalueres med hensyn til behovet for medikamentell behandling. Det bør her tas hensyn til om det er komorbide psykiske lidelser og andre risikofaktorer som kan påvirke avgjørelsen om å fortsette vedlikeholdsbehandlingen i mer enn to år (GP).
- Doseringen av et antidepressiv brukt for å forebygge tilbakefall bør holdes på nivået der den akutte behandlingen var effektiv (C).

- Pasienter som har hatt flere episoder av depresjon og som har hatt god respons på behandling med antidepressiver med litium som tilleggsmedikasjon, bør fortsette med denne kombinasjonen i minst seks måneder (B).
- Når et medikament skal seponeres hos en pasient som tar et antidepressiv med litium som tilleggsmedikasjon, bør litium seponeres fremfor antidepressivet (C).
- Litium anbefales ikke som eneste medikament for å forebygge tilbakevendende depresjon hos pasienter med tidligere tilbakefall (C).
- Strukturert psykologisk behandling bør vurderes for pasienter med tilbakevendende depresjon som har hatt tilbakefall til tross for behandling med antidepressiver, eller som tidligere har hatt dårlig eller begrenset utbytte av andre intervensjoner eller som selv foretrekker psykologisk intervensjon (B).
- I samråd med pasienten bør en drøfte behovet for livstilsendringer, som regelmessig fysisk aktivitet, normalisering av døgnrytme, regelmessige måltider og begrenset inntak av rusmidler (GP).
- Psykoedukasjon med tilrettelagt informasjon i gruppe kan vurderes som et supplement til annen behandling for

pasienter med tilbakevendende depresjoner og eventuelt deres pårørende (GP).

Behandling av dystymi og kronisk depresjon



En person får diagnosen *kronisk depresjon* dersom han eller hun har oppfylt diagnosekriteriene for moderat eller alvorlig depressiv episode i minst to år. *Dystymi* preges av kronisk nedtrykt sinnstemning, med varierende faser med alvorlig depresjon, mild depresjon og tilnærmet normalitet. Personen er aldri fri for depressive symptomer mer enn noen uker. Funksjonstapet ved dystymi er ofte like stort som ved en depressiv episode²⁵⁰. Når depressive episoder kommer i tillegg til dystymi, betegnes dette som *dobbel depresjon*²⁵¹. Behandlingsmessig er det grunn til å bruke kronisk depresjon som en bred betegnelse på alle de ulike typene av vedvarende depresjoner, siden likhetene mellom dem er langt større enn forskjellene.

Utgangspunktet for behandlingstiltak for denne gruppen er en ny og grundig diagnostisk vurdering som inkluderer både somatiske og psykologiske forhold. Mange pasienter med kronisk depresjon har komorbid angstlidelse, spesielt generalisert

KAPITTEL 8

angstlidelse og panikklidelse. Mange har en oppvekst preget av tap, omsorgssvikt og traumer²⁵². Pasientene vil ofte trenge behandling med både antidepressiver og strukturert psykologisk behandling, og behandlingen bør ha lengre varighet enn ved enkeltstående episoder med depresjon^{27;120;253-255}.

Det kan være viktig å rette oppmerksomheten

mot sosiale forhold og andre faktorer som henholdsvis kan opprettholde, forsterke eller lindre pasientens problemer. Pasientene kan trenge rehabilitering for å gjenvinne selvtillit og styrket livskvalitet. Tilsvarende kan de ha behov for yrkesrettede tiltak og god oppfølging for å komme seg i arbeid igjen. Det samme kan gjelde bistand til å strukturere og organisere hverdagen, for eksempel ved hjelp fra hjemmebaserte tjenester.

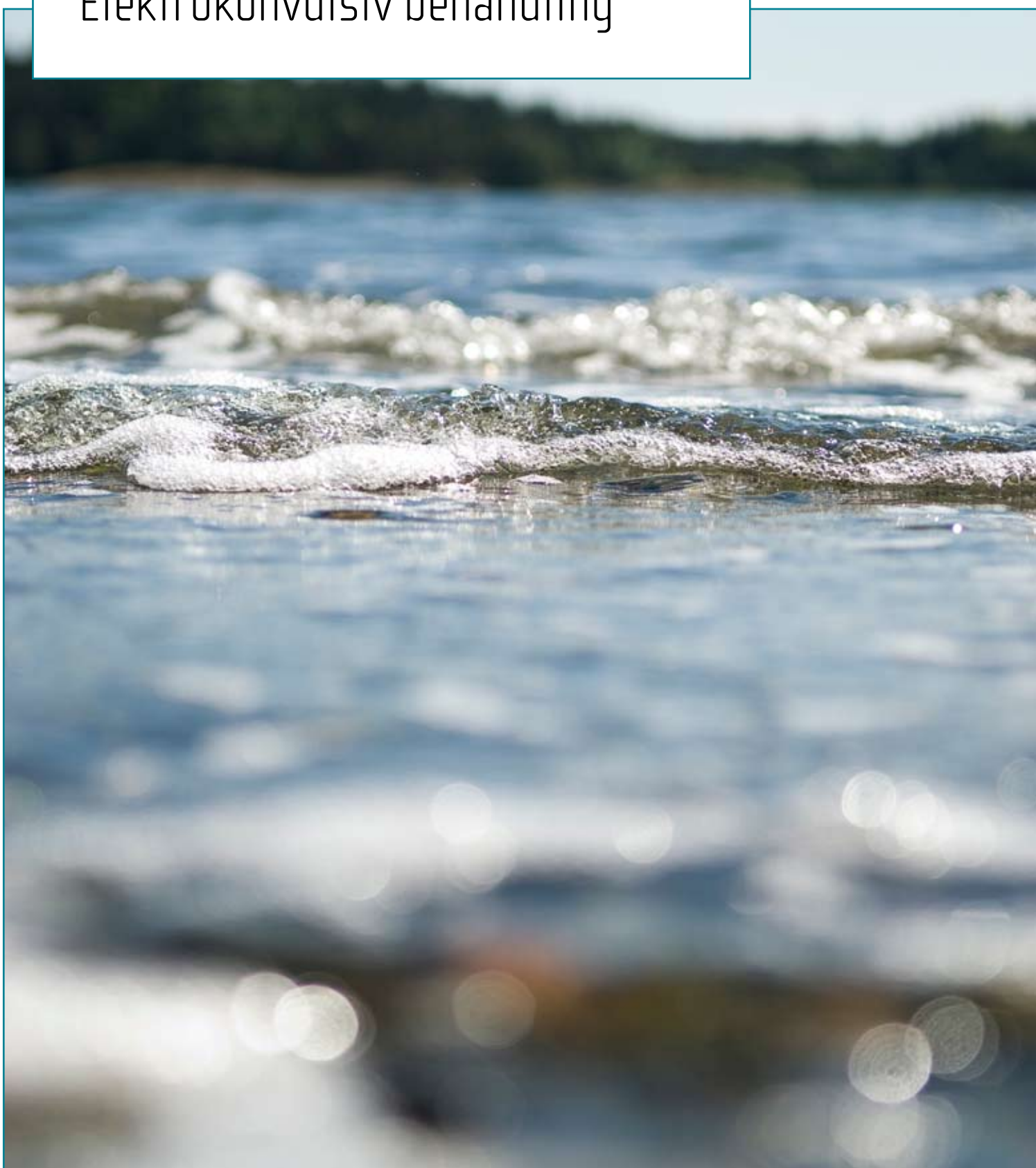
ANBEFALINGER for behandling av dystymi og kronisk depresjon

- Ved valg av behandlingsmetode skal det tas hensyn til pasientens rett til å medvirke til helsehjelp. Videre bør evidensen for metodens effekt og pasientens eventuelle tidligere erfaringer med behandling tas med i vurderingen (C).
- Pasienter med kronisk depresjon eller dystymi bør tilbys en kombinasjon av strukturert psykologisk behandling og antidepressiver (A).
- Bruk av antidepressiver vil normalt medføre observerbare og subjektive endringer i løpet av de første ukene selv om markert bedring kan ta noe lengre tid. Hvis det ikke er endring av stemningsleiet i løpet

av de seks første ukene, bør behandlingen revurderes (C).

- Sosial kontakt er viktig for personer med kronisk depresjon. Ved behov kan en tilby slik kontakt i form av regelmessige møter med frivillige som har fått opplæring i dette, for eksempel fra frivillighets-sentralen, besøkstjenesten til Røde Kors og pasienthjelperne til Mental Helse Norge. Kontakten bør finne sted minst én gang i uken i to til seks måneder (C).
- Hvis pasienten har mistet jobben eller trukket seg tilbake fra andre sosiale aktiviteter over lengre tid, bør man vurdere et rehabiliteringsprogram rettet mot disse problemene (C).

Elektrokonvulsiv behandling



KAPITTEL 9

Ved elektrokonvulsiv behandling (ECT) sendes en liten mengde elektrisitet gjennom en del av hjernen til en person som er under narkose og har fått muskelavslappende midler. ECT har dokumentert effekt ved depresjoner og er en mulighet når egnede forsøk med andre behandlingsmetoder har vist seg ineffektive^{7;27;38;256}.

ECT kan kun være et førstevalg ved psykotiske depresjoner og depresjoner som anses som potensielt livstruende, det vil si ved alvorlig næringsvegning eller akutt selvmordsfare. Fordeler og risiko med ECT over lengre tid er ikke klart etablert. Slik behandling anbefales derfor ikke som vedlikeholdsterapi ved depresjon.

Risiko og bivirkninger

Etter ECT kan det oppstå bivirkninger som konsentrasjonsvansker og hukommelsesforandringer^{257–259}. Det kan være frykt og utrygghet knyttet til denne behandlingsmetoden. Avgjørelsen om å ta i bruk elektrokonvulsiv behandling skal tas sammen av pasient og ansvarlig behandler. Pasienten må få komplett og egnet informasjon om både fordeler og risiko forbundet med elektrokonvulsiv behandling. Pasienten skal minnes på sin rett til å kunne trekke

sitt samtykke. Der pasienten ønsker det, anbefales det sterkt at pasientens aktuelle rådgiver og/eller pårørende deltar for å legge til rette for en åpen og god samtale omkring behandlingen.

Etter behandlingen skal pasientens kognitive funksjon vurderes løpende. Hukommelsestap og glemskhet kan oppstå i tiden etter behandling. Det er viktig at pårørende og andre informeres og at pasienten møter forståelse dersom slike ettervirkninger oppstår.

Samtykke

Bestemmelse om behandling uten pasientens samtykke i psykisk helsevernloven⁴¹ § 4–4 gir ikke hjemmel til å anvende ECT uten pasientens samtykke. Kun i spesielle nødsrettssituasjoner kan ECT unntaksvis benyttes uten pasientens samtykke.

ANBEFALINGER for behandling med ECT

- ECT har dokumentert effekt og er et alternativ når egnede forsøk med andre behandlingsformer har vist seg ineffektive (A)
- Etter behandlingen skal pasientens kognitive funksjon vurderes løpende (C)

Opphold i døgnavdeling



Vanlige årsaker til innleggelse av deprimerte pasienter er selvmordsfare eller svært alvorlig depresjon, gjerne med psykotiske symptomer der pasienten ikke er i stand til å ta vare på seg selv.

I følge [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#)⁶⁶ er de første dagene etter innleggelse, samt permisjoner og tid etter utskrivning, perioder med spesiell selvmordsrisiko. Det er viktig å identifisere fysiske farer og risikogjenstander i miljøer. Det skal foreligge skriftlige og entydige prosedyrer for observasjon og for iverksetting, endring og avslutting av tiltak.

Behandlingen rettes mot å lindre symptomer og mot å hjelpe pasienten til å kunne bo hjemme, eventuelt med nødvendig assistanse, og vil bestå av medikasjon og psykoterapeutiske eller psykoedukative tiltak. De miljøterapeutiske rammene og tiltakene skal virke stabiliserende og styrke funksjonsnivået. Grunnlaget er relasjonsarbeid og alliansebygging som oppnås gjennom struktur og planlagt samspill, og

KAPITTEL 10

ved å utnytte de muligheter som ligger i daglig samvær, rutiner og aktiviteter. Det tilbys aktiviteter som kan stimulere til bedring av depresjonen. Eksempler er fysisk aktivitet og strukturerte sosiale aktiviteter, gjerne basert på hva som tidligere har gitt pasienten opplevelse av mestring og tilfredsstillelse. Kjedsomhet og depressiv grubling kan forsinke bedringen. Familie- og nettverks-tilnærming bør være en del av den hjelpen som tilbys. Behandlingen bygges på funksjonsvurdering som kan foregå både på institusjonen og i pasientens eget hjem. I tillegg til individuell plan utformes en konkret, praktisk vinklet behandlingsplan med enkelt formulerte delmål. Behandlingen baseres på størst mulig grad av bruker-medvirkning.

Ved utskrivelse

Det bør foreligge konkrete planer for å sikre kontinuitet og trygghet i overgangen til annen behandling etter utskrivning. Utskrivelse fra døgninstitusjon bør derfor planlegges i samarbeid med pasienten, de instanser som pasienten skal ha kontakt med etter utskrivelse, samt pårørende der pasienten har gitt samtykke til dette. Det er en fordel at pasienten kjenner til den som skal følge opp ham/henne videre og har en

timeavtale med oppfølgende instans, som fastlege og psykisk helsearbeider. Det bør også etableres telefonisk kontakt med pasientens fastlege ved utskrivning, gjerne også ved et fellesmøte i god tid før utskrivning. Pasienten bør ha en avtale en dag eller to etter utskrivning. Pasienten bør gis informasjon om kontaktpunkter ved behov for øyeblikkelig hjelp. Pasienter som har vært innlagt i døgnenheter i psykisk helsevern, har forhøyet risiko for selvmord den første tiden etter utskrivning fra døgn-enheten. Det er derfor viktig at spesialist-helsetjenesten legger til rette for å sikre kontinuitet i overgangen mellom ulike behandlingsnivåer. For å forebygge at pasienter med høy selvmordsrisiko faller ut av behandlingsopplegget i overgangsfasen, bør det benyttes ambulante team dersom andre spesialiserte tiltak ikke er igangsatt⁶⁶. For en sjekklister for tiltak ved utskrivning, se rundskriv 17/2004: [Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern](#)²⁶⁰.

Andre depressive lidelser



KAPITTEL 11



Sesongavhengig depresjon

Sesongavhengig depresjon (vinterdepresjon) kjennetegnes ved energimangel, tretthet, økt søvnbehov, redusert sosial aktivitet og økt matlyst (særlig for søt-saker)²⁶¹. Kriteriene er tre eller flere depressive episoder i tre påfølgende år innenfor samme 90-dagers periode, oftest sent på høsten²⁶². Lysbehandling, der pasienten sitter foran en lampe med flat skjerm og eksponeres for lys med høy intensitet, kan ha effekt ved mild til moderat sesongavhengig depresjon²⁶³ og kanskje også ved mild til moderat ikke-sesongavhengig depresjon²⁶⁴. Evidensgrunnlaget er imidlertid usikkert og omstridt^{37;265}. Det finnes ikke tilstrekkelig evidens for effekt av antidepressiver ved sesongavhengig depresjon²⁶⁵.

Atypisk depresjon

Atypisk depresjon kjennetegnes ved nedstemthet mens evnen til å reagere følelsesmessig på oppmuntring og stimulering (reaktivitet) er beholdt. Personen er typisk overfølsom for avvisning og kritikk, og kan preges av økt søvnlengde, vektøkning, sterkt nedsatt energi og døgnvariasjon der en kjenner seg dårligst om ettermiddag og kveld. Det reaktive stemningsleiet kan føre

til at depresjonen blir feildiagnostisert, for eksempel som personlighetsforstyrrelse.

Psykotisk depresjon

Ved en psykotisk depresjon har pasienten vrangforestillinger, hallusinasjoner eller depressiv stupor som ledd i en alvorlig depressiv episode. Pasienter med psykotisk depresjon skal vurderes og behandles i spesialisthelsetjenesten.

Hvis det kun foreligger depressive symptomer med stemningskongruente psykotiske symptomer (for eksempel «Jeg er et dårlig menneske og har derfor fått en dødelig sykdom»), kan antidepressiver uten tillegg av antipsykotika være tilstrekkelig behandling. For pasienter med psykotisk depresjon bør man i samråd med pasienten vurdere nevroleptika som tilleggsmedikasjon, selv om optimal dosering og varighet av slik behandling er ukjent²⁶⁶.

Tilbakevendende kortvarige depresjoner

Tilbakevendende kortvarige depresjoner kjennetegnes ved hyppige depressive episoder, typisk to til fire dager^{267;268}. Årsaken er ukjent, og det finnes ikke evidensbasert

behandling. Hvis det er holdepunkter for tidligere hypomane episoder, kan man vurdere å behandle tilstanden som en bipolar II lidelse.

Agitert depresjon

Agitert depresjon er en tilstand hvor personen er rastløs, urolig og vandrer frem og tilbake hvileløst og er ofte skremt. Ved samtale kommer den depressive grunnstemningen frem. Tilstanden kan være del av en bipolar lidelse.

Depresjon ved bipolare lidelser

Bipolare lidelser kjennetegnes ved gjentatte episoder med depresjoner og en eller flere episoder med økt energi og overaktivitet (hypomani; bipolar II lidelse) eller ukritisk atferd med hevet stemningsleie (mani; bipolar I lidelse). De depressive fasene er oftere enn ved andre former for depresjon kjennetegnet ved opplevelse av ikke å kunne føle glede eller reagere følelsesmessig (anhedoni), døgnvariasjon (lettere om kvelden), tidlig morgenoppvåkning, øket søvmengde (hypersomni) og sterk angst (oftest panikkanfall). Symptomene kan variere fra å være lette uten sikker realitetsbrist til alvorlige symptomer preget av

vrangforestillinger og andre psykotiske symptomer. Initiativløshet og tretthet forekommer hyppig. Hvis en deprimert pasient frembyr slike symptomer (melankoli, somatisk syndrom), bør det vekke mistanke om at det foreligger en depresjon som ledd i en bipolar lidelse. Tilsvarende gjelder mistanke om hypoman eller tidligere manisk episode, åpenbart dyp depresjon (MADRS > 35–40) som debuterer tidlig (> 15–20 år), psykotisk depresjon eller forekomst av bipolar lidelse i familien og familiær opphopning av selvmord.

Psykososiale behandlingsformer som, gitt sammen med forebyggende medisin, kan ha forebyggende effekt mot nye episoder er psykoedukasjon^{269;270}, familiefokusert behandling^{271;272}, interpersonlig og sosial rytmetterapi²⁷³ og kognitiv terapi^{274–276}. Studier^{277;278} viser effekt av alle disse tilnærmingene i kombinasjon med medikamentell behandling i forhold til symptomer, funksjonsnivå og livskvalitet. Helsedirektoratet vil utarbeide egne retningslinjer for behandling av bipolare lidelser.

Cyklotymi

Cyklotymi tilhører den bipolare gruppen av lidelser, med lettere episoder av oppstemt-

het eller nedstemthet over flere år, men med stabile, normale perioder imellom. For å sette diagnosen er det et krav at pasienten ikke opplever mer enn to måneder uten endringer i stemningsleiet.

Blandet episode

Blandet episode er tilstander av bipolar type der det både finnes symptomer på depresjon og på hypomani eller mani. Personen kan ha symptomer som dysfori, irritabilitet, angst og selvmordstanker, idéflukt, tanke-spinn, dramatiserende og oppmerksomhetssøkende atferd eller søvnproblemer.

Behandling ved bipolare lidelser

Behandlingen ved bipolare lidelser skal være en kombinasjon av medikamentell behandling og strukturert psykologisk behandling og tilbakefallsforebygging. Det er oftere aktuelt med medikamentell behandling for å forebygge nye episoder, for eksempel litium eller visse antipsykotiske medikamenter.

Særskilte pasientgrupper



KAPITTEL 12



Depresjon hos eldre

Depresjon er vanlig forekommende hos eldre og kan debutere i alderdommen. Årsakene er ofte mange, men depresjon er spesielt hyppig hos personer med kronisk hjernesykdom eller skade som ved Parkinsons sykdom, ulike former for demens og etter hjerneslag. Depresjon hos eldre kan presentere seg på andre måter enn hos yngre, for eksempel maskert som somatiforme og agiterte depresjoner. Både de eldre selv, omgivelsene og helsepersonell kan feilaktig forklare psykiske plager som konsekvens av høy alder. I den diagnostiske vurderingen må man foruten å vurdere symptomer på depresjon og angst også vurdere pasientens fysiske helsetilstand og om hverdagen preges av sosial isolasjon. Suicidalatferd hos eldre kan være uttrykk for mer alvorlig intensjon enn hos yngre voksne. Tverrfaglig samarbeid er viktig både i utredningen og i oppfølging av behandlingen, og mange ganger er det hensiktsmessig å trekke pårørende aktivt med. Ektefellen kan dessuten selv ha behov for hjelp. Mange eldre med depresjon, også med alvorlig depresjon, får ikke adekvat behandling²⁷⁹.

Behandlingen skal være som for yngre personer med depresjon. Sentralt er god tid i konsultasjonen, med samtaler og tilrettelegging for aktivisering både fysisk, mentalt og sosialt. Ved medikamentell behandling må man være oppmerksom på at eldre opplever hyppigere bivirkninger ved antidepressiver enn yngre, og de må derfor følges nøye opp med hensyn til bivirkninger^{38;280}. Når antidepressiver forskrives til eldre som bruker andre medisiner, skal helsepersonell ta hensyn til faren for medikamentinteraksjoner. Universitetet i Oslo har opprettet en database www.interaksjoner.no til å sjekke medikamentinteraksjoner. Det er få psykologiske behandlingsstudier av god kvalitet som har inkludert pasienter over 80 år, men likevel er det grunnlag for å anbefale at alle typer psykologiske intervensjoner bør være tilgjengelige også for eldre med depresjon^{27;281}.

Pasienter med demens

Diagnostisering av depresjon hos personer med demens er vanskelig, fordi mange symptomer er felles for de to lidelsene. Ved alvorlig grad av demens kan depresjon arte seg som atferdsendringer som er vanskelig å tolke. MADRS og BDI-II er ikke validert hos

personer med demens, og det anbefales bruk av Cornell Scale for Depression in Dementia²⁸². Noen deprimerte pasienter kan ha betydelig kognitiv svikt og fremstå med demenslignende symptomer (pseudodemens). Personer med demens og samtidig depresjon kan ha utbytte av antidepressiver⁸⁶. En kombinasjon av psykologisk og medikamentell behandling er mer effektiv enn hver av behandlingene alene²⁷.

Pasienter med psykisk utviklingshemning

Det psykiske helsetilbudet for mennesker med psykisk utviklingshemning er preget av store regionale ulikheter; det er ofte tilfeldig om psykiske lidelser oppdages eller behandles. Det er stort behov for koordinering av tjenester og for kompetanseheving²⁸³. Symptomene for depresjon hos personer med psykisk utviklingshemning er de samme som for andre grupper, men symptomprofilen kan se annerledes ut, særlig ved stor grad av utviklingshemning^{284;285}.

Komplekse symptombilder bidrar til at man må bruke lengre tid på å identifisere depresjon, og det kan være nødvendig å intervju noen som har kjent personen over lang tid. Ved svake språklige ferdigheter og alvorlig psykisk utviklingshemning, kan symptomer

på depresjon være økt irritabilitet og aggresjon, nedsatt energi og tap av interesse for tidligere godt likte aktiviteter. Det er viktig at slike symptomer ikke blir forstått som atferdsvansker eller latskap. Personer med utviklingshemning har de samme rettigheter som andre til å motta tjenester fra psykisk helsevern, både i form av samtaler og behandling med antidepressiver. Tilnærminger basert på kognitiv terapi og atferdsterapi kan være nyttig for enkelte med lett og moderat utviklingshemning^{286;287}, vanligvis som supplement til miljøterapeutiske strategier og ambulante tiltak.

Pasienter med premenstruell dysfori

Premenstruell dysfori (depresjon) kjenne-tegnes ved nedstemthet, angst, følelsesmessig labilitet og nedsatt interesse for aktiviteter som vanligvis gir glede. Når menstruasjonen kommer, forsvinner plagene^{288;289}. Påvirker plagene funksjonsnivået, kan medikamentell behandling med SSRI i depressiv fase være til hjelp, fortrinnsvis som intermitterende behandling fra symptomdebut og frem til menstruasjonen²⁹⁰.



Svangerskaps- og barseldepresjon

Depresjon hos mor under svangerskapet og etter fødsel kan ha negative følger for barnets utvikling, for eldre søsken og for parforholdet. Rundt en tredjedel av alle barseldepresjoner starter under graviditeten^{291;292}. Depresjonssymptomer er minst like vanlige i slutten av svangerskapet som etter fødselen (Evans et al., 2000)²⁹²⁻²⁹⁵.

Det er økt risiko ved tidligere episoder med depresjon, traumatiske eller stressende hendelser, lite nettverksstøtte, konflikter i parforholdet, aleneansvar, uventet graviditet, dårlig selvfølelse, fremmedspråklighet og økonomiske problemer^{296;297}. Depresjon under svangerskapet kan være knyttet til somatisk sykdom hos mor, særlig stoffskifteforstyrrelser og diabetes.

Reaksjoner etter fødsel

Mor kan oppleve et sterkt vemod – barseltårer – de første dagene etter en fødsel, der hun gråter lett og er følelsesmessig labil, ofte med nedstemthet, irritabilitet, angst, søvnproblemer, konsentrasjonsproblemer og uvirkelighetsfølelse. I de fleste tilfeller er dette normalt og forbigående, mens kraftige og forlengete reaksjoner kan være tegn på begynnende depresjon.

Utredning av depressive tilstander under svangerskap og etter fødsel

Mødre kan bli deprimerte og få angstproblemer i perioden før og etter fødsel. Dette kan også gjelde fedre, selv om studier ikke tyder på økt risiko for depresjon for fedre generelt som gruppe²⁹⁸. Primærhelsetjenesten og helsestasjoner bør være oppmerksomme på og ha rutiner for å identifisere depresjon og angst. Anerkjente verktøy for vurdering av depresjon kan benyttes som del av klinisk intervju, og som ledd i et gjenomtenkt og lokalt forankret program ved helsestasjonen. Dette innebærer opplæring og mulighet for veiledning av psykolog/psykiater, og at det finnes faglig kompetanse og ressurser til å ta seg av mødre som fanges opp.

Oppfølging under svangerskap og etter fødsel

Gjennom god svangerskapsomsorg kan mange problemer forebygges. For familier i høyrisikogrupper kan regelmessig kontakt med fødeavdeling og post-partum-samtale være avgjørende. Hjemmebesøk og foreldreforberedende kurs i regi av helsestasjonen kan også være gode tiltak. Gravide med psykiske lidelser bør følges opp i spesialisthelsetjenesten eller fødepoliklinikk.

Kvinner som har symptomer på depresjon etter fødsel kan i tillegg til kontakt med jordmor og fastlege også få ekstra oppfølging ved helsestasjonen eller ved psykolog tilknyttet helsestasjonen. Det er viktig med et helhetlig perspektiv, der en trekker inn hele familien og styrker familiens selvfølelse og kompetanse. Hvile, omsorg og støtte i barseltiden har positiv betydning^{89;299}.

For familier der kvinnen har en alvorlig depresjon kan det være aktuelt med et bredt spekter av støttetiltak, som tilbud ved helsestasjonen, sykemelding av mor slik at far kan overta barselspermisjonen, økonomisk bistand, avlastningstiltak, barnehageplass for eldre barn og kontakt med frivillige organisasjoner og familiestøtteprogrammer som for eksempel Home-Start Familiekontakten (www.home-start-norge.no). Ved tilfeller der tilbudene i primærhelsetjenesten ikke er tilstrekkelige, bør det henvises til psykisk helsevern. Foreligger det betydelig redusert omsorgsevne, kan barnevernet bidra med tiltak som sikrer barnet nødvendig hjelp og omsorg (for informasjon om opplysningsplikten til barnevernet, se [rundskriv Q-24/2005 Barnevernet og taushetsplikten](#), opplysningsretten og opplysningsplikten). Ved Regionsenteret for barn og unges

psykiske helse, helseregion Sør-Øst, finnes [Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse](#) som kan bistå med råd.

Psykoterapi og støttesamtaler

Ved depresjon under svangerskap og i barseltiden er ikke-farmakologiske metoder viktigere enn ellers⁸⁹. Anbefalingene er her de samme som for depresjoner generelt. Psykologiske og psykososiale intervensjoner er i flere studier vist å ha effekt på post-partum depresjon³⁰⁰.

Behandling med antidepressiver under graviditet

Alle antidepressiver passerer morkaken, og man kan derfor ikke utelukke påvirkning av fosteret. Følgene av en alvorlig depressiv episode hos en gravid kvinne, må veies opp mot eventuelle uheldige medikamentelle effekter på fosteret. Behandlingen må alltid skje i samråd med kvinnen. Farmakokinetikken kan endres under graviditet, og gravide kvinner kan derfor trenge justerte doser av medikamentet. Behandling med antidepressiver i siste delen av graviditeten kan medføre en periode med pusteproblemer, spiseproblemer, irritabilitet, skriking og søvnproblemer hos det nyfødte barnet³⁰¹.

For mange av de nye antidepressiver er dokumentasjonen begrenset med hensyn til påvirkning av fosteret. Den absolutte risikoen for misdannelser ved bruk av antidepressiver anses likevel som liten^{302;303}. Studier vedrørende eventuelle effekter på funksjonell utvikling (inklusive læring og hukommelse) er mangelfulle for alle antidepressiver, og langtids oppfølgingsstudier mangler^{304;305}.

Det finnes ikke grunn til å foretrekke tri-sykliske antidepressiver framfor SSRI hos gravide kvinner. Flere studier har satt paroksetin i sammenheng med noe økt risiko for kardiovaskulære misdannelser^{306;307}. Nylig har en prospektiv observasjonsstudie også antydnet sammenheng mellom fluoksetin i første trimester og kardiovaskulære misdannelser³⁰⁸. Epidemiologiske studier har gitt mistanke om en mulig sammenheng mellom bruk av SSRI i siste del av svangerskapet og vedvarende pulmonal hypertensjon hos nyfødte^{309;310}. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til disse funnene.

Behandling med antidepressiver etter fødsel

Ved alvorlig depresjon etter fødsel kan det være hensiktsmessig at kvinnen får medikamentell behandling. Slik behandling må

vurderes på bakgrunn av utredning og samtale med kvinnen og hennes pårørende dersom hun ønsker det. Velger man medikamentell behandling, må fordelene ved amming veies mot mulig uheldig medikamentell påvirkning av barnet.

De fleste antidepressiver går i liten eller moderat grad over i morsmelk³¹¹.

Kunnskapsgrunnlaget er sparsomt når det gjelder virkninger på barnet når mor bruker antidepressiver under amming. Det finnes ingen randomiserte, kontrollerte studier, og langtids oppfølgingsstudier mangler³¹².

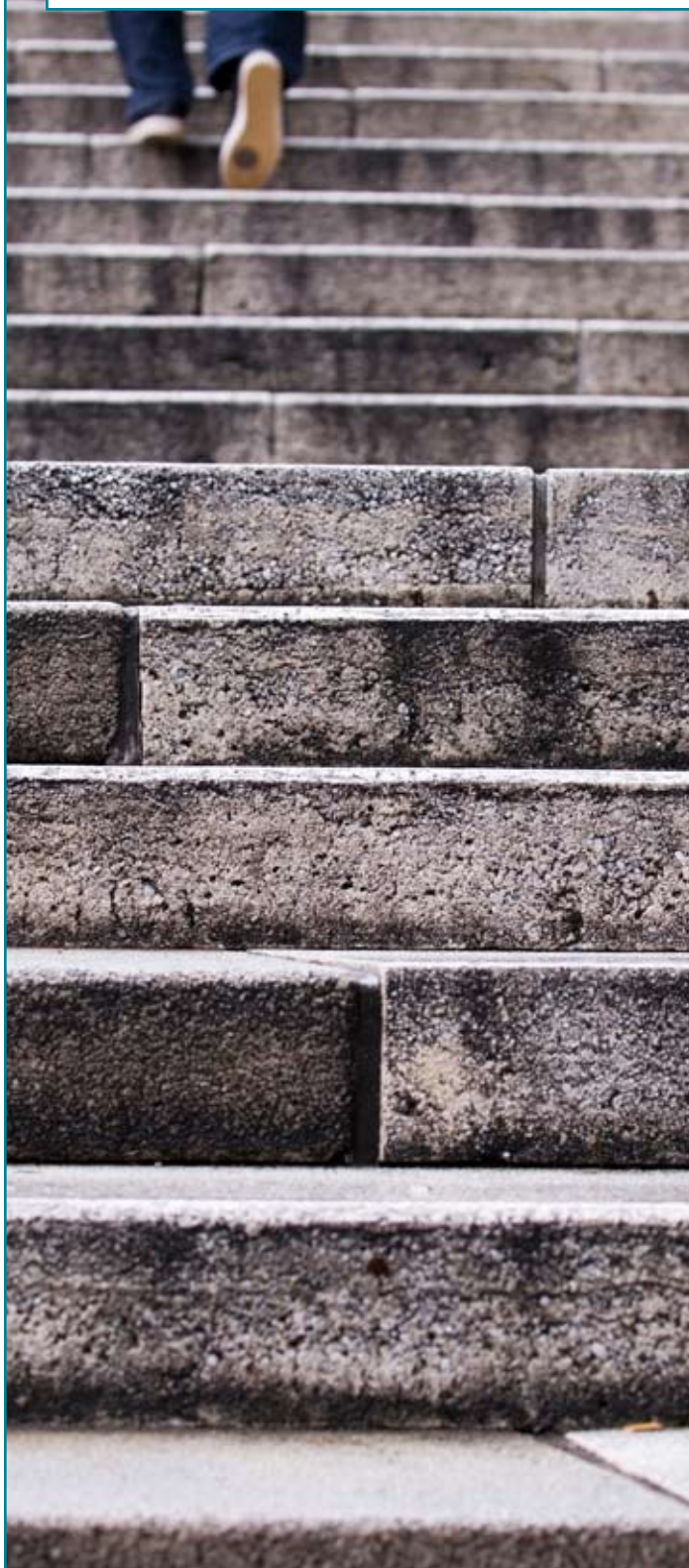
Uheldige effekter på barnet kan ikke utelukkes for noen av preparatene og nytten av behandlingen må alltid veies mot risiko for uheldige effekter på barnet ved amming. Finnes det indikasjon for TCA, bør doksepin unngås på grunn av akkumulering i barnet. Ved indikasjon for SSRI, er det mest sikkerhetsdata for paroksetin og sertralin. Man bør være tilbakeholden med bruk av fluoksetin på grunn av den lange halveringstiden. Det er også rapportert påvirkning av barnet ved bruk av høye doser citalopram hos ammende. Det er utilstrekkelige data for bruk av escitalopram og andre nye antidepressiver som venlafaksin, mirtazapin og moclobemid. Bruk av litium og lamotrigin

frarådes ved amming, men i situasjoner hvor bruken anses nødvendig, må en konkret risikovurdering skje i samråd med kvinnen.

ANBEFALINGER for behandling av depresjon under svangerskap og etter fødsel

- Det bør være rutiner for identifikasjon av depresjon i svangerskap og etter fødsel, og faglig kompetanse og ressurser til å følge opp familiene som fanges opp (GP).
- Det bør tilbys et bredt spekter av tiltak, som hjemmebesøk, avlastning, familiestøtte og strukturert psykologisk behandling (GP).
- Risikovurdering ved medikamentell behandling må tas individuelt sammen med kvinnen og hennes pårørende dersom hun ønsker det og eventuelt i samråd med spesialist. Antidepressiver bør bare brukes hvis fordelene oppveier en mulig risiko (GP).

Barn av foreldre med depressive lidelser



Psykiske lidelser rammer sjelden bare én person, men innvirker i høy grad på de personer som står vedkommende nær. Både yngre og eldre barn er i risikozonen hvis en eller begge foreldre har en psykisk lidelse. Det er viktig å understreke at mange foreldre med depresjon, på tross av sine psykiske vansker, makter å forholde seg sosialt til barna sine, vise interesse for dem og glede over samværet. Dette faktum må likevel ikke være til hinder for at helsepersonell forholder seg til barnas situasjon. Selv om dette kan være et sårbart emne, ønsker de aller fleste foreldre at behandlere skal snakke med dem om barna. De ønsker det beste for sine barn, og det er ingen motsetning mellom å gi den voksne behandling og samtidig ta opp omsorgsrollen og barnas behov.

Det er ikke foreldres psykiske lidelse i seg selv som er avgjørende for barnets situasjon, men i hvilken grad foreldreatferden er hen-

KAPITTEL 13

siktsmessig i forhold til barnets behov og utvikling^{313;314}. Barn av foreldre med alvorlig depresjon har betydelig høyere risiko for selv å utvikle en psykisk lidelse, som depresjon, angstlidelse og rusmiddelavhengighet³¹⁵⁻³¹⁹.

Jo yngre foreldrene er, desto større synes risikoen å være. En risikofaktor er foreldres problemer med å fungere i oppdragerrollen. Deprimerte foreldre kan være tilbaketrukkne, selvnedvurderende og initiativløse, eller irritable og negative. De føler ofte utilstrekkelighet og skyld overfor barnas situasjon, noe som gir depresjonen ny næring. Det er viktig at man i samtalen også bekrefter foreldrene på det de får til, og ikke utelukkende er opptatt av det som er vanskelig.

Helsepersonell bør snakke med deprimerte foreldre om barna, og eventuelt hvordan en kan legge til rette for deres trivsel og utvikling. Eksempler på temaer er hvordan hjelpe barna til aktiviteter og engasjement utenfor hjemmet, hvordan åpne opp for nettverksstøtte, hvordan fremme barnas nære tilknytning til andre positive voksne og jevnaldrende, hvordan snakke med barnet om mors eller fars psykiske vansker og hvordan snakke med hele familien samlet når det er aktuelt. Foreligger det betydelig redusert omsorgsevne, kan barnevernet

bidra med tiltak som sikrer barnet nødvendig hjelp og omsorg (for informasjon om opplysningsplikten til barnevernet, se rundskriv [Q-24/2005 Barnevernet og taushetsplikten](#), opplysningsretten og opplysningsplikten). Det vises for øvrig til [Helsedirektoratets rundskriv 5/2006 Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre](#).

Det er gjort randomiserte studier av et systematisk tilbud med informasjon og/eller familiesamtaler for familier der en av foreldrene har en stemningslidelse³²⁰. Det var god effekt på symptomer og familiefungering, også ved evaluering etter fire år. Organisasjonen Voksne for Barn arbeider med spredning og implementering av tiltaket (www.voksneforbarn.no).

ANBEFALINGER

- Helsepersonell skal i sine kartleggingsrutiner ivareta et barne- og pårørende-perspektiv (C).
- Nedsatt foreldrefungering bør møtes som et legitimt symptom ved psykisk lidelse, og hele familien bør tilbys adekvat hjelp ved behov (C).

Vedlegg

Liste over høringsinstanser

(Noen av de inviterte høringsinstansene avsto fra å kommentere retningslinjen)

Fylkesmannen i:

Møre og Romsdal

Hedmark

Østfold

Sør-Trøndelag

Hordaland

Vestfold

Telemark

Aust-Agder

Vest-Agder

Rogaland

Nord- Trøndelag

Nordland

Finnmark

Akershus

Oppland

Buskerud

Oslo

Troms

Sogn og Fjordane

Helse Sør-Øst RHF

Helse Nord RHF

Helse Vest RHF

Helse Midt-Norge RHF

Psykiatrien i Vestfold HF Sykehuset Buskerud HF Sykehuset Sørlandet HF Telemark sykehus HF Ullevål universitetssykehus HF Sykehuset Asker og Bærum HF Sykehuset Østfold HF Aker Universitetssykehus HF Akershus Universitetssykehus HF Blefjell sykehus HF Sykehuset Innlandet HF Ringerike sykehus HF Sykehuset Stavanger HF Sykehuset Bergen HF Sykehuset Fonna HF Sykehuset Førde HF Helse Nord-Trøndelag HF Helse Nordmøre og Romsdal HF St Olavs Hospital HF Helse Sunnmøre HF Helgelandssykehuset HF Helse Finnmark HF Nordlandssykehuset Universitetssykehuset i Nord-Norge	Den norske legeforening v/ Norsk Psykiatrisk forening og Norsk forening for allmenntmedisin Norsk Psykologforening Norsk sykepleierforbund FAFO Mental Helse Norge Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien (LPP) We Shall Overcome (WSO) Voksne for barn Norsk Pensjonistforbund FFO Funksjonshemmedes fellesorganisasjon SAFO Samarbeidsforbundet av funksjons- hemmedes organisasjoner Folkehelseinstituttet Statens legemiddelverk Statens helsetilsyn NAV Socialstyrelsen (Sverige) Sunhedsstyrelsen (Danmark) Institutt for gruppeanalyse Institutt for psykoterapi Universitetet i Oslo
---	--

Anbefalte verktøy ved diagnostisering, kartlegging og evaluering

Nedenfor følger en oppsummering av diagnostiske verktøy, samt skjemaer for kartlegging og evaluering som nevnes i retningslinjene.

Diagnostiske verktøy

Som et supplement til det kliniske intervjuet anbefales bruk av standardiserte hjelpemidler for vurdering av depresjonsdybde, og som hjelpemiddel til å følge opp en behandling. Eksempler er:

- Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)
- Becks depresjonsinventorium-II (BDI-II)
- Geriatric Depression Scale (for eldre)
- WHO-5 (et anvendelig instrument for å identifisere depresjon i primærhelsetjenesten)

I spesialisthelsetjenesten bør en vurdere å supplere klinisk intervju og graderingsskala med et semistrukturert intervju, for eksempel:

- Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)
- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders with Psychotic Symptoms included (SCID-P)

Kartlegging av rusmiddelproblemer og selvmordsfare

For kartlegging (identifisering) og vurdering av selvmordsrisiko anbefales det å bruke verktøyene som er presentert i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

Bruk av et enkelt selvrappoterings skjema kan øke muligheten for å identifisere rusmiddelproblemer, for eksempel AUDIT (the Alcohol Use Disorder Identification Test) og DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test).

Skjemaer for evaluering av terapiforløpet og den terapeutiske alliansen

Terapeuten bør jevnlig sjekke ut om pasienten faktisk blir bedre, både ved å drøfte dette med pasienten og ved å gjenta strukturerte spørreskjemaer som MADRS og BDI-II underveis i behandlingen. Systematisk tilbakemelding danner utgangspunkt for endret behandlings-

strategi, styrket allianse og bedre resultater. To brukervennlige rangeringsskalaer er:

- Outcome Rating Scale om siste ukes tilstand innenfor tre viktige livsområder
- Session Rating Scale om hvordan pasienten opplevde relasjonen til behandler i den aktuelle samtalen, om en snakket om relevante temaer og i hvilken grad tilnærmingen passet pasienten.

Terapeuten bør regelmessig og systematisk stille spørsmål om alliansen og gjerne også oppfordre pasienten til å fylle ut et selvrapporterings skjema som måler alliansen og tilfredshet med terapien, for eksempel Working Alliance Inventory-Short.

Oversikt over lenker og nettsteder

Helsedirektoratets informasjon og publikasjoner

www.helsedirektoratet.no

De elektroniske versjonene av retningslinjen vil være tilgjengelige fra Helsedirektoratets hjemmesider. Her finnes også forskjellige veiledere, retningslinjer og andre publikasjoner utgitt av Helsedirektoratet, for eksempel:

- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/retningslinjer_for_forebygging_av_selvmord_i_psykisk_helsevern_124724
- Veileder for distriktpsikiatriske sentre.
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/distriktpsikiatriske_sentre_54489
- Informasjon og publikasjoner vedrørende individuell plan:
www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/
www.helsedirektoratet.no/psykisk
- Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling:
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/faktahefter/aktivitetsh_ndboken_fysisk_aktivitet_i_forebygging_og_behandling_360684

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

Helsebiblioteket

www.helsebiblioteket.no

Helsebiblioteket er en statlig finansiert nettside som ønsker å heve kvaliteten på helse-tjenestene ved å tilby helsepersonell fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap. Her finnes blant annet tilgang til tidsskrifter, retningslinjer, oppsummert forskning, skåringsverktøy, databaser og pasientinformasjon.

Kompetansesentra

- Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) www.nkvts.no/
- Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) www.rvts.no/.
- Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) www.nakmi.no
- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring www.mestring.no
- Nasjonalt Kompetansesenter for Søvn sykdommer www.sovno.no
- Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse www.r-bup.no/cms/cmspublish.nsf/pages/spedogsma?open&qm=hovedmeny,2,0,0,0,0

Diagnostisering og skåringsverktøy

- International Classification of Diseases (ICD-10) www.kith.no/sokeverktoy/icd10/icd10.htm
- Helsebibliotekets samling tilgjengelige verktøy for kartlegging og diagnostisering: www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/Felles/Skaringsverktoy
- Skalaer til bruk ved systematisk evaluering utfall og prosess i psykoterapi www.talkingcure.com

Lover og rundskriv

- www.lovdatabasen.no (her finnes alle aktuelle lover)
- For en sjekkliste for tiltak ved utskrivning, se rundskriv 17/2004 www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/vedr_rende_utskrivning_av_pasienter_fra_d_gnopp_hold_i_psykisk_helsevern_2557
- Informasjon om opplysningsplikten til barnevernet:

Rundskriv Q-24/2005 Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-q-24_rundskriv_taushetsplikt.pdf

- Helsedirektoratets rundskriv 5/2006 Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/oppfolging_av_barn_til_psykisk_syke_og_eller_rusavhengige_foreldre_41898

Selvhjelp og bruker- og interesseorganisasjoner

- Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp www.selvhjelp.no
- BluePages: informasjon om depresjon og behandling www.bluepages.no
- MoodGYM: interaktiv kognitiv atferdsterapi www.moodgym.no
- Informasjon om ulike kurs i mestring av depresjon:
 - Rådet for psykiske helse www.psykiskhelse.no
 - Kommunal Kompetanse www.kkomp.no
 - A-senteret, Kirkens bymisjon i Oslo www.bymisjon.no/a-senteret
- Mental Helse Norge www.mentalhelse.no
- Organisasjonen Voksne for Barn www.voksneforbarn.no

Legemidler

- Statens legemiddelverk www.legemiddelverket.no
- Database til å sjekke medikamentinteraksjoner. www.interaksjoner.no

Arbeid og psykisk helse

- Opplysninger om oppfølging av sykmeldte finnes på www.nav.no og www.arbeidstilsynet.no
- NAV har også eget område på sine nettsider for arbeid og psykisk helse www.nav.no/psykiskhelse
- Helsedirektoratets hjemmesider har eget meny punkt på arbeid og psykisk helse både for publikum: www.psykisk.no og for tjenesten på www.helsedir.no/psykisk

Referanser

1. Stemningslidelser: kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Oslo: Statens helsetilsyn; 2001. Helsetilsynets utredningsserie 3-2000.
2. Rottenberg J. Major depressive disorder: Emerging evidence for emotion context insensitivity. I: Rottenberg J, Johnson SL, red. Emotion and psychopathology: bridging affective and clinical science. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2007. s. 151–65.
3. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001;158(7):1091–8.
4. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308–16.
5. Sandanger I, Nygard JF, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgard OS. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34(11):570–9.
6. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(9):713–9.
7. Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk kunnskapssammanställning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. SBU-rapport 166/2.
8. Nilsson E, Bogren M, Mattisson C, Nettelbladt P. Point prevalence of neurosis in the Lundby Study 1947–1997. *Nord J Psychiatry* 2007;61(1):33–9.
9. Sandanger I, Nygard JF, Sorensen T, Dalgard OS. Return of depressed men: changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. *J Affect Disord* 2007;100(1–3):153–62.
10. Judd LL, Kessler RC, Paulus MP, Zeller PV, Wittchen HU, Kunovac JL. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998;393:6–11.
11. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders – a life-long perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(5):339–44.
12. Kennedy N, Abbott R, Paykel ES. Remission and recurrence of depression in the maintenance era: long-term outcome in a Cambridge cohort. *Psychol Med* 2003;33(5):827–38.
13. Kiloh LG, Andrews G, Neilson M. The long-term outcome of depressive illness. *Br J Psychiatry* 1988;153:752–7.
14. Lee AS, Murray RM. The long-term outcome of Maudsley depressives. *Br J Psychiatry* 1988;153:741–51.
15. Judd LL. The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(11):989–91.
16. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon

- DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999;156(7):1000–6.
17. Coyne JC, Pepper CM, Flynn H. Significance of prior episodes of depression in two patient populations. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(1):76–81.
 18. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498–504.
 19. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9063):1436–42.
 20. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370(9590):851–8.
 21. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 15):8–11.
 22. Ustun TB, Kessler RC. Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *Br J Psychiatry* 2002;181:181–3.
 23. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, et al. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1412–8.
 24. Berto P, D’Ilario D, Ruffo P, Di Virgilio R, Rizzo F. Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. *J Ment Health Policy Econ* 2000;3(1):3–10.
 25. The Centre for Economic Performance’s Mental Health Policy Group. The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders. London: London School of Economics and Political Science; 2006. Tilgjengelig fra: <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/special/depressionreport.pdf>.
 26. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993;54(11):405–18.
 27. Depression (amended): management of depression in primary and secondary care. Rev. utg. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007. NICE clinical guideline 23. Tilgjengelig fra: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23NICEguidelineamended.pdf
 28. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003;289(23):3135–44.
 29. McCracken C, Dalgard OS, Ayuso-Mateos JL, Casey P, Wilkinson G, Lehtinen V, et al. Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. Evidence from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2006;189:161–7.
 30. Dalgard OS, Bøen H. Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse; 2008. Rapport 2008:1.
 31. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007;370(9590):841–50.

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

- | | |
|--|--|
| <p>32. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. <i>Eur Neuro-psychopharmacol</i> 2005;15(4):357–76.</p> <p>33. Dalgard OS. Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for psykisk helse; 2006. Rapport 2006:2.</p> <p>34. ...og bedre skal det bli!: en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Veileder. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf</p> <p>35. Retningslinjer for retningslinjer: veileder: prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglig retningslinjer. rev. utg. Oslo: Statens helsetilsyn; 2002.</p> <p>36. Mestring av depresjon: veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser. Oslo: Norsk psykologforening; 2002.</p> <p>37. Depression in adults (update). Depression: the treatment and management of depression in adults. Draft for consultation. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Tilgjengelig fra: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/DepressionUpdateFullGuidelineDraft.pdf.</p> <p>38. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.</p> <p>39. Zimmerman M, Mattia JI, Posternak MA. Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? <i>Am J Psychiatry</i> 2002;159(3):469–73.</p> | <p>40. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighet-sloven). LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html.</p> <p>41. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html.</p> <p>42. Plan for brukermedvirkning: mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315_9828a.pdf</p> <p>43. Distriktpsikiatriske sentre: med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388_11512a.pdf</p> <p>44. Pårørende – en ressurs : veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Veileder. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00079/P_r_rende_en_ressu_79889a.pdf</p> <p>45. Ahlberg N. Minoritetsklinter som helsefaglig utfordring. <i>Tidsskr Nor Psykol Foren</i> 2006;43(12):1276–81.</p> <p>46. Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Rådet for psykisk helse; 2007.</p> <p>47. Olssøn I. Aspects of recognition and treatment of common mental disorders in general practice Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine Unipub; 2006.</p> |
|--|--|

48. Tylee A, Walters P. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl 2):27–30.
49. Henkel V, Mergl R, Coyne JC, Kohnen R, Moller HJ, Hegerl U. Screening for depression in primary care: will one or two items suffice? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254(4):215–23.
50. Lopez SL, Snyder CR, red. *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2003.
51. Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press / American Psychological Association; 2004.
52. Brown GW, Harris T. *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. New York : Free Press; 1978.
53. Giron M, Manjon-Arce P, Puerto-Barber J, Sanchez-Garcia E, Gomez-Beneyto M. Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):530–5.
54. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
55. Angst J, Merikangas KR. Multi-dimensional criteria for the diagnosis of depression. *J Affect Disord* 2001;62(1–2):7–15.
56. Kendler KS, Gardner CO, Jr. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry* 1998;155(2):172–7.
57. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382–9.
58. Beck AT, Brown GK, Steer RA. *Beck depression inventory: manual*. San Antonio: Psychological Corp.; 1993.
59. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17(1):37–49.
60. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Moller HJ, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003;326(7382):200-1.
61. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiar Scand* 1983;67(6):361-70.
62. Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. First MB, red. *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
63. Sheehan DV, Lecrubier Y. *Mini International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.)*. Tampa / Paris: University of South Florida Institute for Research in Psychiatry / INSERM-Hôpital de la Salpêtrière; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.medical-outcomes.com/HTMLFiles/MINI/MINI.htm>
64. Angst J, Sellaro R, Ries MK. Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252(4):147–54.

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

65. Zimmerman M, Chelminski I, McDermet W. Major depressive disorder and axis I diagnostic comorbidity. *J Clin Psychiatry* 2002;63(3):187–93.
66. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. Nasjonale faglige retningslinjer. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvmord_kor_36439a.pdf
67. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160(6):1147–56.
68. Evans DL, Staab J, Ward H, Leserman J, Perkins DO, Golden RN, et al. Depression in the medically ill: management considerations. *Depress Anxiety* 1996;4(4):199–208.
69. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004;66(6):802–13.
70. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004;66(3):305–15.
71. Krishnan KR, DeLong M, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C, et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry* 2002;52(6):559–88.
72. Wulsin LR, Singal BM. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med* 2003;65(2):201–10.
73. Fure B. Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127(10):1387–9.
74. Nilsson FM, Kessing LV. Increased risk of developing stroke for patients with major affective disorder--a registry study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254(6):387–91.
75. Robinson RG. Psychiatric syndromes following stroke. I: Bogousslavsky J, Caplan LR, red. *Stroke syndromes*. New York: Cambridge University Press; 1995. s. 188–99.
76. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24(6):1069–78.
77. Golden SH, Lazo M, Carnethon M, Bertoni AG, Schreiner PJ, Diez Roux AV, et al. Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA* 2008;299(23):2751–9.
78. Borson S, McDonald GJ, Gayle T, Deffenbach M, Lakshminarayan S, VanTuinen C. Improvement in mood, physical symptoms, and function with nortriptyline for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychosomatics* 1992;33(2):190–201.
79. Stage KB, Middelboe T, Stage TB, Sorensen CH. Depression in COPD-management and quality of life considerations. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2006; 1(3):315–20.

80. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005;58(3):175–89.
81. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;(32):57–71.
82. Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, Bostrom A, Epstein L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(6):942–9.
83. Schiffer RB, Wineman NM. Antidepressant pharmacotherapy of depression associated with multiple sclerosis. *Am J Psychiatry* 1990;147(11):1493–7.
84. Penzak SR, Reddy YS, Grimsley SR. Depression in patients with HIV infection. *Am J Health Syst Pharm* 2000;57(4):376–86.
85. Leserman J, Pence BW, Whetten K, Mugavero MJ, Thielman NM, Swartz MS, et al. Relation of lifetime trauma and depressive symptoms to mortality in HIV. *Am J Psychiatry* 2007;164(11):1707–13.
86. Bains J, Birks JS, Denning TR. The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(4):Art. No.: CD003944.
87. Burn DJ. Beyond the iron mask: towards better recognition and treatment of depression associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2002;17(3):445–54.
88. Gotham AM, Brown RG, Marsden CD. Depression in Parkinson's disease: a quantitative and qualitative analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986;49(4):381–9.
89. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007.
90. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365(9467):1309–14.
91. Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(1):53–61.
92. Hatzenbuehler ML, Nolen-Hoeksema S, Erickson SJ. Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: results from a prospective study of bereaved gay men. *Health Psychol* 2008;27(4):455–62.
93. Hegna K, Wichstrøm L. Suicide attempts among Norwegian gay, lesbian and bisexual youths: general and specific risk factors. *Acta Sociol* 2007;50(1):21–37.
94. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166(21):2314–21.
95. Unutzer J, Katon WJ, Fan MY, Schoenbaum MC, Lin EH, Della Penna RD, et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care* 2008;14(2):95–100.

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

96. Individuell plan 2007: veileder til forskrift om individuell plan. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Veileder. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00027/IS-1253NY_27349a.pdf
97. «Gjør det så enkelt som mulig»: tipshefte om individuell plan. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00041/IS-1544_41629a.pdf
98. Plaisier I, de Bruijn JG, de Graaf R, ten Have M, Beekman AT, Penninx BW. The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Soc Sci Med* 2007;64(2):401–10.
99. Shields M. Stress and depression in the employed population. *Health Rep* 2006;17(4):11–29.
100. Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med* 2005;35(6):865–71.
101. Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB, Burr H, Tuchsén F, Bonde JP. Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(9):771–5.
102. Martinsen EW, Moser T, Borge L, Moe T, Johannessen B, Kagggestad J. Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
103. Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol* 2002;156(4):328–34.
104. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000;62(5):633–8.
105. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159(19):2349–56.
106. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med* 2007;69(7):587–96.
107. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2001;322(7289):763–7.
108. Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, McHarg AM, Reid IC, McMurdo ME. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002;180:411–5.
109. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med* 2005;28(1):1–8.
110. Skrede A, Munkvold H, Watne O, Martinsen EW. Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidinger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126(15):1925–7.
111. Aktiv og frisk: fysisk aktivitet og psykisk helse. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Under publisering.

112. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multi-media/archive/00105/Aktivitetsh_ndboken_105169a.pdf
113. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61(4):271–85.
114. Castonguay LG, Beutler LE, red. Principles of therapeutic change that work. New York: Oxford University Press; 2006.
115. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
116. Whisman MA, red. Adapting cognitive therapy for depression: managing complexity and comorbidity. New York: Guilford Press; 2008.
117. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
118. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2009.
119. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. New York: The Guilford Press; 2003.
120. McCullough JP, Klein DN, Borian FE, Howland RH, Riso LP, Keller MB, et al. Group comparisons of DSM-IV subtypes of chronic depression: validity of the distinctions, part 2. *J Abnorm Psychol* 2003;112(4):614–22.
121. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(4):658–70.
122. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books; 1984.
123. de Mello MF, de Jesus MJ, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255(2):75–82.
124. Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychol Psychother* 2007;80 (Pt 2):217–28.
125. Høglend P, Bøgwald KP, Amlø S, Marble A, Ulberg R, Sjaastad MC, et al. Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *Am J Psychiatry* 2008;165(6):763–71.
126. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baity MR, Mooney MA. Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(6):349–57.
127. Salminen JK, Karlsson H, Hietala J, Kajander J, Aalto S, Markkula J, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: a randomized comparative study. *Psychother Psychosom* 2008;77(6):351–7.
128. Coyne JC, Benazon NR. Not agent blue:

<p>Effects of marital functioning on depression and implications for treatment. I: Beach SRH, red. Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice. Washington D.C.: American Psychological Association (APA); 2001. s. 24–44.</p> <p>129. Whisman MA. The association between depression and marital dissatisfaction. I: Beach SRH, red. Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice. Washington D.C.: American Psychological Association; 2001. s. 3–24.</p> <p>130. Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, Schmalting KB, Salusky S. Marital therapy as a treatment for depression. <i>J Consult Clin Psychol</i> 1991;59(4):547–57.</p> <p>131. O’Leary KD, Beach SR. Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord. <i>Am J Psychiatry</i> 1990;147(2):183–6.</p> <p>132. Bordin ES. Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I: Horvath AO, Greenberg LS, red. <i>The Working alliance: theory, research and practice</i>. New York: Wiley; 1994. s. 13–37.</p> <p>133. Horvath AO, Robinder PB. The alliance. I: Norcross JC, red. <i>Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients</i>. New York: Oxford University Press; 2002. s. 37–69.</p> <p>134. Horvath AO, Symonds BD. Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy – A Metaanalysis. <i>Journal of Counseling Psychology</i> 1991;38(2):139–49.</p> <p>135. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and</p>	<p>other variables: a meta-analytic review. <i>J Consult Clin Psychol</i> 2000;68(3):438–50.</p> <p>136. Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-put-come research: continuity and change. I: Lambert MJ, red. <i>Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change</i>. New York: Wiley; 2004. s. 307–89.</p> <p>137. Tracey TJ, Kokotovic AM. Factor Structure of the Working Alliance Inventory. <i>Psychological Assessment</i> 1989;1(3):207–10.</p> <p>138. Ackerman S, Hilsenroth M. A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. <i>Psychotherapy</i> 2001;38(2):171–85.</p> <p>139. Bohart AC, Elliott R, Greenberg LS, Watson JC. <i>Empathy</i>. I: Norcross JC, red. <i>Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients</i>. New York: Oxford University Press; 2002. s. 89–108.</p> <p>140. Burns DD, Nolen-Hoeksema S. Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. <i>J Consult Clin Psychol</i> 1992;60(3):441–9.</p> <p>141. Farber BA, Lane JS. Positive regard. I: Norcross JC, red. <i>Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients</i>. New York: Oxford University Press; 2002. s. 175–94.</p> <p>142. Tryon GS, Winograd G. <i>Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients</i>. I: Norcross JC, red. <i>Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients</i>. New York: Oxford University Press; 2002. s. 109–25.</p>
---	---

143. Bachelor A, Laverdière O, Gamache D, Bordeleau V. Clients' collaboration in therapy: Self-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy* 2007;44(2):175–92.
144. Beutler LE, Blatt SJ, Alimohamed S, Levy KN, Angtuaco L. Participant factors in treating dysphoric disorders. I: Castonguay LG, Beutler LE, red. *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press; 2006. s. 13–63.
145. Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE. Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(2):159–72.
146. Lambert MJ, Whipple JL, Hawkins EJ, Vermeersch DA, Nielsen SL, Smart DW. Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clin Psychol* 2003;10(3):288–301.
147. Klein MH, Kolden GG, Michels JL, Chisholm-Stockard S. Congruence. I: Norcross JC, red. *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press; 2002. s. 195–215.
148. Safran JD, Muran JC, Samstag LW, Stevens C. Repairing alliance ruptures. I: Norcross JC, red. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press; 2002. s. 235–54.
149. Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. *Beyond Integration: The Triumph of Outcome Over Process in Clinical Practice*. *Psychother Aust* 2004;10(2):20–37.
150. Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A-G, Fjeldstad T, red. *Klienten – den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
151. Bockting CL, ten Doesschate MC, Spijker J, Spinhoven P, Koeter MW, Schene AH. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008;77(1):17–26.
152. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105(3):164–72.
153. Gilså Hansen D. *Prescribing of antidepressants: a pharmacoepidemiological study of patient and physician factors in general practice*. PhD Thesis. Odense: Syddansk Universitet; 2004.
154. Neumeier-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004;42(12):1211–21.
155. Frank E. Enhancing patient outcomes: treatment adherence. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 1):11–4.
156. Gaster B, Holroyd J. St John's wort for depression: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000;160(2):152–6.
157. Greeson JM, Sanford B, Monti DA. St. John's wort (*Hypericum perforatum*): a review of the current pharmacological, toxicological, and clinical literature. *Psychopharmacology (Berl)* 2001;153(4):402–14.
158. Kasper S, Gastpar M, Muller WE, Volz HP, Dienel A, Kieser M, et al. Efficacy of St. John's wort extract WS 5570 in acute treatment of mild depression: a reanalysis

<p>of data from controlled clinical trials. <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci</i> 2008;258(1):59–63.</p> <p>159. Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2008;(4):Art. No.: CD000448.</p> <p>160. Szegedi A, Kohlen R, Dienel A, Kieser M. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomised controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. <i>BMJ</i> 2005;330(7490):503.</p> <p>161. Sood A, Sood R, Brinker FJ, Mann R, Loehrer LL, Wahner-Roedler DL. Potential for interactions between dietary supplements and prescription medications. <i>Am J Med</i> 2008;121(3):207–11.</p> <p>162. Moller HJ, Baldwin DS, Goodwin G, Kasper S, Okasha A, Stein DJ, et al. Do SSRIs or antidepressants in general increase suicidality? WPA Section on Pharmacopsychiatry: consensus statement. <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci</i> 2008;258(Suppl 3):3–23.</p> <p>163. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Stewart JW, Nierenberg AA, Thase ME, et al. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. <i>N Engl J Med</i> 2006;354(12):1231–42.</p> <p>164. Fava M, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Alpert JE, McGrath PJ, et al. A comparison of mirtazapine and nortriptyline following two consecutive failed medication treatments for depressed outpatients: a STAR*D report. <i>Am J Psychiatry</i> 2006;163(7):1161–72.</p> <p>165. McGrath PJ, Stewart JW, Fava M, Trivedi</p>	<p>MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, et al. Tranylcypromine versus venlafaxine plus mirtazapine following three failed antidepressant medication trials for depression: a STAR*D report. <i>Am J Psychiatry</i> 2006;163(9):1531–41.</p> <p>166. Nierenberg AA, Fava M, Trivedi MH, Wisniewski SR, Thase ME, McGrath PJ, et al. A comparison of lithium and T(3) augmentation following two failed medication treatments for depression: a STAR*D report. <i>Am J Psychiatry</i> 2006;163(9):1519–30.</p> <p>167. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR, Thase ME, Quitkin F, Warden D, et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. <i>N Engl J Med</i> 2006;354(12):1243–52.</p> <p>168. Guaiana G, Barbui C, Hotopf M. Amitriptyline for depression. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2007;(3):Art. No.: CD004186.</p> <p>169. Mottram P, Wilson K, Strobl J. Antidepressants for depressed elderly. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2006;(1):Art. No.: CD003491.</p> <p>170. Fava GA, Savron G, Grandi S, Rafanelli C. Cognitive-behavioral management of drug-resistant major depressive disorder. <i>J Clin Psychiatry</i> 1997;58(6):278–82.</p> <p>171. Schatzberg AF, Rush AJ, Arnow BA, Banks PL, Blalock JA, Borian FE, et al. Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. <i>Arch Gen Psychiatry</i> 2005;62(5):513–20.</p> <p>172. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM, Wisniewski SR, Trivedi MH, Luther JF, et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as</p>
--	---

- second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2007;164(5):739–52.
173. Fetveit A, Bjorvatn B. Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2007;44(4):394–402.
174. Riemann D, Voderholzer U. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *J Affect Disord* 2003;76(1–3):255–9.
175. Bjorvatn B. Langvarige søvnvansker – kan de behandles? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120(5):579–82.
176. Nordhus IH. Psykologisk forståelse og behandling av søvnproblemer hos voksne. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2007;44(4):413–22.
177. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295(24):2851–8.
178. Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychol* 2006;25(1):3–14.
179. Morin CM, Bastien C, Savard J. Current Status of Cognitive-Behavior therapy for insomnia: Evidence for treatment effectiveness and feasibility. I: *Treating sleep disorders: principles and practice of behavioral sleep medicine*. Hoboken N.J.: Wiley; 2003. s. 262–86.
180. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol* 2001;110(4):585–99.
181. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;(30):38–43.
182. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, Kim-Cohen J, Goldberg D, Gregory AM, et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(6):651–60.
183. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Roy-Burne PP, Walters EE. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(9):801–8.
184. Stein MB, Fuetsch M, Muller N, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(3):251–6.
185. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1390–6.
186. Abramowitz JS. Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *J Clin Psychol* 2004;60(11):1133–41.

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

187. Angstlidelser: kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000. Helsetilsynets utredningsserie 4–99.
188. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
189. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163(20):2433–45.
190. Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain* 2004;107(1–2):134–9.
191. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997;13(2):116–37.
192. Gureje O. Psychiatric aspects of pain. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(1):42–6.
193. Kroenke K, Shen J, Oxman TE, Williams JW, Jr., Dietrich AJ. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: results from the RESPECT trial. *Pain* 2008;134(1–2):209–15.
194. Retningslinjer for smertebehandling i Norge. Oslo: Den norske lægeforening; 2004. Tilgjengelig fra: www.legeforeningen.no/asset/23457/1/23457_1.pdf.
195. Lunde L-H. Kognitiv atferdsterapi i gruppe ved kroniske smertetilstander: erfaringer fra en smerteklinikk. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2006;43(11):1169–72.
196. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80(1–2):1–13.
197. Thase ME, Salloum IM, Cornelius JD. Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 20):32–41.
198. Kessing LV. The effect of comorbid alcoholism on recurrence in affective disorder: a case register study. *J Affect Disord* 1999;53(1):49–55.
199. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de IF, Jr., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993;88(6):791–804.
200. Finney JW, Wilbourne PL, Moos RH. Psychosocial treatments for substance use disorders. I: Nathan PE, Gorman JM, red. *A Guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press; 2007.
201. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L, Andersen TM, Linderth L, red. *Integrert behandling: av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
202. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford; 1991.
203. Barth T, Børtveit T, Prescott P. *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001.
204. Brown SA, Inaba RK, Gillin JC, Schuckit

- MA, Stewart MA, Irwin MR. Alcoholism and Affective-Disorder – Clinical Course of Depressive Symptoms. *Am J Psychiatry* 1995;152(1):45–52.
205. Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug Alcohol Depend* 2002;68(2):215–20.
206. Huibers MJ, Beurskens AJ, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):Art. No.: CD003494.
207. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *World J Biol Psychiatry* 2007;8(2):67–104.
208. Stant AD, Ten Vergert EM, den Boer PC, Wiersma D. Cost-effectiveness of cognitive self-therapy in patients with depression and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117(1):57–66.
209. Dalgard OS. Kurs i mestring av depresjon. En randomisert kontrollert evalueringsstudie. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(23):3043–6.
210. Lewinsohn PM, Antonuccio AO, Steinmetz JL, Teri L. *The Coping With Depression Course: A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression*. Eugene: Castalia Pub Co; 1984.
211. Williams JW, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(2):91–116.
212. Simon J, Pilling S, Burbeck R, Goldberg D. Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline. *Br J Psychiatry* 2006;189:494–501.
213. Berg RC, Øverland S, Høie B. Effekten av psykoterapi for mennesker med depressive lidelser. Oslo: Kunnskapssenteret; 2009. Rapport fra Kunnskapssenteret 2009:7.
214. Hollon SD, Shelton RC, Wisniewski S, Warden D, Biggs MM, Friedman ES, et al. Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: preliminary findings from the STAR*D clinical trial. *J Psychiatr Res* 2006;40(1):59–69.
215. Jarrett RB, Schaffer M, McIntire D, Witt-Browder A, Kraft D, Risser RC. Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: a double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(5):431–7.
216. Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(4):381–8.
217. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(7):714–9.
218. Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, Lieb K, Kech S, Zobel I, et al. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for

<p>depressed inpatients: acute and long-term results. <i>Am J Psychiatry</i> 2007;164(5): 768–77.</p> <p>219. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. <i>Arch Gen Psychiatry</i> 2005;62(4): 409–16.</p> <p>220. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. <i>Clin Psychol Rev</i> 2006;26(1):17–31.</p> <p>221. Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. <i>Health Technol Assess</i> 2001;5(35):1–173.</p> <p>222. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. <i>J Consult Clin Psychol</i> 2008;76(6):909–22.</p> <p>223. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2006;(4):Art. No.: CD004687.</p> <p>224. Gallagher-Thompson D, Steffen AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. <i>J Consult Clin Psychol</i> 1994;62(3):543–9.</p> <p>225. Knekt P, Lindfors O, Harkanen T, Valikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, et al. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy</p>	<p>and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. <i>Psychol Med</i> 2008;38(5):689–703.</p> <p>226. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. <i>Clin Psychol Rev</i> 2001;21(3):401–19.</p> <p>227. Maina G, Rosso G, Bogetto F. Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results. <i>J Affect Disord</i> 2009;114(1–3):200–7.</p> <p>228. Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. <i>J Consult Clin Psychol</i> 1987;55(3):385–90.</p> <p>229. Greenberg LSWJC. <i>Emotion-focused therapy for depression</i>. Washington D.C.: American Psychological Association; 2006.</p> <p>230. Goldman RN, Greenberg LS, Angus L. The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. <i>Psychother Res</i> 2006;16(5):537–49.</p> <p>231. Greenberg L, Watson J. <i>Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions</i>. <i>Psychother Res</i> 1998;8(2):210–24.</p> <p>232. Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P. Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. <i>J Consult Clin Psychol</i> 2003;71(4):773–81.</p>
---	---

233. Barbato A, D'Avanzo B. Marital therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):Art. No.: CD004188.
234. Foley SH, Rounsaville B, Weissman M, Sholomskas D, Chevron E. Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *Int J Fam Psychiatr* 1989;10:29–42.
235. Bodenmann G, Plancherel B, Beach SR, Widmer K, Gabriel B, Meuwly N, et al. Effects of coping-oriented couples therapy on depression: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(6):944–54.
236. Henken HT, Huibers MJ, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. Family therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):Art. No.: CD006728.
237. Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J, et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(4):647–57.
238. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA. Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1998;155(10):1443–5.
239. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C. Sequential treatment of mood and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66(11):1392–400.
240. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(3):475–88.
241. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(12):1093–9.
242. Frank E, Kupfer DJ, Buysse DJ, Swartz HA, Pilkonis PA, Houck PR, et al. Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2007;164(5):761–7.
243. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, et al. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(9):829–35.
244. Reynolds CF, III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999;281(1):39–45.
245. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(1):31–40.
246. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(2):275–87.
247. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(4):615–23.

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

248. Bockting CL, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Schene AH. Prediction of recurrence in recurrent depression and the influence of consecutive episodes on vulnerability for depression: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 2006;67(5):747–55.
249. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse in major depression. Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *J Affect Disord* 2003;77(2):97–108.
250. Leader JB, Klein DN. Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *J Affect Disord* 1996;37(2–3):91–101.
251. Keller MB, Hirschfeld RM, Hanks D. Double depression: a distinctive subtype of unipolar depression. *J Affect Disord* 1997;45(1–2):65–73.
252. Riso LP, Miyatake RK, Thase ME. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *J Affect Disord* 2002;70(2):103–15.
253. Arnow BA, Constantino MJ. Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *J Clin Psychol* 2003;59(8):893–905.
254. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007;22(1):1–8.
255. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000;342(20):1462–70.
256. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361(9360):799–808.
257. Lisanby SH, Maddox JH, Prudic J, Devanand DP, Sackeim HA. The effects of electroconvulsive therapy on memory of autobiographical and public events. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(6):581–90.
258. Kornør H, Kirkehei I, Høie B. Skadevirkninger av elektrokonvulsiv behandling (ECT) for stemningslidelser. Oslo: Kunnskapssenteret; 2007. Notat fra Kunnskapssenteret Oktober 2007.
259. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2003. Technology Appraisal 59. Tilgjengelig fra: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/59ectfullguidance.pdf
260. Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-17_2004_1073a.doc
261. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41(1):72–80.
262. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. The world health report 2001.

263. Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T, et al. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):656–62.
264. Tuunainen A, Kripke DF, Endo T. Light therapy for non-seasonal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):Art. No.: CD004050.
265. Ljusterapi vid depression samt övrigt behandling av årstidsbunden depression: en systematisk litteraturöversikt: uppdatering av Kapitel 9 i SBU-rapporten *Behandling av depressionssjukdomar* (2004), nr 166/2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2007. SBU-rapport 186.
266. Wijkstra J, Lijmer J, Balk F, Geddes J, Nolen WA. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4):Art. No.: CD004044.
267. Lovdahl H, Andersson S, Hynnekleiv T, Malt UF. The phenomenology of recurrent brief depression with and without hypomanic features. *J Affect Disord* 2009;112(1–3):151–64.
268. Pezawas L, Angst J, Kasper S. Recurrent brief depression revisited. *Int Rev Psychiatry* 2005;17(1):63–70.
269. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(4):402–7.
270. Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(422):34–8.
271. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psycho-educational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000;48(6):582–92.
272. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(9):904–12.
273. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(9):996–1004.
274. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(2):145–52.
275. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):324–9.
276. Scott J. Cognitive theory and therapy of bipolar disorders. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2007;44(5):647–57.

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

277. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164(9):1340–7.
278. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(4):419–26.
279. Bergdahl E, Gustavsson JM, Kallin K, von Heideken WP, Lundman B, Bucht G, et al. Depression among the oldest old: the Umea 85+ study. *Int Psychogeriatr* 2005;17(4):557–75.
280. Roose SP, Sackeim HA, red. Late-life depression. New York: Oxford University press; 2004.
281. Pincus M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1493–501.
282. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23(3):271–84.
283. Kittelsaa AM. Utviklingshemning og psykiske helsetjenester: en rapport fra NAKU. Trondheim: Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning; 2008.
284. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 2007;190:27–35.
285. Marston GM, Perry DW, Roy A. Manifestations of depression in people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 1997;41(Pt 6):476–80.
286. Dagnan D, Chadwick P, Proudlove J. Toward an Assessment of Suitability of People with Mental Retardation for Cognitive Therapy. *Cogn Ther Res* 2000;24(6):627–36.
287. Radnitz C, red. Cognitive-behavioral therapies for persons with disabilities. Northvale, NJ : Jason Aronson; 2000.
288. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(4):375–82.
289. Schmidt PJ, Haq N, Rubinow DR. A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in perimenopausal women. *Am J Psychiatry* 2004;161(12):2238–44.
290. Parry BL. Perimenopausal depression. *Am J Psychiatry* 2008;165(1):23–7.
291. Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Salvig JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107(10):1210–7.
292. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323(7307):257–60.
293. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire

- Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21(2):93–7.
294. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(3):251–5.
295. Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, Skrondal A, Eskild A. Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25(1):15–21.
296. Berle JO, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 2003;76(1–3):151–6.
297. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):289–95.
298. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006;296(21):2582–9.
299. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359(9304):378–85.
300. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):Art. No.: CD006116.
301. Nordeng H, Spigset O. Treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in the third trimester of pregnancy: effects on the infant. *Drug Saf* 2005;28(7):565–81.
302. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA, Olney RS, Friedman JM. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2007;356(26):2684–92.
303. Louik C, Lin AE, Werler MM, Hernandez-Diaz S, Mitchell AA. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2007;356(26):2675–83.
304. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
305. Schaefer C, Peters P, Miller RK, red. *Drugs during pregnancy and lactation: treatment options and risk assessment*. Amsterdam: Elsevier; 2007.
306. Cole JA, Ephross SA, Cosmatos IS, Walker AM. Paroxetine in the first trimester and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007;16(10):1075–85.
307. Kallen BA, Otterblad OP. Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors in early pregnancy and infant congenital malformations. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2007;79(4):301–8.

NASJONALE RETNINGSLINJER

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

- | | |
|--|---|
| <p>308. Diav-Citrin O, Shechtman S, Weinbaum D, Wajnberg R, Avgil M, Di Gianantonio E, et al. Paroxetine and fluoxetine in pregnancy: a prospective, multicentre, controlled, observational study. <i>Br J Clin Pharmacol</i> 2008;66(5):695–705.</p> <p>309. Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marten LJ. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. <i>N Engl J Med</i> 2006;354:579–87.</p> <p>310. Kallen B, Olausson PO. Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors and persistent pulmonary hypertension of the newborn. <i>Pharmacoepidemiol Drug Saf</i> 2008;17(8):801–6.</p> <p>311. Berle JO, Steen VM, Aamo TO, Breilid H, Zahlsen K, Spigset O. Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome p450 genotypes. <i>J Clin Psychiatry</i> 2004;65(9):1228–34.</p> <p>312. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation: practical recommendations. <i>CNS Drugs</i> 2006;20(3):187–98.</p> <p>313. Beardslee WR, Salt P, Versage EM, Gladstone TR, Wright EJ, Rothberg PC. Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. <i>Am J Psychiatry</i> 1997;154(4):510–5.</p> <p>314. Kufås E, Lund K, Myrvoll LR. Foreldre med psykiske problemer: om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. <i>Tidsskr Psyk Helsearb</i> 2004;1(3):35–48.</p> | <p>315. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> 1998;37(11):1134–41.</p> <p>316. Goodman SH, Gotlib IH, red. <i>Children of depressed parents : mechanisms of risk and implications for treatment</i>. Washington D.C.: American Psychological Association; 2002.</p> <p>317. Lavoie F, Hodgins S. <i>Mental disorders among children with one parent with a lifetime diagnosis of major depression</i>. I: Hodgins S, Lane C, Lapalme M, red. <i>A critical review of the literature on children at risk for major affective disorders</i>. Ottawa: The Strategic Fund for Children's Mental Health; 1994. s. 37–82.</p> <p>318. Lieb R, Isensee B, Hofler M, Pfister H, Wittchen HU. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. <i>Arch Gen Psychiatry</i> 2002;59(4):365–74.</p> <p>319. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. <i>Am J Psychiatry</i> 2006;163(6):1001–8.</p> <p>320. Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TR, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. <i>J Fam Psychol</i> 2007;21(4):703–13.</p> |
|--|---|

Heftets tittel: Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

Utgitt: Mai 2009

Bestillingsnummer: IS1561

ISBN-nr. 978-82-8081-184-4

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1561

Illustrasjon: Katrine Lunke
Grafisk design: Aase Bie

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no