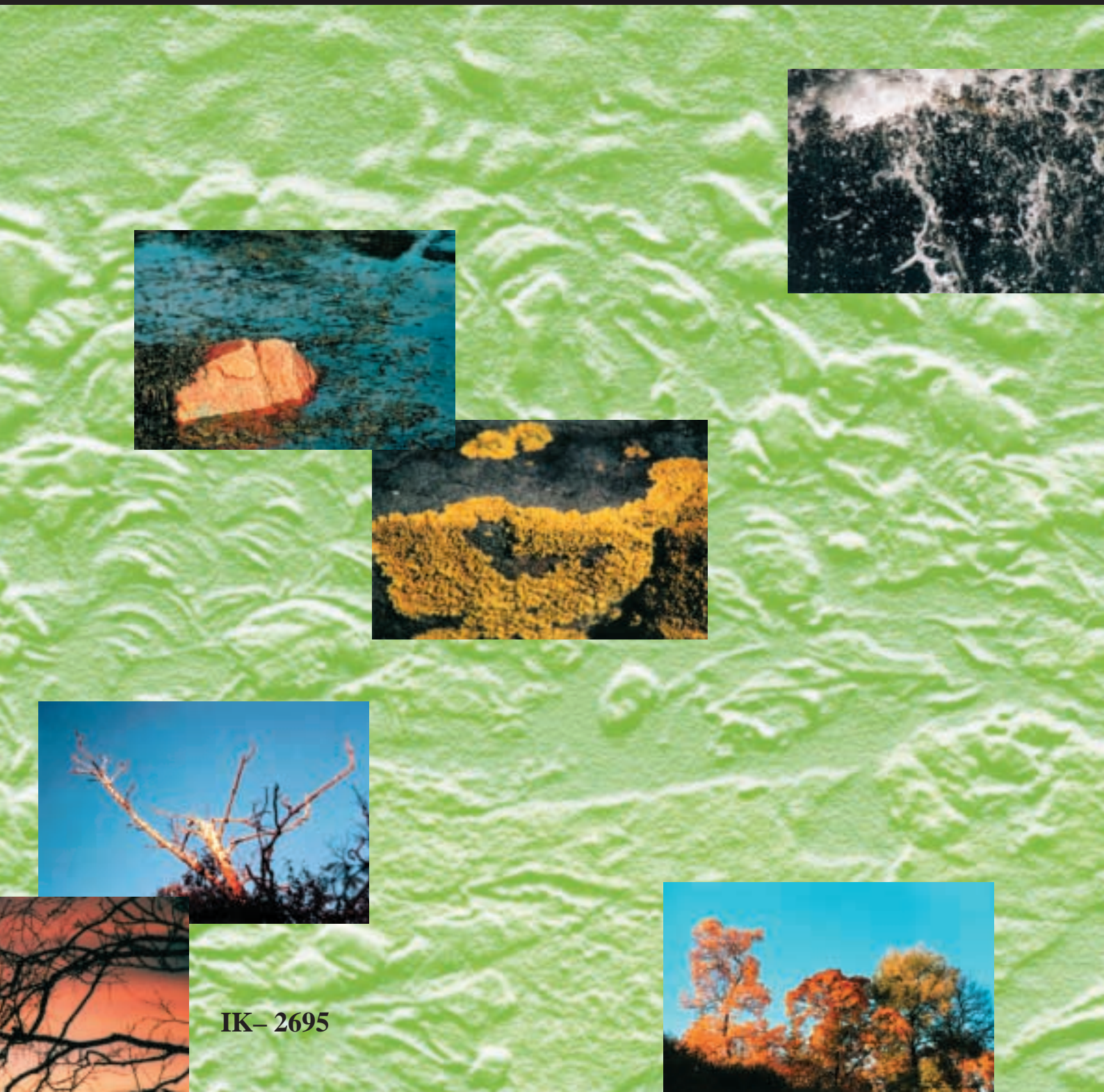




STEMNINGSLIDELSER

– KLINISKE RETNINGSLINJER FOR UTREDNING OG BEHANDLING



STEMNINGSLIDELSER

– KLINISKE RETNINGSLINJER FOR UTREDNING OG BEHANDLING



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo
Tlf.sentralbord: 22 24 88 88
Faks: 22 24 95 90
E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no
Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

Forord

St. meld. nr. 25 (1996-97) – *Åpenhet og helhet* påpekte behovet for en generell kompetanseheving og kvalitetsutvikling i psykisk helsevern. Departementet ønsket i denne forbindelse at det skulle ”*utgis veiledningsmateriell som gir anbefalinger om hva som anses som god behandling*”. I Sosialkomiteens innstilling Innst.S. nr. 258 (1996-97) står det at komiteen har merket seg at det bl.a. i Sverige er utgitt veiledende materiell som anbefaler standardiserte behandlingsprogrammer, og at dette også må kunne brukes i Norge. Sosial- og helsedepartementet ga Statens helsetilsyn i oppdrag å utgi veiledningsmateriell som gir anbefalinger om hva som anses som god behandling innen psykisk helsevern.

Etter anbefaling fra Helsetilsynets fagråd i psykiatri, ga Helsetilsynet i 1998 Norsk Psykiatrisk Forening ved Kvalitetsutvalget i oppdrag å forestå oversettelse og bearbeiding av behandlingsveiledere utgitt i Sverige på SPRI (Hälsa- og sjukvårdens utviklingsinstitut) innenfor følgende lidelser: Angstlidelser, stemningslidelser og schizofreni. Fagrådet påpekte at retningslinjene måtte relateres til norske forhold, og de diagnostiske kriteriene måtte referere til og anvendes slik de fremkommer i ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (”Blå bok”). Det ble understreket av fagrådet at det måtte foregå et samarbeid med andre faggrupper og at en tverrfaglig referansegruppe burde nedsettes.

De retningslinjer for utredning og behandling som nå foreligger retter seg mot ulike helseprofesjoner innenfor spesialisthelsetjenesten og allmennelegetjenesten samt brukerne.

Retningslinjene kan ikke brukes som pålegg overfor den enkelte behandler, men representerer en praksis som er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og allment aksepterte faglige normer.

Statens helsetilsyn ønsker med dette å heve kompetansen innen utredning og behandling av psykiske lidelser og dermed bidra til å styrke de tjenester og den behandling som ytes pasienter med psykiske lidelser.

Revisjon av retningslinjene vil bli gjort i samarbeid med fagmiljøet.

Oslo, mai 2000



Petter Øgar

Kst. helsedirektør

Forord

Norsk psykiatrisk forening har, i samarbeide med Statens Helsetilsyn, tatt initiativ til å få utarbeidet behandlingsveiledninger for de viktigste psykiatriske lidelser. Tilsvarende behandlingsveiledere har tidligere blitt utarbeidet i en rekke vestlige land. Det ble derfor besluttet at vi skulle ta de svenske behandlingsveilederne som utgangspunkt for vårt arbeide.

Kvalitetsutvalget i foreningen ble av styret tildelt oppgaven med å administrere utarbeidelsen, og i samråd med styret ble det oppnevnt en redaktør for hver veileder. Redaktørene knyttet så til seg tverrfaglige høringsgrupper, slik at landets fremste ekspertise innen de aktuelle emner var deltagende i prosessen. Statens helsetilsyn har finansiert arbeidet.

Etter hvert som arbeidet skred fram, så har det blitt mer omfattende og mer norskutviklet enn det som opprinnelig var forutsatt. Behandlingsveilederne framstår nå som et godt uttrykk for hva som er norsk flertallskonsensus innen fagfeltet, samtidig som de reflekterer det som er internasjonal fagstatus for god psykiatrisk behandlingspraksis. I den grad det er mulig, er behandlingsveilederne også «evidence based» og i samsvar med de mest anerkjente forskningsresultater. Fagfeltet psykiatri er i stadig utvikling, og det vil derfor være nødvendig å revidere behandlingsveilederne med jevne mellomrom. Vi håper derfor at disse veilederne markerer begynnelsen på en kontinuerlig prosess.

Behandlingsveiledere er et viktig hjelpemiddel for å kvalitetssikre behandlingsaktivitetene innen helsevesenet. De bidrar til å sikre en mest mulig lik og ajourført behandlingspraksis uavhengig av pasienters bosted. De skal videre gjøre det lettere for fagpersonalet å holde seg oppdatert. Jeg vil her benytte anledningen til å takke redaktørene og høringsgruppene for en fremragende innsats.

Disse behandlingsveilederne har sin tyngde og autoritet i kraft av den faglige konsensus som de representerer. Det er vårt håp at de vil bli flittig brukt.

Kvalitetsutvalget, Norsk psykiatrisk forening,

Januar, 2000,

Hans Løvdahl
Leder

Redaktøren sitt føreord

Retningslinene for utgreiing og handsaming av stemningslidingar som her ligg føre, byggjer på eit tilsvarande skrift som vart gjeve ut av Svenska Psykiatriska Foreningen i 1997. Kvalitetsutvalet til Norsk psykiatrisk forening peika meg ut til det ærefulle arbeidet med å lage ei norsk utgåve.

Den norske utgåva er betre tilpassa norsk kvardag og måten helsetenestene våre er organiserte på. Utgåva er meir omfattande og detaljert enn den svenske originalen og er tilpassa diagnostikk etter ICD-10. Nye forskingsresultat er innarbeidde, og teksten retter seg i større grad etter rådande internasjonal semje mellom ekspertar.

Utkast til retningslinene har vorte send til uttale til desse medarbeidarane:

Avdelingssjokepleiar *Anne Gunn Hellås*, Sandviken sykehus, Bergen

Avdelingsoverlækjar *Olaf Bakke*, Aust-Agder Sentralsjukehus, Arendal

Overlækjar *Per Bergsholm*, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, Førde

Professor *Alv A. Dahl*, leiar i Norsk psykiatrisk forening, Universitetet i Oslo

Professor *Øyvind Ekeberg*, Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo

Professor *Odd Havik*, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

1.amanuensis *Olav M. Linaker*, Psykiatrisk institutt, NTNU, Trondheim

1.amanuensis *Anders Lund*, Psykiatrisk institutt, Universitetet i Bergen

Sjeflækjar *Hans Løvdahl*, leiar i Kvalitetsutvalet i Norsk psykiatrisk forening, Fredrikstad

Overlækjar *Lars Mehlum*, Senter for selvmordsforebyggende arbeid, Universitetet i Oslo

Ass. fylkeslækjar *Torleiv Robberstad*, Stavanger

1.amanuensis *Tore Stiles*, Psykologisk fakultet, Universitetet i Trondheim

Medlemmene i *Kvalitetsutvalet* til Norsk psykiatrisk forening

På bakgrunn av uttalene deira vart teksten omskriven og gjennomarbeidd på ny. Eg takkar alle for innsatsen. Dei har, kvar frå sin synsstad, sikra rettleiingane ein tverrfagleg basis og har sytt for at ulike teoretiske retningar har vorte representerte.

Nordfjordeid, 17. desember 1999

Trond F. Aarre

Innhold

Helsedirektørens forord	3
Forord	4
Redaktøren sitt føreord	5
Innhold	6
Innledning	8
Hvem skal gjøre hva?	10
Primærhelsetjenesten	10
Spesialisthelsetjenesten	10
Utredning og diagnostikk	11
Stemningsforandrede episoder	11
Stemningslidelser	14
Komorbiditet	16
Differensialdiagnostikk	16
Behandling	17
Allmenne prinsipper	17
Hva pasienten kan gjøre selv	17
Behandling med legemidler	18
Akuttbehandling	18
Vedlikeholdsbehandling (6–12 måneder)	21
Langtidsprofylakse (ut over ett år)	21
Psykoterapi	22
Fysiske behandlingsmetoder	25
Tiltak ved behandlingsresistent depresjon	26
Samtidig forekomst av andre forstyrrelser i sentralnervesystemet	27
Selvmordsfare	29
Litteratur	30
Vedlegg 1 ICD-10 F30-F39	34
Vedlegg 2 Kriterier for stemningsforandrede episoder etter DSM-IV (utdrag)	58
Vedlegg 3 Kontrollprogram for litiumbehandling	63
Før medisinerings	63
I løpet av vedlikeholdsbehandling	63
Vedlegg 4 Vanlige bivirkninger ved vedlikeholdsbehandling med litium	64

Innledning

Stemningslidelser blir ofte kalt affektive sykdommer eller affektive lidelser, selv om ordet affekt egentlig betegner en kortvarig sinnsbevegelse. På engelsk kalles tilstandene 'mood disorders' eller 'affective disorders'. Begrepene viser til forandringer i stemningsleiet som går ut over grensene for det som regnes som normalt.

Definisjonene av stemningslidelser, som av de fleste andre psykiske lidelser, er medisinske overenskomster om hvilke symptomer og tegn som kan sam-variere i et syndrom. Kunnskap om symptomer, forløp og sammenheng gir en diagnose.

Stemningslidelser er vanlige. Omlag hver femte kvinne og hver syvende mann vil i løpet av livet rammes av en behandlingsskrevende depresjon. Mer enn 1% av folket vil rammes av en bipolar lidelse.

Den delen av folket som på et bestemt tidspunkt har en stemningslidelse, pleier å oppgis til fem prosent. Debutalderen har sunket den siste generasjonen. Den ligger idag under 18 år for de fleste pasientene med bipolar stemningslidelse. Den høye livstidsrisikoen, en betydelig forhøyet selvmordsfare og lidelsens gunstige svar på behandling, er meget gode grunner til årvåkenhet fra leger og annet medisinsk personell.

Resultatene fra flere studier viser dessverre at kunnskapen om diagnostikk og behandling fortsatt er mangelfull. Det fører til at mange pasienter forblir udiagnostisert og dermed ikke får adekvat behandling.

Depresjon og mani, som er de vanligste formene for stemningsforstyrrede episoder, kan være to faser av samme lidelse som fra 1890-talet har blitt kalt manisk-depressiv lidelse. *Bipolar lidelse* er det offisielle navnet når det har vært minst to stemningsepisoder i sykdomsforløpet, hvorav minst en manisk eller hypoman fase. Ved *unipolar depresjon* har hypomane eller maniske episoder aldri forekommet.

Selv om alderen da lidelsen oppstår for første gang er omlag 40 år for unipolare pasienter og 18 år for bipolare, har man i de senere årene blitt oppmerksom på at lidelsen kan debutere i såvel barne- og ungdomsårene som i alderdommen. Hos barn og eldre har lidelsene sannsynligvis vært underdiagnostisert. Sykdomsutviklingen kan være brå eller snikende over uker og måneder. Varigheten av en ubehandlet depresjon pleier å være 6 måneder eller lengre. Hvis lidelsen opptrer første gang i ung alder, gir det fare for lengre og hyppigere tilbakevendende episoder. Arvelig belastning er en annen faktor som kan gi et alvorlig forløp.

Omlag 80% av førstegangs deprimerte kommer til å få lidelsen på ny. Riskoen er høyere ved bipolar lidelse. Stemningsforandrede episoder pleier å komme tilbake hyppigere med årene. Tette og langtrukne depresjoner påvirker i høy grad pasientenes sosiale tilpasning og familieliv. Det er derfor maktpåliggende å se stemningslidelser i et livstidsperspektiv og forbedre livskvaliteten gjennom veldokumenterte behandlingsstrategier.

Epidemiologiske studier har vist at ubehandlede pasienter kan tilbringe omlag *en femtedel av sin levetid* i depressive eller maniske episoder. Behandlingstiltak skal derfor være såvel akutte som langsiktige. Dødeligheten av selvmord ved

utilstrekkelig behandlet affektiv lidelse er høy. Enkelte studier har påvist at opptil 15 prosent av pasienter som har vært innlagt i sykehus for stemningslidelser, dør for egen hånd. Dødeligheten av somatiske sykdommer er også forhøyet ved samtidig forekomst av stemningslidelse.

Hvem skal gjøre hva?

Primærhelsetjenesten

De fleste *depresjoner og dystymier* bør diagnostiseres og behandles i primærhelsetjenesten. Vi må forvente at kommunehelsetjenesten kan tilby adekvat undersøkelse som omfatter såvel somatisk som psykiatrisk status og kartlegging av om medikamenter eller rusmidler har fremkalt eller opprettholdt lidelsen. Allmennpraktikeren bør også kunne gjennomføre psykososial rådgiving, støttesamtaler og enklere farmakoterapi.

Når primærlegen finner indikasjon for å behandle en depressiv lidelse, bør behandlingen gjennomføres etter retningslinjene for de ulike terapiformene. Det er grunn til å understreke at de generelle prinsippene for behandling også gjelder for milde og moderate depresjoner.

Det synes rimelig med to vel gjennomførte forsøk med antidepressiver før pasienten henvises til andrelinjetjenesten for videre behandling.

Deprimerte pasienter bør henvises tidligere dersom de har

- konkrete selvmordstanker eller selvmordsforsøk
- psykotiske symptomer
- kompliserende somatiske eller psykiatriske lidelser

Primærhelsetjenesten bør rådføre seg med spesialist i psykiatri dersom pasienten har en bipolar depresjon, har uavklart diagnose, ikke medvirker godt i behandlingen eller den medikamentelle behandlingen byr på særlige vansker. Utgangspunktet for spesialistkonsultasjonen kan være diskusjon rundt diagnostikk, vansker med pasientens medvirkning til behandlingen, vurdering av behov for behandling i institusjon, tvangsinnleggelse, videre utredning, alternative behandlingsregimer eller vurdering av behov for behandling i spesialist-helsetjenesten.

Bipolare lidelser og syklotymi bør alltid vurderes av spesialist. Men primærhelsetjenesten vil vanligvis ha en rolle i vedlikeholdsbehandlingen av stabiliserte pasienter. Som oftest vil det være naturlig at kliniske kontroller og oppfølging av profylaktisk bruk av stemningsstabilisatorer foregår i kommunehelsetjenesten. En bør ha lav terskel for å rådføre seg med spesialist i behandlingen av disse pasientene.

Spesialisthelsetjenesten

Ved *depresjoner og dystymier* må andrelinjetjenestene kunne tilby rask vurdering av pasienter i selvmordsfare og ved uklare tilstander. De fleste pasientene kan tas hånd om i poliklinikken som bør ha kompetanse i de dokumentert effektive psykoterapiformene, lysterapi og avansert farmakoterapi. Også ECT bør kunne gjennomføres på poliklinisk basis under forutsetning av at de vanlige anestesilogiske rutineene blir fulgt.

Pasienter bør som regel innlegges straks hvis de har psykotiske depresjoner, konkrete selvmordstanker eller nettopp har gjennomført selvmordsforsøk.

Spesialisthelsetjenesten bør ha hovedansvaret for behandlingen av *bipolare lidelser*. Når det er mistanke om bipolar lidelse, må pasienten tilbys vurdering av spesialist i psykiatri. Det er naturlig at spesialisten påbegynner behandling med stemningsstabilisator. De mest kompliserte kliniske tilstandene, fremfor alt blandete episoder, rask vekslende bipolare lidelser og psykotiske episoder, bør behandles i andrelinjetjenesten. Terskelen for innleggelse bør være lav.

Utredning og diagnostikk

Diagnose stilles ut fra *anamnese, aktuell symptomatologi og lidelsens forløp*. Forløpet av lidelsen må ses i forhold til pasientens normale væremåter. Derfor er det en fordel å bruke mange informasjonskilder. Pårørende bør involveres både i den diagnostiske prosessen og i behandlingen.

Anamnese

Anamnesen skal alltid inneholde slekts- og familieanamnese, tidligere og nåværende somatiske og psykiatriske lidelser, selvmordsfare, bruk av rusmidler, negative livshendelser og årstidsfølsomhet. Forekomst av maniske eller hypomane episoder må kartlegges nøye. Tidligere og nåværende medisiner skal vies særlig oppmerksomhet. Vurdering av selvmordsfare baseres på opplysninger fra pårørende, pasientens anamnese og psykiske status presens.

Aktuelt forløp av lidelsen

Beskrivelsen av det aktuelle forløpet av lidelsen baseres på opplysninger om debut, utvikling og tidsmessig sammenheng med eventuelle utløsende faktorer. Stemningslidelser har oftest multifaktoriell etiologi. Det er viktig å identifisere og vurdere samvirkende psykososiale og biologiske bakgrunnsfaktorer ettersom disse kan være avgjørende for strategivalg og gjennomføring av behandlingen.

Diagnostikk av episoder og syndromer

Diagnostikk av stemningslidelser har to stadier. Først må det fastslås hvilken *stemningsforandret episode* som foreligger - altså en klassifisering av de kliniske fenomenene slik de framtrer ved undersøkelsen. Dernest må det vurderes hvilken *stemningslidelse* som foreligger - det vil si hvilket mønster denne episoden og pasientens tidligere sykehistorie danner.

Stemningsforandrede episoder

For utdypende beskrivelser av de forskjellige lidelsene vises det til ICD-10, Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer («Blå bok») som er under oversettelse av Statens helsetilsyn og til ICD-10, Diagnostiske kriterier for forskning («Grønn bok») som dessverre ikke er tilgjengelig på norsk ennå. Tillegg 1 gir utdrag fra DSM-IV-kriteriene for de hyppigste stemningsforandrede episodene.

Symptomer ved depresjon

Sentrale symptomer er motløshet, kraftløshet, tretthet med tap av glede, tempo og interesser. I tillegg vil pasientene oftest ha konsentrasjonsvansker og forandret søvn og matlyst. Skyldfølelse, selvbepreidelse og tanker om død og selvmord er vanlig. Diagnostikken lettes ved bruk av kriterielister. Eksisterende kriterielister er ikke heldekkende, og klinikerer kan derfor stille diagnose selv om de formelle kriteriene ikke er oppfylt.

Kvantitative skalaer for vurdering av depresjonens dybde og intensitet anbefales brukt rutinemessig, for eksempel ved oppfølging av behandlingen ved kontroller. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) med 10 ledd og Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) med 17 ledd er to pålitelige instrumenter som skåres av klinikerer. Beck Depression Inventory (BDI) er en pålitelig selvutfyllingskala.

Melankolibegrepet kan brukes både ved unipolare og bipolare depresjoner og er

bare en spesifisering. Pasienter som har atypiske symptomer (bevart stemningsmessig reaktivitet, ingen eller omvendt døgnvariasjon, økt matlyst, økt søvnbehov, følelse av blytyngde i kroppen og overfølsomhet for avvisning) oppfyller per definisjon ikke kriteriene for melankoli.

Årstidsbetingede depresjoner har de senere år blitt kalt Seasonal Affective Disorder (SAD). De er oftest ikke-melankolske depressive forstyrrelser med atypisk symptomutforming.

Maskert depresjon

Depressive symptomer maskeres av og til av andre symptomer som pasienten søker lege for, for eksempel smerter i bevegelsesapparatet og diffuse gastro-intestinale plager. I allmennpraksis vil de fleste deprimerede pasienter søke lege på grunn av somatiske symptomer.

Diagnostikk av depressive tilstander som er utydelige (maskert) på grunn av en kombinasjon av somatiske symptomer (f.eks. smerte) og uklare psykologiske symptomer (f.eks. manglende evne til å beskrive følelser), er en viktig oppgave. Dette innebærer at spørsmål om sinnsstemning og tankeinnhold må stilles.

Den depressive grunnforstyrrelsen kan uttrykkes på ulike måter avhengig av kultur og samfunnsbakgrunn. Dette gjelder spesielt somatisering som et uttrykk for depresjon, særlig hos individer som oftere uttrykker sine problemer i somatiske enn i psykiske symptomer.

Ved siden av de somatiske symptomene (fremfor alt smertesymptomer), finner en vanligvis etter nærmere undersøkelse en depressiv opplevelse av tilværelsen, selv om pasienten gjerne tolker dette som en følge av de somatiske plagene. Tross dette framstår de fleste depressive symptomer på samme måte i ulike kulturer. Behandleren må være forberedt på andre holdninger til foreslått behandling enn den forventede og likedan på uvanlige og fremmedartede fortolkninger av effekter og bivirkninger.

Symptomer ved dystymi

Dystymi, tidligere kalt depressiv nevrose, kjennetegnes av sitt kroniske og lavgradige forløp. Forstemningen er ikke uttalt nok eller langvarig nok til å telle som depressive episoder. Dystymien er per definisjon ikke bare en resttilstand etter en depressiv episode som er delvis lindret og heller ikke bare en forløper for en alvorlig depressiv episode. For at diagnosen skal kunne stilles, må pasienten ha vært konstant eller hyppig tilbakevendende deprimeret i mer enn to år. Symptomene på dystymi svarer stort sett til symptomene for depressive episoder, men det er vanligere med somatisering, selvkritiskhet, introverte personlighetstrekk og vedvarende følelse av utilstrekkelighet, pessimisme og håpløshet. Det er grunn til å understreke at denne tilstanden, selv om symptomene er mindre intense enn for depressive episoder, fører til mer arbeidsuførhet og lavere livskvalitet enn de episodiske depressive lidelsene.

Symptomer ved mani

Maniens sentrale symptomer er forhøyet sinnsstemning, økt selvfølelse, overdrevet engasjement, distraherbarhet og manglende sykdomsinnsikt. Irritabilitet er vanlig i alle faser av manien. Økt psykomotorisk tempo er et kjernesymptom. Oftest er det samtidig maniske og depressive symptomer til stede, for eksempel ved agitert depresjon og dysforisk mani. Dersom fullt utviklede maniske og depressive syndromer veksler raskt eller er tilstede samtidig, diagnostiseres det som en blandet episode.

Det er vesentlig å merke seg at ICD-10, til forskjell fra DSM-IV, har en egen kode for *enkeltstående manisk episode*. En kan dermed ha en eneste manisk eller hypoman episode (uten depresjoner i anamnesen) uten at en automatisk skal diagnostiseres som bipolar. Det er uklart hvilke implikasjoner dette har for behandlingen.

Symptomer ved hypomani

Den vesentlige forskjellen mellom et *manisk* og et *hypomant syndrom* er symptomenes intensitet, antall og varighet. Hypomanier har færre og mildere symptomer enn manier, men symptomene har samme karakter. Mens et manisk syndrom per definisjon varer i en uke eller mer, er det tilstrekkelig med fire dager for en hypomani. Dersom tilstanden har psykotiske symptomer eller gir alvorlig forstyrrelse i arbeid eller sosiale aktiviteter, skal den diagnostiseres som en mani.

Selv om hypomanier ofte er selvbegrensende, vil de ha betydning for behandlingen. Det er derfor viktig at de blir diagnostisert. Etersom de ofte er ego-syntone, kan det være vanskelig å påvise tidligere hypomanier ved vanlig anamneseopptak. Opplysninger fra pårørende er da uunnværlige.

Symptomer ved blandet episode

I ICD-10 defineres en blandet episode som en stemningsforandret episode, som varer i minst to uker, der både maniske og depressive symptomer er fremtredende samtidig i det meste av sykdomsperioden eller veksler raskt. Denne definisjonen er restriktiv, og i klinikken kan det være riktig å bruke et videre begrep. Nyere forskning viser klart at de fleste manier er av blandet karakter, altså med tydelige depressive trekk. Motsatt er det vanlig med maniske symptomer i depressive episoder, slik en ser det ved agiterte depresjoner.

Psykotiske symptomer

Såvel depresjoner som manier kan være psykotiske med sviktende virkelighetsoppfatning og -bedømmelse i kraft av hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger. Dersom de psykotiske symptomene er stemningskongruente (det vil si at de innholdsmessig samsvarer med stemningsleiet), er det ofte tilstrekkelig å behandle pasientens primære stemningslidelse. Dersom hallusinasjonene eller vrangforestillingene er stemningsinkongruente, bør diagnostikken vies spesiell oppmerksomhet. Det kan likevel dreie seg om en primær stemningslidelse. Depresjoner med psykotiske symptomer behandles ofte med antidepressiver med tillegg av nevroleptika eller med elektrokonvulsiv terapi (ECT). Manier med psykotiske symptomer bør behandles med stemningsstabilisator med tillegg av nevroleptika eller med ECT.

Schizoaffective lidelser defineres ulikt i DSM-IV og ICD-10.

Begrepet schizoaffectiv lidelse brukes i DSM-IV om lidelser som oppfyller formelle kriterier for alvorlig depressiv episode eller mani og som samtidig har psykotiske symptomer som ved schizofreni i mer enn to uker ut over den tiden det er tydelige stemningssymptomer.

ICD-10 sitt schizofrenibegrep favner videre enn DSM-IV-schizofreni, i hovedsak på grunn av at en bare trenger en måneds sykdom for å få diagnosen. DSM-IV forutsetter minst seks måneders sykdom. Det er også tendens til å legge større vekt på førsterangssymptomer etter Schneider i ICD-10. Således vil stemningslidelser med samtidige førsterangssymptomer, bisarre vrangforestillinger, katatoni eller inkoherent, irrelevant eller neologistisk tale kunne

diagnostiseres som schizoaffektive (F25.0 og F 25.1) i ICD-10. Det er uklart om slike tilstander også kan klassifiseres som stemningslidelser. Koden F 25.x1 vil svare til schizoaffektiv lidelse etter DSM-IV, mens F25.x0 vil klassifiseres annerledes i DSM-IV.

DSM-IV-diagnostikk vil ha tendens til å gi stemningssymptomer forrang framfor psykotiske symptomer. Fra et praktisk behandlersynspunkt kan det virke som en rimelig diagnostisk prioritering, gitt den gode prognosen for adekvat behandlede stemningslidelser.

Behandlingen retter seg primært mot det syndromet som er mest uttalt, det vil si enten med nevroleptika eller med antidepressiv, stemningsstabiliserende eller elektrokonvulsiv terapi (ECT). Ofte blir kombinasjonsbehandlinger gitt.

Stemningslidelser

På bakgrunn av diagnostiseringen av den aktuelle *episoden* og oversikten over pasientens *sykehistorie*, skal nå stemningslidelsen defineres. De viktigste kategoriene i ICD-10 er oppført nedenfor. I tillegg til de oppgitte kategoriene er det også koder for andre spesifiserte og uspesifiserte lidelser og episoder.

F30 Enkeltstående manisk episode

Pasienten har en hypoman eller manisk episode, men har ikke tidligere hatt stemningsforandrede episoder. Dersom det siden kommer en ny episode, skal tilstanden kategoriseres som en bipolar lidelse.

Den aktuelle episoden spesifiseres slik:

F30.0 hypomani

F30.1 mani uten psykotiske symptomer

F30.2 mani med psykotiske symptomer

F31 Bipolar stemningslidelse

Pasienten har hatt minst to stemningsforandrede episoder og minst en av dem har vært hypoman eller manisk. Selv om pasienten bare har perioder med hevet stemningsleie, skal lidelsen diagnostiseres som bipolar.

Legg særlig merke til at ICD-10, til forskjell fra DSM-IV, ikke skiller mellom bipolar I (manier i sykehistorien) og bipolar II (hypomanier, men aldri manier, i sykehistorien).

Den aktuelle episoden spesifiseres slik:

F31.0 bipolar stemningslidelse, hypoman episode

F31.1 d.o., manisk episode uten psykotiske symptomer

F31.2 d.o., manisk episode med psykotiske symptomer

F31.3 d.o., mild eller moderat depressiv episode

F31.4 d.o., alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer

F31.5 d.o., alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer

F31.6 d.o., blandet episode

F31.7 d.o., i remisjon

F32 Depressiv episode

Disse kodene gjelder bare for en *enkeltstående* depressiv episode. Etterfølges den av nye depressive episoder, skal tilstanden diagnostiseres som tilbakevendende depressiv lidelse (F33). De generelle kriteriene for en alvorlig depressiv episode etter DSM-IV går fram av tillegg 1. Kriteriene skiller seg lite fra ICD-10, Diagnostiske kriterier for forskning.

Det spesifiseres om episoden er med eller uten 'somatisk syndrom'. Somatisk

syndrom svarer noenlunde til begrepene 'endogen depresjon' og 'melankoli' (se tillegg 1).

Episoden spesifiseres slik:

F31.0 mild depressiv episode

F31.1 moderat depressiv episode

F31.2 alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer

F31.3 alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer

F33 Tilbakevendende depressiv lidelse

Denne lidelsen er kjennetegnet ved tilbakevendende depresjoner, som kan klassifiseres som depressive episoder av mild, moderat eller alvorlig grad, uten tidligere maniske eller hypomane episoder. Også her skal det spesifiseres om episoden er med eller uten somatisk syndrom.

Den aktuelle episoden spesifiseres slik:

F33.0 tilbakevendende depressiv lidelse, mild episode

F33.1 d.o., moderat episode

F33.2 d.o., alvorlig episode uten psykotiske symptomer

F33.3 d.o., alvorlig episode med psykotiske symptomer

F33.4 d.o., i remisjon

F34 Vedvarende stemningslidelser

Her kodes vedvarende og som oftest svingende stemningsforandringer som vanligvis ikke er alvorlige eller langvarige nok til å kunne diagnostiseres som hypomane eller milde depressive episoder. Det kan likevel hende at maniske eller depressive episoder kan oppstå i tillegg til vedvarende stemningslidelser. I så fall skal begge tilstandene diagnostiseres.

F34.0 syklotymi (se tillegg 1) betegner et varig ustabil stemningsleie med hypomane og depressive episoder som ikke er langvarige eller uttalte nok til å kunne diagnostiseres under F30, F32 eller F33. Ustabiliteten utvikler seg ofte i tidlig voksen alder og har oftest et kronisk forløp. De oppstemte fasene er vanligvis egosyntone, noe som vanskeliggjør diagnostikken. Noen syklotyme individer opplever seg ikke som stemningsmessig ustabile, men har merkbare og sykliske forandringer i produktivitet, energi, sosiale evner, selvtillit og drifter.

Legg merke til at ICD-10, i motsetning til DSM-IV, krever at også de stemningshevede periodene i syklotymien må være subsyndromale og altså ikke fullt utviklede hypomane episoder. Kombinasjonen av hypomanier og subsyndromale depresjoner vil dermed kategoriseres som bipolar lidelse i ICD-10.

F34.1 dystymi er betegnelsen for de kroniske og lavgradige depressive lidelsene som ikke oppfyller kriteriene for depressive episoder etter F32 eller F33 på grunn av for kort varighet eller for milde symptomer. Symptomene går fram av tillegg 1. Perioder med normal sinnstemning kan forekomme, men varer ikke lengre enn noen uker. Dersom det oppstår en depressiv episode i tillegg til dystymien, såkalt 'dobbel depresjon', skal begge lidelsene diagnostiseres.

F38 Andre stemningslidelser

Dette er en restkategori for stemningslidelser som inneholder en interessant kategori som ICD-10 er alene om. I DSM-IV finnes ikke noe tilsvarende.

F38.10 tilbakevendende kortvarige depressive episoder er et syndrom som består av syndromale depressive episoder, det vil si at de tilfredsstillt kravene til depressive episoder etter F32 eller F33 når det gjelder symptomenes antall

og alvorlighet. Men episodene varer ikke lenge nok til å regnes som egentlige depressive episoder. Episodene kommer tett, ofte flere ganger i måneden, men pasientene er ikke deprimert mesteparten av tiden. Denne lidelsen er beskrevet i europeiske undersøkelser og er forholdsvis vanlig blant unge voksne. Mange av pasientene med denne lidelsen vil senere utvikle langvarige depressive episoder og dystymi.

Komorbiditet

Depresjon forekommer ofte hos pasienter med somatiske lidelser, personlighetsforstyrrelser, angstlidelser, alkohol- og stoffmisbruk, schizofreni, demens og andre organiske psykosyndomer.

Betydningen av personlighetsfaktorer er ikke fullstendig kjent, og det kan være vanskelig å skille en kronisk depresjon fra en personlighetsforstyrrelse med depressive trekk. Flere studier viser klart at personlighetsforstyrrelser blir overdiagnostisert hos pasienter med depresjon, men det er også vist at 30–90 prosent av pasienter med dystymi har en personlighetsforstyrrelse. Det er likevel viktig å prøve å skille disse lidelsene fra hverandre, siden de krever ulik behandling. Ved samtidig forekomst kan en vellykket antidepressiv behandling drastisk minske de avvikende væremåtene fra en gjenværende personlighetsforstyrrelse, som i sin tur da har bedre forutsetning for å respondere på psykoterapi.

Differensialdiagnostikk

Somatisk diagnostikk. Foruten psykisk status skal utredningen omfatte somatisk undersøkelse for å utelukke endokrine lidelser, spesielt thyreoidea- og parathyreoidealidelser, diabetes, infeksjoner, autoimmune lidelser, anemi, kreft og sykdommer i sentralnervesystemet. Særlig hos eldre er det viktig å utelukke at mangel på vitamin B₁₂ er årsaken til de psykiske plagene. Det må også vurderes om depressive symptomer skyldes legemidler eller rusmidler som pasienten bruker. Dette innebærer at pasienter med stemningslidelser alltid må vurderes av lege.

Psykiatriske differensialdiagnoser er normal sorg, tilpasningsforstyrrelser (krisereaksjoner), somatiseringslidelse, angstlidelser, demens, katatoni, personlighetsforstyrrelser, rusmiddelmisbruk og schizoaffectiv lidelse.

Behandling

Allmenne prinsipper

Diagnostikken er avgjørende for valg av behandling. For eksempel skal en alvorlig depressiv episode, med eller uten somatisk syndrom, alltid behandles med anti-depressive legemidler eller andre somatiske metoder. Dette gjelder uansett om en psykologisk eller somatisk faktor på en mer eller mindre tydelig måte utløste depresjonen. De utløsende faktorene må selvfølgelig være i fokus; en psykologisk krise må få sin oppmerksomhet og bearbeiding. Det er likevel vesentlig å innse at en depressiv episode oftest blir *autonom*, det vil si at den fortsetter av seg selv med et visst forløp selv om de utløsende faktorene er eliminert.

Depresjon som er sekundær til somatisk (f.eks. hypothyreose) eller psykisk lidelse (f.eks. schizofreni, rusmiddelmisbruk), kan også reagere gunstig på antidepressiv medisinering. Det er da vesentlig at man er oppmerksom på den primære lidelsen og behandler den også. Ufullstendig diagnostikk kan føre til at en somatisk lidelse ikke blir oppdaget.

Stemmingslidelser har multifaktoriell etiologi. Det er viktig å analysere mulige utløsende somatiske og psykososiale faktorer med tanke på om disse kan elimineres. Eliminerbare faktorer kan for eksempel være underliggende somatiske eller psykiske lidelser, konflikter, rusmiddelmisbruk eller legemidler. Selv om disse faktorene blir tillagt betydning, vil det kliniske bildet avgjøre behovet for umiddelbar antidepressiv eller antimanisk behandling.

Betydningen av generelle endringsmekanismer, som gjenfinnes i ulike former for behandling, må ikke undervurderes. Halvparten av effekten av medikamentell behandling for depresjon hviler på generelle psykologiske forandringsmekanismer, blant annet pasientens motivasjon, forventninger og kvaliteten av samarbeidsalliansen mellom behandler og pasient. Forskning har vist at kvaliteten i den terapeutiske relasjonen forklarer en stor del av variasjonen i behandlingsresultatene både for medikamentell og psykoterapeutisk behandling. Det er derfor viktig å utvikle og ivareta disse forholdene i all behandling.

Hva pasienten kan gjøre selv

Fysisk trening

Deprimerte mennesker er i gjennomsnitt i dårligere fysisk form enn folket ellers. I flere kontrollerte forsøk er det dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt ved milde til moderate depresjoner. Effekten er like stor som den en kan oppnå ved ulike former for samtaleterapi. Det er ønskelig at en er i aktivitet minst en halv time tre ganger i uka. Intensiteten bør tilpasses den enkeltes treningstilstand. Det er mange ulike aktiviteter å velge mellom, og den antidepressive effekten ser ut til å gjelde ulike former for trening. Den enkleste form for fysisk trening er å gå tur.

Andre nyttige råd

- regelmessig, normal døgnrytme med nok søvn og hvile
- sunt kosthold
- regelmessig mosjon og frisk luft
- oppsøk sollys i de mørke årstidene
- unngå all bruk av alkohol og andre rusmidler
- senk kravene til deg selv

- prøv å finne på noe hyggelig å gjøre
- ikke ta viktige avgjørelser når du har en psykisk lidelse

Behandling med legemidler

Depresjonens dybde og graden av funksjonsnedsettelse, dvs det kliniske bildet, er avgjørende for valg av behandlingsstrategi.

En beslutning om farmakologisk behandling vokser fram i dialog mellom pasient og lege etter at diagnosen er sikker og har blitt presentert for pasienten og/eller pårørende. Man skal ta hensyn til livssituasjon og pasientens innstilling til medisiner. Det er viktig å gi nøye informasjon om den foreslåtte behandlingens formål, varighet, effekt og bivirkninger.

Ulike krav stilles til akuttbehandling, vedlikeholdsbehandling og langtidsprofylakse.

Akuttbehandling

Unipolar depresjon og dystymi

Der man finner indikasjon for farmakologisk antidepressiv behandling, bør valg av middel styres av depresjonens kliniske bilde og alvorlighetsgrad. Man skal ta hensyn til selvmordsfare, somatisk tilstand, alder, kjønn, graviditet og amming, antatt følsomhet for bivirkninger, pasientens tidligere erfaringer av både positive effekter og bivirkninger og mulige interaksjoner med annen samtidig medisinering. Dersom en pasient tidligere har respondert på et antidepressivt middel, bør det samme midlet overveies ved et tilbakefall. Et antidepressivt middel må prøves ut i minst fire uker i full dose før en kan konkludere med manglende effekt.

Noen trisykliske antidepressiver (TCA) kan være brukbare førstehåndspreparater, men disse midlenes antikolinerge og kardiotoxiske egenskaper innebærer begrensninger for ulike grupper risikopasienter. De har fordelen av å være velkjente, og kunnskapen om deres farmakokinetikk er større enn for nyere midler. Ved svær depresjon er trisykliske antidepressiver fortsatt et første-håndsalternativ på grunn av god dokumentasjon av effekt og mulighet for å styre terapien etter serumkonsentrasjonen. Det er fare for antikolinerge kognitive bivirkninger som nedsatt oppmerksomhet og forvirring, særlig hos eldre. Det er mulig å ta livet av seg med en overdose av denne typen legemiddel.

Et sekundært amin (nortriptylin) kan være å foretrekke framfor tertiære aminer (klomipramin, imipramin, trimipramin, amitriptylin, doxepin) på grunn av mindre antikolinerg profil og lavere dosering.

Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI – citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin og sertralin) mianserin, moklobemid, nefazodon, venlafaxin, reboxetin og mirtazepin er langt mindre toksiske ved overdose og tolereres bedre med hensyn til bivirkninger enn TCA. De anbefales derfor som førstehåndsmidler, særlig i poliklinisk behandling.

Valg av antidepressivt legemiddel vil også avhenge av symptom-utformingen. Atypiske depresjoner (se tillegg 1) responderer godt på uselektive monoaminooxydasehemmere (MAOH), men dårlig på TCA. Spørsmålet om melankolske depresjoner responderer best på TCA er ikke endelig avklart, men

det er en overvekt av studier som viser bedre effekt av TCA enn av SSRI. Serumkonsentrasjonsmålinger er tilgjengelige for de aller fleste antidepressiver. Målingene er av verdi for å kartlegge om det er samsvar mellom dose og konsentrasjon. Særlig relevante er slike målinger dersom det er tvil om pasienten tar medisinen slik den er forskrevet, ved samtidig bruk av andre medisiner som påvirker legemiddelnedbrytningen, dersom pasienten har uvanlige bivirkninger på vanlige doser eller det av andre grunner er mistanke om uvanlig rask eller sen metabolisme.

Bruk av legemidler i svangerskapet må unngås når det er mulig. Behandling med antidepressiver må generelt frarådes og må bare skje etter at faren for fosterskader veies opp mot faren ved å ikke behandle medikamentelt. Ut fra den foreliggende, sparsomme dokumentasjonen ser nortriptylin og fluoxetin ut til å være de tryggeste valgene. Fluoxetin-eksposisjon i svangerskapet er kanskje likevel forbundet med overhyppighet av mindre alvorlige misdannelser. ECT er et trygt alternativ dersom biologisk behandling er indisert i svangerskapet.

Pasienter som post partum oppfyller kriteriene for alvorlig depressiv lidelse, bør gis antidepressiv behandling. Fluoxetin og doxepin bør ikke gis til ammende mødre. Visse trisykliske antidepressiver, som amitriptylin, nortriptylin og klomipramin, passerer bare i liten utstrekning over i morsmelken. Sertralin, paroxetin, fluvoxamin og citalopram går over i morsmelken i svært små mengder. For andre nyere antidepressiver er kunnskapen om hvilke mengder som utskilles i morsmelken mangelfull eller mangler helt. Amming bør ikke avsluttes med bromokriptin hos kvinner med depresjon post partum på grunn av rapporter om alvorlige, om enn sjeldne, komplikasjoner hos denne pasientgruppen. Ved litiumbehandling er regelen at ammingen avbrytes på grunn av fare for påvirkning av barnets thyreoidea-funksjon.

Også post partum er ECT en trygg og effektiv behandling.

Det er ingen vesentlige forskjeller i behandlingen av dystymi og depressive episoder. Men det kroniske forløpet som kreves før dystymidiagnosen kan stilles, gjør det sannsynlig at også behandlingen vil strekke seg over lengre tid. Ved dystymi og kroniske depresjoner bør behandlingsforsøk vare i minst 12 uker. Respons på kognitiv psykoterapi og antidepressive legemidler kan likevel komme forholdsvis raskt. Effekten av andre behandlingsformer er lite undersøkt ved dystymi, men behandlinger som virker mot depressive episoder antas å være effektive.

Bipolar depresjon

Ved førstegangsbehandling av depresjon bør risikoen for bipolar disposisjon belyses gjennom anamnesen. Ekstra årvåkenhet må vies svingninger over til hypomani eller mani i alle faser av behandlingen. Milde eller moderate bipolare depresjoner kan ofte behandles med stemnings-stabilisator alene. Med stemningsstabilisator menes litium, karbamazepin, valproat og andre medikamenter som har vist seg effektive i vedlikeholds-behandlingen av bipolare lidelser. Alvorlige bipolare depresjoner, og milde eller moderate bipolare depresjoner der stemningsstabilisatorer alene ikke fører til målet, behandles med kombinasjon av stemningsstabilisatorer og antidepressiva.

En må være oppmerksom på at kombinasjon av antidepressiver og anti-epileptika kan gi farmakokinetiske interaksjoner som fører til forhøyede nivåer

av antidepressiver. Liberal bruk av serumkonsentrasjonsmålinger anbefales ved kombinasjonsregimer. Det er alltid fare for at antidepressiver kan forårsake omslag fra depresjon til mani eller hypomani. Denne faren er større ved bruk av TCA enn med SSRI. Det regnes som trygt å kombinere stemningsstabilisatorer med de fleste antidepressiver, også SSRI. Faren for serotonergt syndrom er størst ved bruk av de uselektive og irreversible MAOH. Uselektive MAOH bør likevel overveies ved bipolare depresjoner med uttalt psykomotorisk hemming, økt matlyst og økt søvnbehov. Dette er en spesialistoppgave.

Hos enkelte pasienter kan stemningsleiet svinge selv om helhetsbildet er depressivt. Disse tilstandene oppfattes av og til som unipolare, men bør vurderes som blandete bipolare episoder med overveiende depressiv stemning. Pasienter med slike sykdomsbilder skal alltid ha stemningsstabiliserende midler.

Mani og hypomani

Litiumbehandling er godt vitenskapelig dokumentert ved maniske lidelser av alle slag. Se tillegg 3 for retningslinjer for oppfølging av litiumterapi. En rask titrering til serumkonsentrasjoner på 1,0 mmol/l, unntaksvis 1,2 mmol/l, blir anbefalt. Selv om litium er god akuttbehandling av mani, vil den spesifikke antimaniske effekten få klinisk betydning først etter omlag en ukes behandling. Er ytterligere behandling nødvendig den første tiden, bør det fortrinnsvis skje med kombinasjon av to stemningsstabiliserende midler. Alternativene er å legge til benzodiazepin eller neuroleptikum. Ved utskriving etter manibehandling i institusjon skal pasienten helst være i normal sinnsstemning og fortsette med bare litium.

Antiepileptika er brukbare som alternativer til litium i alle faser av manibehandlingen. Best dokumentert er effekten av valproat, fulgt av karbamazepin. Det er også holdepunkter for at nyere antiepileptika som lamotrigin og gaba-pentin kan være virksomme. Antiepileptika er særlig indisert der kliniske faktorer forutsier dårlig litiumrespons: multiple episoder (fire eller flere manier), psykotiske manier, samtidig rusmiddelmissbruk, subtil hjerneskade (ofte med patologisk EEG), raske svingninger og blandete episoder. Antiepileptika kan, ettersom litium har liten terapeutisk margin, være å foretrekke når det er fare for unøyaktig medisinerings, for eksempel hos pasienter som har psykisk utviklingshemming.

Raskt svingende bipolare lidelser - 'rapid cycling'

Rapid cycling defineres som flere enn fire stemningsforandrede episoder per år. Behandlingen er vanskelig og bør skje hos spesialist. TCA gir ofte omslag til mani og kan aksellerere syklusfrekvensen. De bør derfor ikke brukes. Nevroleptika og antidepressiver bør om mulig seponeres hos pasienter med raske svingninger. Valproat og karbamazepin er førstehånds-midlene, og de bør doseres etter klinisk effekt og bibrirkninger. Serumkonsentrasjonene kan gjerne ligge noe over referanseområdene for epilepsi. Ved manglende effekt er neste trinn kombinasjon med litium eller et annet antiepileptikum. Man kan prøve en nøye overvåket antidepressiv behandling med SSRI eller MAOH. Å påføre hypermetabolisme med thyroxin titrert til serumnivået av T4 ligger 50% over øvre grense for referanseområdet, kan føre til stabilisering.

Blandete bipolare episoder- 'mixed states'

Blandete episoder defineres i ICD-10 som stemningsforandrede episoder der både maniske og depressiet symptomer er fremtredende samtidig eller veksler raskt i mer enn to uker. I klinisk praksis kan det være nødvendig å utvide

begrepet til å omfatte tilstander der maniforme og depressive symptomer veksler i løpet av dager uten eutyme perioder mellom og tilstander der de to stemningsmessige ytterlighetene i større eller mindre grad er samtidig til stede.

Behandlingen bør ledes av spesialist i psykiatri. Ved blandete episoder bør nevroleptika og antidepressiver seponeres. Antiepileptika er det farmakologiske førstevalget. Ofte blir det nødvendig å kombinere ulike antiepileptika og litium for å oppnå stabilisering. ECT er den mest effektive behandlingen.

Vedlikeholdsbehandling (6–12 måneder)

Ved *unipolare depresjoner* skal en vel gjennomført antidepressiv behandling vare minst seks måneder etter tilnærmet symptomfrihet for å minske faren for tilbakefall. Pasienter som behandles for *dystymi* bør ha vedlikeholdsbehandling i minst ett år. Samme dose som gav bedring i akuttbehandlingen, skal brukes i hele kuren. Før seponering trappes dosen ned i løpet av fire til åtte uker. Ved tegn til forverring settes preparatet inn igjen før et nytt forsøk på seponering gjøres etter ytterligere seks måneder. Denne prosedyren gjentas, slik at en liten gruppe pasienter, som trenger behandling i meget lang tid - kanskje livet ut, kommer til å utkrystallisere seg.

Det er lite vitenskapelig dokumentasjon å holde seg til når det gjelder vedlikeholdsbehandling av *bipolare depresjoner*. På grunn av faren for å fremkalle farmakologisk hypomani eller mani, pleier man å tilrå noe kortere behandlings-tid, gjerne tre til fire måneder.

Langtidsprofylakse (ut over ett år)

Kunnskap om stemningslidelsenes periodiske karakter gjør det svært viktig å tilby pasienten profylakse mot nye episoder. Risikoen for nye episoder øker med antall tidligere episoder, intervallet mellom episodene blir kortere og risikoen for kronisitet, behandlingsresistens og dødelighet øker.

Unipolar depresjon

Ved tilbakevendende depresjon skal profylaktisk langtidsbehandling med antidepressiver alltid overveies. Behandlingen bør skje i samråd med spesialist. Indikasjonene for langtidsbehandling er

- tre eller flere episoder

eller

- to episoder **samt** en eller flere av disse risikofaktorene
- sen debut (>60 år)
- tidlig debut (<20 år)
- akutt start på episodene
- stor arvelig belastning for stemningslidelser
- komorbiditet (dystymi, angstlidelser, rusmiddelmissbruk)
- særlig alvorlige episoder
- dårlig symptomkontroll i løpet av vedlikeholdsbehandlingen
- dårlig yrkestilpasning
- alvorlig selvmordsfare under tidligere depresjoner

Informasjon til pasienten og pårørende er også her en viktig del av behandlingen. Pasienten bør informeres, helst både muntlig og skriftlig, om indikasjoner for og hensikten med den planlagte behandlingen. Det bør avtales et behandlingsprogram som forplikter både lege og pasient. Avslutning av behandlingen bør skje trinnvis med 25% reduksjon av opprinnelig dose hver måned.

Profylaktisk vedlikeholdsbehandling med litium er et alternativ også ved unipolar stemningslidelse.

Bipolar stemningslidelse og syklotymi

Behandlingen bør institueres av spesialist. Alle pasienter med bipolare lidelser (en manisk eller hypoman episode er tilstrekkelig) bør tilbys langtidsprofylakse med litium eller et antiepileptikum, i første hånd valproat. Vedlikeholds-behandlingen bør helst administreres på psykiatrisk poliklinikk, aller helst av et spesialisert team, for å nøye følge litiumnivået (anbefalt serumkonsentrasjon 0,5-0,8 mmol/l), nyrefunksjon, thyreoideafunksjon og elektrolyttstatus (se tillegg 2). Der dette ikke er praktisk gjennomførlig, bør behandlingen ledes av allmenn-praktiserende lege i samarbeid med spesialist. Informasjon til pasienten og pårørende er vesentlig og skal omfatte hensikten med de medisinske kontrollene og tegn på begynnende litiumintoksikasjon. Tillegg 3 angir vanlige bivirkninger og botemidler ved profylaktisk litiumbehandling.

Litium bør ikke seponeres på grunn av manglende profylaktisk effekt før behandlingen har pågått i minst to år. Karbamazepin eller valproat kan brukes som tillegg eller alternativ til litium, og utprøvsperioden er da den samme. Dokumentasjonen er begrenset, særlig for karbamazepin.

Nevroleptika bør unngås i vedlikeholdsbehandling til pasienter med bipolare lidelser. For konvensjonelle nevroleptika er det vist at de kan hindre manier, men omkostningen er overhyppighet av depresjoner. Videre vil bi-virkningene og faren for å påføre pasientene tardive dyskinesier gjøre konvensjonelle nevroleptika uaktuelle i de fleste tilfeller. Det er holdepunkter for at noen atypiske nevroleptika (klozapin, risperidon, olanzapin) kan ha bedre stemningsstabiliserende effekt og mindre fare for tardive dyskinesier enn de konvensjonelle. Men det er foreløpig for liten vitenskapelig dokumentasjon til å kunne anbefale disse midlene som standardbehandling.

Farmakoterapien for syklotymi er som for bipolare lidelser. Ofte vil en oppnå god effekt med lave doser av stemningsstabiliserende medikamenter.

Psykoterapi

Unipolar depresjon og dystymi

Psykologiske og somatiske behandlingsmetoder står ikke i noe motsetningsforhold, men kompletterer hverandre. Det er viktig at en deprimert pasient alltid, uavhengig av hva han eller hun får av biologisk behandling, blir psykologisk ivaretatt. Balansen mellom psykologisk og medikamentell behandling kan være forskjellig i ulike faser av lidelsen. I behandlingen av dype depresjoner vil det være naturlig å ta utgangspunkt i den medisinske sykdomsmodellen. Særlig innledningsvis vil omsorgen og ivaretagelsen som følger av denne modellen, være en god og nødvendig tilnærming inntil pasienten er i form til å bidra aktivt i den psykoteraeutiske prosessen.

Mange velger å kombinere psykoterapi og farmakoterapi. Dette er mer effektivt enn psykoterapi alene ved alvorlige depresjoner. Det ser imidlertid ikke ut til at kombinasjonen av psykoterapi og farmakologi er vesentlig bedre enn hver av disse terapiene alene ved milde og moderate depresjoner. Unntaket er de kroniske depresjonene som ser ut til å svare mye bedre på kombinasjonsbehandling. Moderate og milde depresjoner responderer omlag like godt på psykologisk og biologisk behandling. Valg av tilnærming vil da

avhenge av kliniske faktorer, hva pasienten foretrekker og hva terapeuten kjenner seg mest vel med.

Biologisk behandling, med eller uten tillegg av psykoterapi, må være *obligatorisk* for pasienter med

- melankolsk depresjon
- psykotisk depresjon
- hyppig tilbakevendende depresjon
- alvorlige depresjoner

Ved slike depresjoner er det sikker dokumentasjon for at *biologisk terapi* er mer effektiv enn psykoterapi alene.

Det er nødvendig å understreke at det ikke er holdepunkter for at det finnes kurative behandlinger for depresjon. All terapi er derfor symptomatisk, og målet må derfor være rask og fullstendig symptomlette og gjenvinning av vanlig sosial og yrkesmessig funksjon. Dette gjelder uansett hvilken terapiform som brukes. Det må derfor stilles krav til at psykoterapi gir klinisk effekt innen rimelig tid. Dersom en psykoterapi alene ikke gir bedring etter seks uker, er det indikasjon for å skifte psykoterapiform eller supplere med legemidler.

Opplysningene nedenfor bygger i hovedsak på undersøkelser av pasienter med depressive lidelser (F32 og F33). Det er svakere vitenskapelig dokumentasjon for psykoterapi ved dystymi. De studiene som foreligger, viser i hovedsak tilsvarende effekt som for episodiske depresjoner. Det er også holdepunkter for at familieterapi kan ha effekt ved dystymi.

Støtteterapi

En støttende måte å forholde seg på utgjør grunnlaget for all kontakt med pasienten i løpet av den terapeutiske prosessen. Å etablere og vedlikeholde en empatisk kontakt, å inngi håp, å romme plagsomme følelser, å være årvåken og pedagogisk mot såvel pasient som pårørende kjennetegner den psykoterapeutiske holdningen.

Effekten av systematisk egostøttende psykoterapi er ikke utprøvd ved depresjon. Slik terapi bør derfor ikke være førstevalget, idet en heller bør velge en psykoterapi som har veldokumentert effekt.

Kognitiv terapi

Kognitiv terapi kjennetegnes ved at den fokuserer på dysfunksjonelle tankeprosesser. Ved depresjoner er det vanlig at pasientene ser mer negativt på seg selv og omverdenen og er mer pessimistiske til fremtiden enn det er saklig grunnlag for. Kognitiv terapi ved depresjon har til hensikt å tydeliggjøre de depressive forestillingene og deres effekt på følelser og handlinger.

Depresjonen holdes ved like gjennom systematiske forvrenginger av virkeligheten, og det terapeutiske arbeidet rettes mot å etterprøve pasientens oppfatninger. Terapeutens oppgave blir bl. a. å sette spørsmålstepp ved feilslutninger og veilede pasienten til en mer realistisk måte å tenke på, å identifisere virkelige problemer og skille dem fra opplevde problemer som oppstår på grunn av negative tolkninger. Målet er at pasienten selv skal kunne håndtere sine problemer med eksisterende ressurser og ferdigheter eller med slike som er blitt utviklet i løpet av terapien.

Kognitiv psykoterapi for depresjon strekker seg vanligvis over 12 til 20 samtaler, en eller to ganger i uken. Terapien har vist seg effektiv ved milde og

moderate depresjoner. Ved alvorlige depresjoner bør kognitiv terapi kombineres med farmakologisk behandling. Det er holdepunkter for at kognitiv terapi gir bedre beskyttelse mot tilbakefall etter avsluttet terapi enn farmakoterapi alene.

Interpersonlig psykoterapi

Interpersonlig psykoterapi er en manualisert psykoterapiform som tar utgangspunkt i sammenhengen mellom stemningsleiet og de mellommenneskelige relasjonene. Depresjoner vil oftest utløses eller opprettholdes av negative livshendelser som kan beskrives i interpersonlige termer, så som rolleforandring, rollekonflikt, tapsopplevelser eller manglende sosiale ferdigheter. Den praktiske gjennomføringen er basert på den medisinske modellen og er praktisk problemløsende uten fokus på overføring og tolking.

Interpersonlig psykoterapi gjennomføres vanligvis med ukentlige samtaler over 12 til 20 uker. Pasienter med manglende sosiale ferdigheter trenger ofte lengre tid. Effekten av terapien er påvist i flere store randomiserte under-søkelser. Effekten mot milde og moderate depresjoner er gjennomgående like stor som for kognitiv terapi og antidepressive legemidler. Det er også utviklet en manualisert vedlikeholdsbehandling til bruk for pasienter som har stor sannsynlighet for tilbakefall. I langtidsstudier av depresjonsprofylakse hos slike pasienter har vedlikeholdsversjonen av interpersonlig psykoterapi kunnet forhindre tilbakefall i nye depressive episoder med en styrke omtrent midt mellom placebo og kontinuerlig medisinerings med antidepressiver.

Psykodynamisk terapi

Psykodynamisk psykoterapi kan fremfor alt være indisert senere i behandlingen når pasientens følelsesmessige energi og kognitive evner tillater det. Muligheten for sammenheng mellom tidlige objektap og aktivering av stressreaksjoner og manglende stemningsmessig kontroll kan ikke utelukkes.

Psykodynamisk reformulering kan være en effektiv intervensjon. Pasienter som opplever å være hjelpeløse og uten styring over livet sitt, vil ofte oppleve rask bedring i stemningsleiet når de får øye på hvordan de selv, bevisst eller ubevisst, har vært med på å fremkalle omgivelsenes reaksjoner. For en pasient som føler seg prisgitt omstendighetene, kan det være en stor lettelse å gjøres oppmerksom på egen aktive rolle og muligheter for kontroll. Varsomhet må utøves slik at ikke avdekket selvdestruktivitet øker selvførdømmelsen og finner utløp i aggressiv selvforakt og selvmord.

Korttids dynamisk psykoterapi er i meta-analyser noe mindre effektiv mot depresjon enn kognitiv terapi, interpersonlig psykoterapi, atferdsterapi og antidepressive legemidler. Undersøkelser som har sammenliknet *manualisert* dynamisk korttidsterapi og kognitiv terapi for depresjon, viser ingen forskjell mellom de to behandlingsformene.

Det finnes ikke vitenskapelig dokumentasjon for effekten av langtids dynamisk psykoterapi ved depresjon. Dynamisk langtidsterapi kan derfor ikke anbefales gitt alene som førstehånds behandling ved depresjon. Dynamisk langtidsterapi er likevel et alternativ for pasienter som spesifikt ønsker det, som ikke har respondert på andre psykoterapiformer og for pasienter med andre psykiske lidelser som krever en dynamisk tilnærming, for eksempel personlighetsforstyrrelser.

Ved melankoli og psykotisk depresjon i akutt fase er innsiktsterapi kontra-indisert. Innsiktsterapi uten annen behandling krever nøye vurdering av hensiktsmessighet og faren for suicidale impulsgjennombrudd.

Bipolare lidelser og syklotymi

Psykoterapi for bipolare lidelser er et lite utforsket område. Kontrollerte undersøkelser finnes nesten ikke. Men de fleste eksperter anbefaler psykopedagogiske tilbud for pasienten og pårørende. Kognitive teknikker kan også være viktige for å sikre at pasienten medvirker optimalt i den medikamentelle behandlingen. De fleste pasienter med bipolare lidelser vil ha bruk for en langsiktig støttende kontakt med hjelpeapparatet.

Fysiske behandlingsmetoder

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

ECT er i sin nåværende form en meget trygg behandling med høy effektivitet i kombinasjon med få bivirkninger. ECT er et antidepressivt *andre-* eller *tredje-håndsalternativ* når farmakologisk behandling av depresjoner ikke har virket. Det kan likevel være et *førstehåndvalg* ved alvorlige depresjoner av melankolsk type og ved depresjoner med høy selvmordsfare, uttalte vrangforestillinger, innslag av forvirring, når depresjonen er på vei til å få stuporøse trekk og av og til også for eldre og somatisk syke. Det må understrekes at ECT er effektiv ved alle typer depresjoner, ikke bare de alvorligste. Det er derfor viktig at alle deprimerte pasienter som ikke responderer på psykoterapi eller farmakoterapi, får tilbud om ECT.

Utover den antidepressive effekten har ECT også en kraftfull antimanisk effekt. Forhøyet intrakranielt trykk, feokromocytom og ubehandlet, rumpert aneurysme er absolutte kontraindikasjoner for ECT. Ikke-rumperte aneurysmer i cerebrale kar eller aorta, romoppfyllende prosesser i hjernen, hjertearytmi, nylig gjennomgått hjerteinfarkt eller cerebrovaskulært insult er relative kontraindikasjoner. Ved slike tilstander bør ECT bare gjennomføres dersom en omhyggelig avveining viser at risiko ved ECT er mindre enn faren ved ikke å behandle. Behandlingen må da skje under intensiv overvåking. Kompliserte tilfeller bør diskuteres med anestesilege og eventuelt også med spesialist i indremedisin. Nøye informasjon skal gis til pasient og pårørende, helst også skriftlig. Behandlingen skjer alltid under kort-varig narkose og med bruk av muskelavslappende midler.

ECT gis to til tre ganger i uken. Behandling tre ganger i uken gir raskere, men ikke kraftigere effekt. Omkostningen er mer uttalte kognitive bivirkninger. Dersom en pasient helt eller delvis er non-responder, bør man gi minst ti behandlinger før man avbryter. Hos enkelte pasienter kommer effekten sent eller meget langsomt. Forsiktighet tilrådes med samtidig medisiner. Samtidig medisiner med benzodiazepiner bør unngås på grunn av antikonvulsiv effekt. Om nødvendig velges et kortvirkende middel uten aktive metabolitter, for eksempel oxazepam i så små doser som mulig.

Den viktigste bivirkningen ved ECT er kognitive forstyrrelser. Det er vanlig med hukommelsestap og innprentningsvansker i den tiden behandlingen pågår. Etter avsluttet behandling gjenvinner pasientene sine kognitive funksjoner, men hukommelseslukene blir gjerne stående. Disse bivirkningene er mest uttalt ved bitemporal elektrodeplassing. Som standard vil vi derfor anbefale unilateral elektrodeplassing over ikke-dominant hemisfære. Dersom pasienten ikke responderer, bør bifrontal eller bitemporal elektrodeplassing prøves.

ECT må dokumenteres særskilt i journalen. Både anfallsvarighet, grad av generalisering, elektrodeplassing, stimulusintensitet, -varighet og bruk av muskelavslappende og bedøvende medisiner må nedtegnes.

Lysbehandling

Behandling gjennomføres med kunstig fullspektrumlys med intensitet 1500-10000 lux. Ved lysintensitet på 10.000 lux er det vanlig med 1/2 times behandling hver dag. Bruker man lysintensitet ned mot 2.000 lux, er det nødvendig med opptil to timers behandling om dagen. Behandlingen pleier å gis daglig i to uker, vanligvis tidlig om morgenen. Deretter kan vedlikeholdsbehandlinger gis ved behov. Den synlige kliniske effekten og den antidepressive effekten pasienten opplever oppstår etter to til fem behandlinger. Lysbehandling kan også fungere profylaktisk. Rapporterte bivirkninger er hodepine, tretthet, øyeirritasjon, uro, rastløshet, innsovningsvansker og omslag til hypomani.

Indikasjoner for lysbehandling er i første rekke årstidsbundne depresjoner ('vinterdepresjoner') og søvnforstyrrelser. Mørketidsdepresjoner pleier å respondere raskt og fullstendig på lysbehandling. Det er også holdepunkter for at lysbehandling kan forsterke og fremskynde effekten av antidepressive legemidler.

Tiltak ved behandlingsresistent depresjon

Vanligvis defineres en alvorlig depresjon som terapieresistent når en har prøvd minst to antidepressive legemidler med ulik farmakodynamisk profil i anbefalt dose i tilstrekkelig lang tid, dvs minst seks uker for hvert preparat med adekvate serumkonsentrasjoner, uten at pasienten får tilstrekkelig effekt. Før det tredje behandlingsforsøket skal diagnosen revurderes. Man skal ha gransket i hvilken grad pasienten har fulgt ordinasjonen.

Det best dokumenterte alternativet er ECT. Bytte til antidepressiv med bredere farmakodynamisk profil (såkalt *dual action*), som for eksempel tertiære TCA eller venlafaxin, bør også forsøkes.

Kombinasjonsbehandling er også et alternativ ved behandlingsresistens. Slik behandling krever at en er fortrolig med bivirkninger og eventuelle inter-aksjoner.

Tillegg av litium dosert til serumnivåer omkring 0,6 - 1,0 mmol/l og tillegg av trijodotyronin 25 -50 mg daglig er begge vel dokumenterte strategier som gir respons hos omlag halvparten av pasientene. Også andre kombinasjonsbehandling er rapportert i kontrollerte og ikke-kontrollerte studier.

De mest aktuelle kombinasjonene er

- å legge buspiron til et SSRI
- å legge pindolol til serotonerge antidepressiver
- å kombinere antidepressiver med ulik virkningsmekanisme

Disse kombinasjonene er det rimelig å prøve, men ingen av dem er godt nok vitenskapelig dokumentert til å kunne anbefales som standardbehandling.

Kombinasjoner som kan føre til serotonergt syndrom frarådes. Faren er størst når MAOH, fremfor alt de uselektive og irreversible, kombineres med andre serotonergt virkende medikamenter. Kombinasjonene MAOH + SSRI og MAOH + klomipramin er derfor absolutt kontraindisert. Holder en seg unna MAOH, vil de fleste kombinasjoner av medikamenter med kort halveringstid være trygge. Faren for serotonergt syndrom er neppe stor når litium legges til anti-depressiver.

Farmakokinetiske interaksjoner er et annet problem med kombinasjonsbehandlinger. Mange antidepressive legemidler er potente hemmere av cytokrom P 450-isoenzym, noe som kan påvirke nedbrytningen av andre legemidler og i verste fall føre til utilsiktet overdosering og toksisitet.

Infusjonsbehandling eller intramuskulære injeksjoner med klomipramin er en annen terapeutisk mulighet ved behandlingsresistent depresjon.

Forskrivning av klassiske MAOH (fenelzin, tranylcypromin, isocarboxazid og iproniazid) på registreringsfritak bør prøves når andre behandlinger ikke har ført til målet. Behandling med MAOH er en spesialistoppgave som må skje under hensyntagen til faren for farmakodynamiske interaksjoner med andre medikamenter og hypertensive kriser på grunn av tyraminholdig mat og drikke.

Samtidig forekomst av andre forstyrrelser i sentralnervesystemet

Demens

SSRI og moklobemid har vist seg å ha gunstig effekt ved depresjon og uro i samband med demens. Disse midlene vil ikke forverre kognitive funksjoner. TCA skal unngås fordi de kan forverre en kognitiv svikt på grunn av deres antikolinerge egenskaper.

Parkinsons sykdom

Depresjon forekommer ofte hos pasienter med Parkinsons sykdom og lindres i mange tilfeller når grunnlidelsen er optimalt behandlet med for eksempel l-dopa og/eller bromokriptin. Den depressive komponenten svarer ofte på tillegg av antidepressiv. ECT kan være effektiv mot såvel motoriske forstyrrelser som depresjon.

Selegilin/l-deprenyl, som er registrert på indikasjonen Parkinsons sykdom, er i lave doser (mindre enn 20mg daglig) en selektiv MAO-B-hemmer. Ved doser over dette, blir selegilin en uselektiv MAO-A- og MAO-B-hemmer som også har antidepressiv effekt. Ettersom høye doser selegilin også vil ha anti-parkinsonistisk effekt, er denne behandlingen et alternativ hos deprimerte personer med Parkinsons sykdom. Dette er en spesialistoppgave som krever at vanlige forsiktighetsregler ved bruk av uselektive MAOH må følges. Selegilin kan, under nøye overvåking, kombineres med andre antidepressiver.

Cerebralt insult

Cerebrale sirkulasjonsforstyrrelser gir meget ofte angst og depressive symptomer. Antidepressiv medisiner kan være av stor verdi, ettersom forekomst av depresjon har vist seg å ha negativ innvirkning på rehabiliteringsforløpet. Emosjonell inkontinens med patologisk gråt kan respondere svært godt på SSRI.

Alkoholisme

Diagnostikken av stemningslidelser ved alkoholisme er vanskelig. Ofte trengs det flere ukers totalavhold for å avgjøre om det dreier seg om depresjon sekundært til alkoholmisbruket eller om depresjonen er en separat og behandlingskrevende lidelse.

Vedvarende depresjon hos avrusede pasienter øker faren for tilbakefall til alkoholmisbruk, og depresjoner bør derfor behandles. Velger en å bruke legemidler, bør en velge midler som i liten grad interagerer med alkohol, for eksempel SSRI. Det er holdepunkter for at serotonerge antidepressiver kan bidra til å redusere alkoholforbruket.

Selvmondsfare

Selvmondsfaren skal vurderes fortløpende i hele behandlingsperioden. Faren for selvmord er stor i alle faser av depresjoner og også i månedene etter. Stemningsleiet kan veksle fra dag til dag. Ved en tilfeldig forverring i begynnelsen av den antidepressive behandlingen er det derfor lett for pasienten å miste troen på behandlingen. Følelsen av håpløshet kan da bli intensivert, noe som øker selvmordsfaren. Det er viktig å motvirke en slik utvikling ved å informere om at den antidepressive effekten til behandlingen inntreer gradvis og kan la vente på seg i flere uker.

Den sterkeste risikofaktoren er tidligere selvmordsforsøk. Sterke selvmordstanker og fremfor alt konkrete selvmordsplaner eller forberedelser til selvmord øker risikoen ytterligere. Andre risikofaktorer for selvmord ved stemningslidelser er depresjon med sterke innslag av angst, vrangforestillinger, skyldfølelse, opplevd håpløshet, opplevd krenkelse eller ydmykelse, manglende evne til å få overblikk, samtidig rusmiddelmisbruk, sub-affektivt temperament og visse personlighetsforstyrrelser. Svakt sosialt nettverk, arbeidsledighet og samtidig somatisk sykdom er også risikofaktorer. Menn er mer utsatt enn kvinner, eldre mer enn yngre, enslige mer enn gifte.

Men vurderingen av selvmordsfare har også en psykologisk side. Uavhengig av de nevnte risikofaktorene må behandleren prøve å leve seg inn i pasientens situasjon for å bringe på det rene hva som taler for og hva som taler mot selvmord i det enkelte tilfelle. Behandleren må blant annet ta stilling til hvilken støtte pasienten har omkring seg og hvilke utveier pasienten kan se for seg.

I arbeidet med den enkelte pasient rådes det til at en går gjennom punktene A til C nedenfor for å sikre en systematisk og grundig vurdering av selvmordsfaren

A Ved behandling av pasienter med stemningslidelser bør en stadig være oppmerksom på selvmordsfaren. Selvmordsfaren bør vurderes:

- ved første konsultasjon eller når diagnosen stilles
- ved oppfølging og kontroll
- når det inntreer endringer i symptom bildet, slik som for eksempel ved tilbakefall eller forverring av tilstanden

B Spør pasienten:

- direkte og åpent om han har selvmordstanker
- om han har konkrete selvmordsplaner eller har gjort forberedelser til selvmord
- etter tidligere selvmordsforsøk

C Vurder:

- i hvilken grad pasienten opplever situasjonen håpløs
- pasientens evne til impuls kontroll
- om pasienten misbruker rusmidler
- om pasienten har psykotiske eller alvorlige somatiske tilleggssymptomer
- pasientens sosiale nettverk
- pasientens evne til egen mestring

Det er sterk sammenheng mellom depresjon og selvmord. Over halvparten av alle som begår selvmord kan antas å ha vært klinisk deprimerte da de tok livet av seg. Undervisning i depresjonskunnskap til personell i kommunehelsetjenesten har derfor en viktig plass i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Litteratur

Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 592-606

Angst J. The course of affective disorders. *Psychopathology* 1986; 19: 47-52

Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology (Berlin)* 1992; 106: S71-S74

American Psychiatric Association. Practice guideline for major depressive disorder in adults. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1-23

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1-36

Bakke O. Depresjon i primærhelsetjenesten, håndbok for klinikerne. Oslo: Eget forlag, 1998

Blier P, Bergeron R. The use of pindolol to potentiate antidepressant medication. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 5): 16-23

Coppen A. Depression as a lethal disease: prevention strategies. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 37-45

Coryell WH. Management of rapid cycling bipolar disorder. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997; 3: 56-62

Denicoff KD, Smith-Jackson EE, Bryan AL, Ali SO, Post RM. Valproate prophylaxis in a prospective clinical trial of refractory bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1456-1458

Devanand DP, Dwork AJ, Hutchinson ER, Bolwig TG, Sackeim HA. Does ECT alter brain structure? *Am J Psychiatry* 1994; 151: 957-970

Dubovsky SL, Thomas M. Approaches to the treatment of refractory depression. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1996; 2: 14-22

The WPA Dysthymia Working Group. Dysthymia in clinical practice. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 174-183

Ernst E, Rand JJ, Stevinson C. Complementary therapies for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1026-1032

Frank E, Karp JK, Rush AJ. Efficacy of treatments for major depression. *Psychopharm Bull* 1993; 29: 457-475

Frazer A. Pharmacology of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17(suppl 1): 2S-18S

Guscott R, Grof P. The clinical meaning of refractory depression: a review for the clinician. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 695-704

- Himmelhoch JM, Thase ME, Mallinger AG, Houck P. Tranylcypromine versus imipramine in anergic bipolar depression. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 910-916
- Howland RH, Thase ME. A comprehensive review of cyclothymic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 485-493
- Judd LL. The clinical course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 989-991
- Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP, Frances A (ed). Treatment of bipolar disorder. The expert consensus guideline series. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (suppl 12A)
- Kasper S. The rationale for long-term antidepressant therapy. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8: 225-235
- Keller MB, Gelenberg AJ, Hirschfeld RMA, Rush AJ et al. The treatment of chronic depression, part 2: A double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 590-607
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S-Y, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19
- Klerman GL, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy for depression: background and concepts. In: Klerman GL, Weissman MM (ed). *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993
- Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Cons Clin Psych* 1996; 64: 532-539
- Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Cornes C, Mallinger AG, Thase et al. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 769-773
- Kupfer DJ. Management of recurrent depression. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 29-33
- Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartoli L. Long-term outcome of lithium prophylaxis in bipolar disorders: a 5-year prospective study of 402 patients at a lithium clinic. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 30-35
- McElroy S, Frye M, Denicoff K, Altshuler L, Nolen W, Kupka R et al. Olanzapine in treatment-resistant bipolar disorder. *J Affect Disord* 1998; 49: 119-122
- McGrath PJ, Stewart JW, Harrison WH, Ocepek-Welickson K, Rabkin JG, Nunes EN et al. Predictive value of symptoms of atypical depression for differential drug treatment outcome. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12: 197-202

- Mehlum L (ed). *Tilbake til livet - selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1998
- Mendels J. The acute and long-term treatment of major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1992; 7: 21-29
- Montgomery SA. Antidepressants in long-term treatment. *Annu Rev Med* 1994; 45: 447-457
- Rorsman B, Gräsbeek A, Hagnell O, Lanke J, Öhman R, Öjesjö L, et al. A prospective study of first-incidence depression. The Lundby study 1957-72. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 336-342
- Rouillon F, Gorwood P. The use of lithium to augment antidepressant medication. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 5): 32-39
- Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 999-1010
- Post RM, Denicoff KD, Frye MA, Leverich GS. Re-evaluating carbamazepine prophylaxis in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 202-204
- Potter WZ, Rudorfer MV. Electroconvulsive therapy - a modern medical procedure. *N Engl J Med* 1993; 328: 882-882
- Salzman C. ECT, research, and professional ambivalence. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1-2
- Schou M. Forty years of lithium treatment. Commentaries by Kupfer DJ, Gershon S, Gitlin MJ. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 9-23
- Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Cons Clin Psych* 1994; 62: 522-534
- Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Shea MT, Warshaw M et al. Recovery from major depression. A 10-year prospective follow-up across multiple episodes. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1001-1006
- Sotsky SM, Glass DR, Shea MT, Pilkonis PA, Collins JF, Elkin et al. Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 997-1008
- Souza FGM, Goodwin GM. Lithium treatment and prophylaxis in unipolar depression: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 666-675
- Spigset O, Hägg S. Excretion of psychotropic drugs into breast milk. Pharmacokinetic overview and therapeutic implications. *CNS Drugs* 1998; 9: 11-134
- Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1132-1137

Vedlegg

Vedlegg 1	F30–F39 Affektive lidelser (Stemningslidelser)	31
Vedlegg 2	Kriterier for stemningsforandrede episoder etter DSM-IV (utdrag)	55
	Alvorlig depressiv episode	56
	Spesifisering av melankoli	56
	Spesifisering av atypisk depresjon	56
	Dystymi	56
	Manisk episode	57
	Hypoman episode	57
	Blandet episode	58
	Syklotymi.....	58
Vedlegg 3	Kontrollprogram for litiumbehandling	59
	Før medisinerings.....	59
	I løpet av vedlikeholdsbehandlingen.....	59
Vedlegg 4	Vanlige bivirkninger ved vedlikeholdsbehandling med litium ...	61

Hentet fra ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

F30–F39

Affektive lidelser [stemningslidelser]

F30 Manisk episode 109

F30.0 Hypomani 109

F30.1 Mani uten psykotiske symptomer 110

F30.2 Mani med psykotiske symptomer 111

F30.8 Andre spesifiserte maniske episoder 111

F30.9 Uspesifisert manisk episode 111

F31 Bipolar affektiv lidelse 112

F31.0 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode hypoman 113

F31.1 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk uten psykotiske symptomer 113

F31.2 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk med psykotiske symptomer 113

F31.3 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode mild eller moderat depresjon 114

.30 Uten somatisk syndrom

.31 Med somatisk syndrom

F31.4 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer 114

F31.5 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon med psykotiske symptomer 114

F31.6 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode blandet 115

F31.7 Bipolar affektiv lidelse, i remisjon 115

F31.8 Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser 115

F31.9 Uspesifisert bipolar affektiv lidelse 115

F32 Depressiv episode 116

F32.0 Mild depressiv episode 118

.00 Uten somatisk syndrom

.01 Med somatisk syndrom

F32.1 Moderat depressiv episode 118

.10 Uten somatisk syndrom

.11 Med somatisk syndrom

F32.2 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer 119

F32.3 Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer 120

F32.8 Andre spesifiserte depressive episoder 120

F32.9 Uspesifisert depressiv episode 121

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]**F33 Tilbakevendende depressiv lidelse 121**

- F33.0 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild 122
 - .00 Uten somatisk syndrom
 - .01 Med somatisk syndrom
- F33.1 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat 123
 - .10 Uten somatisk syndrom
 - .11 Med somatisk syndrom
- F33.2 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig, uten psykotiske symptomer 123
- F33.3 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig, med psykotiske symptomer 124
- F33.4 Tilbakevendende depressiv lidelse, i remisjon 124
- F33.8 Andre spesifiserte tilbakevendende depressive lidelser 125
- F33.9 Uspesifisert tilbakevendende depressiv lidelse 125

F34 Vedvarende affektive lidelser 125

- F34.0 Cyklotymi 125
- F34.1 Dystymi 126
- F34.8 Andre spesifiserte vedvarende affektive lidelser 127
- F34.9 Uspesifisert vedvarende affektiv lidelse 127

F38 Andre affektive lidelser 128

- F38.0 Andre enkeltstående affektive lidelser 128
 - .00 Blandet affektiv episode
- F38.1 Andre tilbakevendende affektive lidelser 128
 - .10 Tilbakevendende kortvarig depressiv lidelse
- F38.8 Andre spesifiserte affektive lidelser 128

F39 Uspesifisert affektiv lidelse 129

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

Innledning

Forholdet mellom etiologi, symptomer, underliggende biokjemiske prosesser, respons på behandling og utfall av affektive lidelser[stemningslidelser] er ennå ikke tilstrekkelig kjent til at de kan klassifiseres på en måte som kan allment godkjennes. Det er like fullt nødvendig å etablere en klassifikasjon, og det som presenteres her, er resultatet av omfattende rådføringer.

I disse lidelsene er den grunnleggende forstyrrelsen endringer i stemningsleie eller affekter, vanligvis i retning av depresjon (med eller uten tilknyttet angst) eller hevet stemningsleie. Endringer i stemningsleie ledsages vanligvis av endringer i det generelle aktivitetsnivået, og de fleste andre symptomer er enten sekundære til slike endringer, eller forståelige i sammenheng med dem. De fleste av disse lidelsene har tendens til å være tilbakevendende, og utbruddene av enkeltepisoder skjer ofte i sammenheng med belastende hendelser eller situasjoner. Denne delen omhandler affektive lidelser[stemningslidelser] i alle aldersgrupper, og de som oppstår i barne- og ungdomsalder skal derfor kodes her.

Hovedkriteriene for klassifisering av affektive lidelser[stemningslidelser] er valgt av praktiske årsaker, ved at de muliggjør en enkel identifikasjon av vanlige kliniske lidelser. Det skilles mellom enkeltstående episoder og bipolare og andre tilbakevendende lidelser, fordi en stor del av pasientene bare har én sykdomsepisode. Alvorlighetsgraden er dessuten satt i forgrunnen av hensyn til valg av behandling og tildeling av andre tjenester. Symptomene som her blir omtalt som «somatiske», kunne også blitt kalt «melankolske», «vitale», «biologiske» eller «endogene», og det kan uansett stilles spørsmål ved syndromets vitenskapelige status. Det faktum at det er tatt med her, vil forhåpentligvis resultere i en grundig vurdering av nytteverdien av en separat klassifisering. Klassifikasjonen er ordnet slik at det somatiske syndromet kan registreres av de som ønsker det, og eventuelt ignoreres uten at annen informasjon går tapt.

Det å skille mellom ulike alvorlighetsgrader er fortsatt et problem. De tre gradene mild, moderat og alvorlig er spesifisert, fordi mange klinikere ønsker at de skal være tilgjengelige.

Begrepete «mani» og «alvorlig depresjon» er brukt i denne klassifikasjonen for å angi ytterpunktene på det affektive spekteret. «Hypomani» er brukt for å angi en mellomtilstand uten vrangforestillinger, hallusinasjoner eller totalt opphør av normale aktiviteter, som ofte (men ikke utelukkende) observeres når pasienter rammes av mani, eller helbredes for den.

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]**F30 Manisk episode**

Tre alvorlighetsgrader er spesifisert her. De har alle de samme underliggende kjennetegnene hevet stemningsleie og økt fysisk og psykisk aktivitet, både med hensyn til mengde og hastighet. Alle undergrupperingene i kategorien skal bare brukes ved enkeltstående maniske episoder. I tilfelle tidligere eller etterfølgende affektive episoder (depressive, maniske eller hypomane), skal lidelsen kodes under bipolar affektiv lidelse [stemningslidelse] (F31.-).

Inkl.: bipolar lidelse, enkeltstående manisk episode

F30.0 Hypomani

Hypomani er en svakere grad av mani (F30.1), der avvik i stemningsleie og atferd er for vedvarende og markert til at den kan inkluderes under cyklotymi (F34.0), men den ledsages ikke av hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Det skjer en lett heving av stemningsleiet (som vedvarer i flere dager), økt energi og aktivitet, og vanligvis sterk opplevelse av velvære og fysisk og psykisk effektivitet. Økt sosial omgjengelighet, pratsomhet, overdreven fortrolighet, økt seksuell energi og mindre søvnbehov er ofte til stede, men ikke i en slik utstrekning at det fører til sosial avvising eller til alvorlig forstyrrelse av arbeid. Irritabilitet, innbilskhet og ubehøvlet opptreden kan forekomme i stedet for den mer utbredte euforiske omgjengeligheten.

Ved svekkelser i konsentrasjon og oppmerksomhet reduseres også evnen til å komme i gang med arbeid, eller til avslapping og ro, men dette hindrer ikke nødvendigvis interessen for nye aktiviteter eller lett overforbruk av penger.

Diagnostiske retningslinjer

Flere av ovennevnte kjennetegn, som stemmer overens med hevet eller endret stemningsleie og aktivitetsøkning, må vedvare i minst flere dager, i høyere grad og av lenger varighet enn ved cyklotymi (F34.0). Betydelige forstyrrelser av arbeid eller sosial aktivitet stemmer med hypomanidiagnosen, men hvis slike forstyrrelser er alvorlige eller totale, skal diagnosen mani (F30.1 eller F30.2) stilles.

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

Differensialdiagnoser. Hypomani dekker spekteret av affektive lidelser [stemningslidelser] og aktivitetsnivå mellom cyklotymi (F34.0) og mani (F30.1 og F30.2). Aktivitetsøkning og rastløshet (og ofte vekttap) må holdes adskilt fra symptomene på hypertyreoidisme og anorexia nervosa. Tidlige stadier av «agitert depresjon», særlig hos sent middelaldrende, kan ha en ytre likhet med hypomani av irriterbar type. Personer med alvorlige tvangsforestillinger kan arbeide utover natten for å fullføre sine huslige vaskeritualer, men deres form for affekt vil vanligvis være den motsatte av den typen som blir beskrevet her.

Når en kort hypomanperiode kommer i forkant eller i etterkant av mani (F30.1 og F30.2), er det vanligvis ikke nødvendig å spesifisere hypomanien separat.

F30.1 Mani uten psykotiske symptomer

Stemningsleiet er hevet på en måte som gjør at det ikke harmonerer med personens omstendigheter, og kan variere fra bekymringsløs jovialitet til nesten ukontrollerbar oppstemthet. Hevet stemningsleie ledsages av økt energi, som fører til hyperaktivitet, taletrang og redusert søvnbehov. Normale sosiale hemninger er tapt, oppmerksomheten kan ikke fastholdes og pasienten distraheres lett. Selvfølelsen er ofte overdreven, og grandiose eller overoptimistiske tanker får fritt utløp.

Persepsjonsforstyrrelser kan forekomme. Farger kan for eksempel oppleves som spesielt sterke (og vanligvis vakre), personen kan være svært opptatt av små detaljer i overflater. Subjektiv hyperakusis kan også foreligge. Individet kan gå i gang med ekstravagante og ugjennomførlige planer, ha et hemningsløst pengeforbruk, eller bli aggressiv, kjærlig eller spøkefull i upassende situasjoner. I noen maniske episoder er pasienten mer irritert og mistenksom enn eksaltert. Debuten er vanligvis mellom 15- og 30-årsalderen, men den kan også komme så tidlig som i sen barndom eller så sent som i 80-årsalder.

Diagnostiske retningslinjer

Episoden må minst vare i én uke og være alvorlig nok til at ordinært arbeid og sosiale aktiviteter forstyrres helt eller delvis. Endringen i stemningsleiet bør ledsages av økt energi og flere av symptomene omtalt ovenfor (spesielt taletrang, redusert søvnbehov, grandiositet og overoptimisme).

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]**F30.2 Mani med psykotiske symptomer**

Det kliniske bildet er det samme som ved mer alvorlige former for mani, som beskrevet i F30.1. Overdreven selvfølelse og grandiositet kan utvikles til vrangforestillinger, og irritabilitet og mistenksomhet til forfølgelsesideer. I alvorlige tilfeller kan grandiose eller religiøse vrangforestillinger om egen identitet eller rolle være fremtredende, og tankeflukt og taletrang kan gjøre personen uforståelig for andre. Krevende og vedvarende fysisk aktivitet og eksitasjon kan resultere i aggresjon eller vold, og en likegyldig holdning til mat og drikke og personlig hygiene kan gi en farlig grad av dehydrering og selvforsømmelse. Ved behov kan vrangforestillinger eller hallusinasjoner spesifiseres som kongruente eller inkongruente med stemningsleiet. «Inkongruent» skal brukes om affektivt nøytrale vrangforestillinger og hallusinasjoner, f.eks. selvhenføring uten beskyldende eller anklagende innhold, eller stemmer som snakker til personen om hendelser uten noen spesiell emosjonell betydning.

Differensialdiagnoser. Ett av de vanligste problemene er å skille denne lidelsen fra schizofreni, særlig hvis utviklingsstadiene i hypomani ikke er blitt observert og personen bare vurderes når sykdommen er på et høydepunkt, når vrangforestillinger, uforståelig tale og voldelig eksaltasjon kan skjule den grunnleggende affektforstyrrelsen. Personer med mani som responderer på nevroleptisk medisinering, kan gi et lignende diagnostiseringsproblem når de igjen har nådd normalnivå for fysisk og psykisk aktivitet, men fremdeles har vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Tilfeldige hallusinasjoner eller vrangforestillinger som er spesifisert for schizofreni (F20.-) kan også klassifiseres som stemningsinkongruente, men hvis disse symptomene er fremtredende og vedvarende, vil trolig diagnosen schizoaffectiv lidelse (F25.-) passe bedre (se også side 103).

Inkl.: manisk stupor

F30.8 Andre spesifiserte maniske episoder**F30.9 Uspesifisert manisk episode**

Inkl.: mani INA

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER**F31 Bipolar affektiv lidelse**

Lidelsen er karakterisert ved gjentatte (minst to) episoder der personens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Lidelsen består ved noen anledninger av hevet stemningsleie og økt energi og aktivitet (mani eller hypomani), og ved andre anledninger, av senket stemningsleie og redusert energi og aktivitet (depresjon). Fullstendig remisjon oppnås vanligvis mellom episoder, og fordelingen mellom menn og kvinner er jevnere enn i andre stemningslidelser. Da personene som bare lider av gjentatte episoder med mani, er relativt fåtallige, og ligner (mht familiebakgrunn, premorbid personlighet, debutalder og langtidsprognose) dem som også har tidvise depressive episoder, skal også disse klassifiseres som bipolare.

Maniske episoder har vanligvis brå debut og varer i fra to uker til fire-fem måneder (gjennomsnittlig varighet er rundt fire måneder). Depresjoner varer ofte lenger (gjennomsnittlig varighet rundt seks måneder), men sjelden i mer enn ett år, med unntak av hos eldre. Episoder av begge typer kommer ofte i etterkant av belastende livshendelser eller andre psykiske traumer, men denne typen belastning er ikke nødvendig for at diagnosen skal stilles. Den første episoden kan inntreffe helt fra barndom til alderdom. Hyppigheten av episodene og mønsteret for remisjon og tilbakefall er meget variabel, selv om remisjonene ofte blir kortere med tiden, og depresjonene blir vanligere og mer langvarige hos middelaldrende og eldre.

Selv om det opprinnelige begrepet «manisk-depressiv psykose» også inkluderte pasienter som bare led av depresjoner, blir begrepet «manisk-depressiv lidelse eller forstyrrelse» nå hovedsakelig brukt som synonym for bipolar lidelse.

Inkl.: manisk-depressiv sykdom, psykotisk lidelse eller reaksjon

Ekskl.: bipolar lidelse, enkeltstående manisk episode (F30.-)
cyklotymi (F34.0)

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]**F31.0 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode hypoman***Diagnostiske retningslinjer*

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for hypomani (F30.0), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

F31.1 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk uten psykotiske symptomer*Diagnostiske retningslinjer*

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for mani uten psykotiske symptomer (F30.1), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

F31.2 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk med psykotiske symptomer*Diagnostiske retningslinjer*

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for mani med psykotiske symptomer (F30.2), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

Ved behov kan vrangforestillinger eller hallusinasjoner spesifiseres som stemningskongruente eller stemningsinkongruente (se F30.2).

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

F31.3 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode mild eller moderat depresjon***Diagnostiske retningslinjer***

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for en depressiv episode av enten mild (F32.0) eller moderat (F32.1) alvorlighetsgrad, og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom i depresjons-episoden:

F31.30 Uten somatisk syndrom

F31.31 Med somatisk syndrom

F31.4 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer***Diagnostiske retningslinjer***

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for en alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer (F32.2), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

F31.5 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon med psykotiske symptomer***Diagnostiske retningslinjer***

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for en alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer (F32.3), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]

Vrangforestillinger eller hallusinasjoner kan spesifiseres som stemningskongruente eller stemningsinkongruente (se F30.2).

F31.6 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode blandet

Pasienten har hatt minst én manisk, hypoman eller blandet affektiv episode tidligere, og utviser ofte enten en blanding av eller en rask veksling mellom maniske, hypomane og depressive symptomer.

Diagnostiske retningslinjer

Selv om den vanligste typen bipolar lidelse består av vekslende maniske og depressive episoder som er atskilt av perioder med normalt stemningsleie, er det ikke uvanlig at depressivt stemningsleie blir ledsaget av overaktivitet og taletrang som vedvarer i dager eller uker, eller at manisk stemningsleie og grandiositet blir ledsaget av agitasjon og tap av energi og libido. Depressive symptomer og symptomer på hypomani eller mani kan også veksle fra dag til dag, eller fra time til time. Diagnosen blandet bipolar affektiv lidelse skal bare stilles hvis begge symptom-gruppene er fremtredende i det meste av sykdomsepisoden, og hvis den aktuelle episoden har vart i minst to uker.

Ekstkl.: enkeltstående blandet affektiv episode (F38.0)

F31.7 Bipolar affektiv lidelse, i remisjon

Personen har hatt minst én manisk, hypoman eller blandet affektiv episode og i tillegg minst én annen affektiv episode av hypoman, manisk, depressiv eller blandet type. Personen lider ikke nå av noen signifikant forstyrrelse i stemningsleie, og har heller ikke gjort det på flere måneder, men kan likevel få behandling for å redusere risikoen for fremtidige episoder.

F31.8 Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser

Inkl.: bipolar II-lidelse
tilbakevendende maniske episoder INA

F31.9 Uspesifisert bipolar affektiv lidelse

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER**F32 Depressiv episode**

Ved typiske depressive episoder av de tre typene beskrevet nedenfor (mild (F32.0), moderat (F32.1) og alvorlig (F32.2 og F32.3)), lider personen vanligvis av depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Uttalt tretthet selv etter lette anstrengelser er vanlig. Andre vanlige symptomer er:

- (a) redusert konsentrasjon og oppmerksomhet,
- (b) redusert selvfølelse og selvtillit,
- (c) skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse (også ved milde episoder),
- (d) triste og pessimistiske tanker om fremtiden,
- (e) planer om, eller utføring av, selvskaade eller selvmord,
- (f) søvnforstyrrelser,
- (g) redusert appetitt.

Det senkede stemningsleiet forandrer seg lite fra dag til dag, varierer ikke med omstendighetene, men kan vise en karakteristisk fast daglig variasjon. Som ved maniske episoder, viser det kliniske bildet tydelige individuelle variasjoner, og atypiske sykdomsbilder er særlig vanlige i ungdomstiden. I noen tilfeller kan angst, bekymringer og motorisk agitasjon være mer fremtredende enn depresjon, og endringer i stemningsleiet kan også skjules av andre trekk, som irritabilitet, stort alkoholkonsum, teatralsk atferd og forverring av tidligere symptomer på fobier eller tvangstanker, eller hypokondriske tanker. Ved depressive episoder av alle tre alvorlighetsgrader kreves vanligvis en varighet på to uker for at diagnosen skal kunne stilles. Kortere varighet kan likevel aksepteres hvis symptomene er svært alvorlige og har brå debut.

Noen av symptomene som er nevnt ovenfor, kan være markerte og utvikle karakteristiske egenskaper med en spesiell klinisk betydning. De vanligste eksemplene på slike «somatiske» symptomer er interesse- eller gledesløshet overfor aktiviteter som vanligvis oppleves som positive; manglende følelsesmessig reaksjon på omgivelser og hendelser som vanligvis oppleves som hyggelige; oppvåkning minst to timer tidligere enn vanlig; sterkest depresjon om morgenen; objektive tegn på sikker psykomotorisk retardasjon eller agitasjon (bemerket eller rapportert fra andre mennesker), markert tap av appetitt og vekt (ofte definert som 5 % eller mer av kroppsvekten i foregående måned) og markert tap av libido. Vanligvis blir ikke

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]

dette somatiske syndromet vurdert som tilstedeværende uten at rundt fire av disse symptomene klart er til stede.

Kategoriene for milde (F32.0), moderate (F32.1) og alvorlige (F32.2) depressive episoder som er mer detaljert beskrevet nedenfor, skal bare brukes for en enkeltstående (første) depressiv episode. Ytterligere depressive episoder skal klassifiseres under en av undergrupperingene av tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-).

Alvorlighetsgradene er spesifisert til å dekke et vidt spekter av kliniske tilstander som inntreffer i ulike typer psykiatrisk praksis. I primærhelsetjenesten og vanlige medisinske situasjoner finnes det mange personer med milde depressive episoder. Psykiatriske sykehusavdelinger er hovedsakelig i befatning med pasienter som lider av mer alvorlige grader av lidelsene.

Forekomst av selvpåført skade i tilknytning til affektive lidelser [stemningslidelser], vanligvis i form av selvpåført forgiftning ved hjelp av forskrevet medisin, skal registreres ved hjelp av en tilleggskode fra kapittel XX i ICD-10 (X60-X84). Kodene differensierer ikke mellom selvmordsforsøk og «para-suicid», siden begge er inkludert i den vanlige kategorien med selvskaade.

Differensieringen mellom milde, moderate og alvorlige depressive episoder er foretatt ut fra en komplisert klinisk vurdering av antall, type og alvorlighetsgrad av symptomene som er til stede. Omfanget av ordinære sosiale og arbeidsmessige aktiviteter kan ofte være en nyttig indikator ved vurdering av episodens antatte alvorlighetsgrad. Individuelle, sosiale og kulturelle påvirkninger som kan forstyrre forholdet mellom symptomenes alvorlighetsgrad og sosial prestasjonsevne, er imidlertid så utbredte og sterke at det er uklokt å innlemme sosial prestasjonsevne som et viktig kriterium for alvorlighetsgrad.

Demens (F00–F03) eller psykisk utviklingshemming (F70–F79) ekskluderer ikke diagnosen depressiv episode som kan behandles, men kommunikasjonsproblemer gjør at det ofte blir nødvendig å stole mer enn vanlig på diagnosen ut fra objektivt observerte somatiske symptomer, som psykomotorisk retardasjon, appetittmangel og vekttap, og søvnforstyrrelser.

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

Inkl.: enkeltstående episoder av depressiv reaksjon
alvorlig depresjon (uten psykotiske symptomer)
psykogen depresjon eller reaktiv depresjon (F32.0, F32.1 eller F32.2)

F32.0 Mild depressiv episode*Diagnostiske retningslinjer*

Nedsatt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og økt trettbarhet betraktes vanligvis som de vanligste symptomene på depresjon, og minst to av disse, pluss minst to av de andre symptomene som er beskrevet på side 117 (for F32.-) må vanligvis være til stede for at en sikker diagnose skal kunne stilles. Ingen av symptomene må være sterke. Episodens varighet er på minst to uker.

Personer med mild depressiv episode er vanligvis bekymret over symptomene og har problemer med å fortsette med ordinært arbeid og sosiale aktiviteter, men slutter trolig ikke helt å fungere. Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom:

F32.00 Uten somatisk syndrom

Kriteriene for mild depressiv episode er oppfylt, og få eller ingen av de somatiske symptomene er til stede.

F32.01 Med somatisk syndrom

Kriteriene for mild depressiv episode er oppfylt, og fire eller flere av de somatiske symptomene er også til stede. (Hvis bare to eller tre somatiske symptomer er til stede, men er uvanlig alvorlige, er bruk av denne kategorien berettiget.)

F32.1 Moderat depressiv episode*Diagnostiske retningslinjer*

Minst to av de tre mest typiske symptomene oppført for mild depressiv episode (F32.0) må være til stede, i tillegg til minst tre (og helst fire) av de andre symptomene. Flere symptomer kan være til stede i betydelig grad, men dette er ikke påkrevet dersom det generelt foreligger et utpreget bredt symptomspespekter. Episodens varighet er på minst to uker.

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]

En person med moderat depressiv episode vil vanligvis ha betydelige problemer med å fortsette sine aktiviteter sosialt, på arbeidsplassen eller hjemme.

Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom:

F32.10 Uten somatisk syndrom

Kriteriene for moderat depressiv episode er oppfylt, og få eller ingen somatiske symptomer er til stede.

F32.11 Med somatisk syndrom

Kriteriene for moderat depressiv episode er oppfylt, og fire eller flere av de somatiske symptomene er til stede. (Hvis bare to eller tre somatiske symptomer er til stede, men er uvanlig alvorlige, kan bruk av denne kategorien være berettiget.)

F32.2 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer

I alvorlige depressive episoder viser den rammede personen betydelig bekymring eller agitasjon, med mindre retardasjon er et tydelig kjennetegn. Tapt selvfølelse, følelse av unyttighet eller skyldfølelse er ofte fremtredende, og det er en klar fare for selvmord i spesielt alvorlige tilfeller. Det antas at det somatiske syndromet nesten alltid er til stede i alvorlige depressive episoder.

Diagnostiske retningslinjer

Alle de tre typiske symptomene som er nevnt for milde og moderate depressive episoder (F32.0, F32.1) må være til stede, i tillegg til minst fire andre symptomer. Noen av disse fire må være svært fremtredende. Hvis imidlertid viktige symptomer som agitasjon eller retardasjon er markerte, kan pasienten være uvillig, eller ute av stand, til å beskrive mange av symptomene i detalj. En generell gradering av alvorlige episoder kan fremdeles være berettiget i slike tilfeller. Den depressive episoden må vanligvis vare i minst to uker, men hvis symptomene er spesielt alvorlige og har meget rask debut, kan det være hensiktsmessig å stille denne diagnosen før det har gått to uker.

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

Under en alvorlig depressiv episode er det svært sjelden at pasienten er i stand til å fortsette sine aktiviteter sosialt, på arbeidsplassen eller hjemme, eventuelt bare i meget begrenset grad.

Kategorien skal bare brukes for enkeltstående episoder med alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer. Ved ytterligere episoder bør underkategorien for tilbakevendende depressive lidelser (F33.-) brukes.

Inkl.: enkeltstående episoder med agitert depresjon
melankoli eller vital depresjon uten psykotiske symptomer

F32.3 Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer

Diagnostiske retningslinjer

Alvorlig depressiv episode som oppfyller kriteriene for F32.2 ovenfor, og der vrangforestillinger, hallusinasjoner eller depressiv stupor er til stede. Vrangforestillingene omfatter vanligvis ideer om synd, fattigdom eller forestående katastrofer som pasienten selv tar ansvar for. Auditive eller olfaktoriske hallusinasjoner består vanligvis av ærekrenkende eller beskyldende stemmer, eller f eks råtnende kjøtt. Alvorlig psykomotorisk retardasjon kan videreutvikles til stupor. Ved behov kan vrangforestillinger eller hallusinasjoner spesifiseres som stemningskongruente eller stemningsinkongruente (se F30.2).

Differensialdiagnoser. Depressiv stupor må skilles fra kataton schizofreni (F20.2), dissosiativ stupor (F44.2) og organiske former for stupor. Kategorien skal bare brukes for enkeltstående episoder av alvorlig depresjon med psykotiske symptomer. Ved ytterlige episoder bør en underkategori for tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-) brukes.

Inkl.: enkeltstående episoder av alvorlig depresjon med psykotiske symptomer, psykotisk depresjon, psykogen depressiv psykotisk lidelse, reaktiv depressiv psykotisk lidelse

F32.8 Andre spesifiserte depressive episoder

Kategorien er opprettet for episoder som ikke passer overens med beskrivelsene av depressive episoder i F32.0–F32.3, men der det generelle diagnostiske inntrykket indikerer at de er depressive av natur. Eksemplene

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]

omfatter vekslende blandinger av depressive symptomer (særlig somatiske) med ikke-diagnostiserbare symptomer som anspenthet, ergrelse, bekymring og blandinger av somatisk depressive symptomer med vedvarende smerter eller tretthet uten organiske årsaker (som kan sees i somatiske sykeshusavdelinger).

Inkl.: atypisk depresjon
enkeltstående episoder med «maskert» depresjon INA

F32.9 Uspesifisert depressiv episode

Inkl.: depresjon INA
depressiv lidelse INA

F33 Tilbakevendende depressiv lidelse

Lidelse karakterisert ved gjentatte episoder med depresjon som beskrevet for depressiv episode (mild (F32.0), moderat (F32.1) eller alvorlig (F32.2 og F32.3)), uten tidligere uavhengige episoder med hevet stemningsleie og overaktivitet som oppfyller kriteriene for mani (F30.1 og F30.2). Kategorien bør imidlertid fortsatt brukes hvis det er tegn til kortvarige episoder med mild heving av stemningsleiet og overaktivitet som oppfyller kriteriene for hypomani (F30.0) umiddelbart etter en depressiv episode (noen ganger tilsynelatende fremskyndet av behandling av en depresjon). Både alder ved debut, alvorlighetsgrad og depresjonsepisodenes frekvens varierer mye. Vanligvis inntreffer første episode senere enn ved bipolar lidelse, med femtiårene som gjennomsnittlig debutalder. Individuelle episoder varer også mellom tre og tolv måneder (gjennomsnittlig varighet rundt seks måneder) men tilbakefall er sjeldnere. Det oppnås vanligvis fullstendig restitusjon mellom episodene, men et mindretall pasienter kan utvikle en vedvarende depresjon, særlig ved høy alder (der denne kategorien fremdeles skal brukes). Individuelle episoder av alle alvorlighetsgrader fremskyndes ofte av belastende livshendelser. I mange kulturer er både individuelle episoder og vedvarende depresjoner dobbelt så utbredt hos kvinner som hos menn.

Risikoen for at en pasient med tilbakevendende depressiv lidelse skal få en manisk episode, forsvinner aldri helt, uansett hvor mange depressive

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

episoder vedkommende har opplevd. Hvis en manisk episode inntreffer, skal diagnosen endres til bipolar stemningslidelse.

Tilbakevendende depressiv episode skal underinndeles, som nedenfor, ved først å spesifisere den nåværende episodetypen, og deretter typen som dominerer i alle episodene, hvis slik informasjon er tilgjengelig.

Inkl.: tilbakevendende episoder av depressiv reaksjon, psykogen depresjon, reaktiv depresjon, sesongbetiget depressiv lidelse (F33.0 eller F33.1)
tilbakevendende episoder av endogen depresjon, alvorlig depresjon, manisk depressiv psykose (deprimert type), psykogen eller reaktiv depressiv psykose, psykotisk depresjon, vital depresjon (F33.2 eller F33.3)

Ekskl.: tilbakevendende kortvarige depressive episoder (F38.1)

F33.0 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild***Diagnostiske retningslinjer***

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-) må være oppfylt, og den aktuelle episoden bør oppfylle kriteriene for depressiv episode med mild alvorlighetsgrad (F32.0), og
- (b) minst to episoder bør ha vedvart i minst to uker og bør ha vært atskilt av flere måneder uten betydelige stemningsforstyrrelser.

Diagnosen skal ellers være annen tilbakevendende affektive lidelser [stemningslidelser] (F38.1).

Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom i den aktuelle episoden:

F33.00 Uten somatisk syndrom

(se F32.00)

F33.01 Med somatisk syndrom

(se F32.01)

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]

Ved behov kan en spesifisere den hyppigst forekommende typen av tidligere episoder (mild, moderat, alvorlig, usikker) nærmere.

F33.1 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat***Diagnostiske retningslinjer***

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-) bør være oppfylt, og den aktuelle episoden bør oppfylle kriteriene for moderat depressiv episode (F32.1), og
- (b) minst to episoder bør ha vedvart i minst to uker og bør ha vært atskilt av flere måneder uten betydelige stemningsforstyrrelser.

Diagnosen bør ellers være annen tilbakevendende affektiv lidelse (F38.1). Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom i den aktuelle episoden:

F33.10 Uten somatisk syndrom

(se F32.10)

F33.11 Med somatisk syndrom

(se F32.11)

Ved behov kan en spesifisere den hyppigst forekommende typen av tidligere episoder (mild, moderat, alvorlig, usikker) nærmere.

F33.2 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig uten psykotiske symptomer***Diagnostiske retningslinjer***

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse (F32.-) bør være oppfylt, og den aktuelle episoden bør oppfylle kriteriene for alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer (F32.2), og
- (b) minst to episoder bør ha vedvart i minimum to uker og bør ha vært atskilt med flere måneder uten betydelig stemningsforstyrrelse

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

Diagnosen bør ellers være annen tilbakevendende affektiv lidelse (F38.1). Ved behov kan en spesifisere den hyppigst forekommende typen av tidligere episoder (mild, moderat, alvorlig, usikker) nærmere.

F33.3 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig med psykotiske symptomer*Diagnostiske retningslinjer*

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-) bør være oppfylt, og den aktuelle episoden bør oppfylle kriteriene for alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer (F32.3), og
- (b) minst to episoder bør ha vedvart i minimum to uker og bør ha vært atskilt med flere måneder uten betydelig stemningsforstyrrelse.

Diagnosen skal ellers være annen tilbakevendende affektiv lidelse (F38.1).

Vrangforestillinger eller hallusinasjoner kan ved behov spesifiseres som stemningskongruente eller stemningsinkongruente (se F30.2).

Ved behov kan en spesifisere den hyppigst forekommende typen av tidligere episoder (mild, moderat, alvorlig, usikker) nærmere.

F33.4 Tilbakevendende depressiv lidelse, i remisjon*Diagnostiske retningslinjer*

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-) bør være oppfylt tidligere, men den gjeldende tilstanden bør ikke oppfylle kriteriene for depressiv episode av noen alvorlighetsgrad eller for noen annen lidelse i F30–F39, og
- (b) minst to episoder må ha vedvart i minimum to uker og bør ha vært atskilt med flere måneder uten betydelig stemningsforstyrrelse.

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]

Diagnosen skal ellers være annen tilbakevendende affektiv lidelse (F38.1).

Kategorien kan fremdeles brukes hvis pasienten får behandling i den hensikt å redusere risikoen for flere episoder.

F33.8 Andre spesifiserte tilbakevendende depressive lidelser**F33.9 Uspesifisert tilbakevendende depressiv lidelse**

Inkl.: unipolar depresjon INA

F34 Vedvarende affektive lidelser

Vedvarende og vanligvis svingende stemningsforandringer der enkelt-episodene sjelden eller aldri er tilstrekkelig alvorlige til å kunne beskrives som hypomane eller milde depressive episoder. Fordi episodene varer i mange år, og noen ganger i det meste av personens voksne liv, fører de til betydelige plager og dysfunksjon. I noen tilfeller kan imidlertid tilbakevendende eller enkeltstående episoder av maniske lidelser, eller mild eller alvorlig depressiv lidelse, komme i tillegg til en vedvarende stemningslidelse. De vedvarende affektive lidelsene er klassifisert her i stedet for under personlighetsforstyrrelsene. Årsaken til dette er at familiestudier har påvist en genetisk forbindelse mellom dem og andre affektive lidelser, og fordi de kan ha nytte av samme behandlingsform som affektive lidelser. Både tidlig og sent debuterende typer cyklotymi og dystymi er beskrevet, og skal spesifiseres hvis dette er påkrevd.

F34.0 Cyklotymi

Vedvarende ustabilitet i stemningsleiet som innbefatter en rekke perioder med milde depresjoner og mild oppstemthet. Ustabiliteten blir vanligvis utviklet tidlig i voksenlivet og har ofte et kronisk forløp, selv om stemningsleiet kan være normalt og stabilt i flere måneder av gangen. Svingningene i stemningsleiet blir av personen vanligvis oppfattet som uavhengig av livshendelser. Diagnosen er vanskelig å stille uten en lengre observasjonsperiode eller uvanlig god kjennskap til pasientens tidligere atferd. Fordi svingningene i stemningsleiet er relativt milde og periodene med hevet stemningsleie kan oppleves som lystbetonte, hender det ofte at

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

personer med cyklotymi ikke kommer under medisinsk behandling. I noen tilfeller kan dette skyldes at endringen i stemningsleiet, selv om den faktisk foreligger, er mindre fremtredende enn sykliske endringer i aktivitet, selvsikkerhet, sosial evne eller drifter. Debutalder kan spesifiseres som tidlig (sent i tenårene eller i tjueårene) eller sen.

Diagnostiske retningslinjer

Det viktigste kjennetegnet er en vedvarende ustabilitet i stemningsleiet som resulterer i mange episoder med mild depresjon og mild heving av stemningsleiet, men der ingen er tilstrekkelig alvorlig eller langvarig til å oppfylle kriteriene for bipolar stemningslidelse (F31.-) eller tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-). Dette gjør at individuelle episoder med svingninger i stemningsleiet ikke oppfyller kriteriene for noen av kategoriene som er beskrevet under manisk episode (F30.-) eller depressiv episode (F32.-).

Inkl.: affektiv personlighetsforstyrrelse
 cyklloid personlighet
 cyklotym personlighet

Differensialdiagnoser. Lidelsen er vanlig hos slektninger av pasienter med bipolar stemningslidelse (F31.-), og personer med cyklotymi kan selv utvikle bipolar stemningslidelse. Lidelsen kan vare gjennom hele voksenlivet, opphøre periodisk eller permanent, eller utvikle seg til mer alvorlige svingninger i stemningsleiet som oppfyller kriteriene for bipolar affektiv (F31.-) eller tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-).

F34.1 Dystymi

Kronisk depresjon som ikke oppfyller kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse av mild eller moderat alvorlighetsgrad (F33.0) eller F33.1), verken i alvorlighetsgrad eller når det gjelder enkeltepisodes varighet, selv om kriteriene for mild depressiv episode kan ha vært oppfylt tidligere, og særlig ved sykdommens debut. Balansen mellom individuelle faser av mild depresjon og mellomliggende perioder med tilnærmet normale tilstander varierer sterkt. Personer med denne lidelsen har vanligvis perioder på dager eller uker da de beskriver seg selv som friske, men det meste av tiden (ofte i måneder av gangen) føler de seg trette og deprimerte; alt oppleves som slitsomt og lite lystbetont. De er i dårlig humør og

F30–F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]

beklager seg, sover dårlig og føler seg utilstrekkelige, men allikevel er de vanligvis i stand til å mestre grunnleggende krav i hverdagslivet. Dystymi har således mye til felles med depressiv nevrose og nevrotisk depresjon. Debutalder kan spesifiseres som tidlig (sent i tenårene eller i tjuårene) eller sen.

Diagnostiske retningslinjer

Det mest fremtredende kjennetegnet er et meget langvarig depriment stemningsleie som aldri, eller svært sjelden, er alvorlig nok til å oppfylle kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse av mild eller moderat alvorlighetsgrad (F33.0 eller F33.1). Lidelsen debuterer vanligvis tidlig i voksenlivet og varer i minst flere år, men noen ganger resten av livet. Når debuten kommer senere, er lidelsen ofte en følge av en atskilt depressiv episode (F32.-) og oppstår i tilknytning til dødsfall i familien eller annen åpenbar belastning.

Inkl.: depressiv nevrose
depressiv personlighetsforstyrrelse
nevrotisk depresjon (med mer enn to års varighet)
vedvarende angstdepresjon

Ekskl.: angstdepresjon (mild eller forbigående) (F41.2)
tapsreaksjon (ved dødsfall i familien) som varer mindre enn to år
(F43.21, langvarig depressiv reaksjon)
residual schizofreni (F20.5)

F34.8 Andre spesifiserte vedvarende affektive lidelser

Restkategori for vedvarende affektive lidelser som ikke er alvorlige eller langvarige nok til å oppfylle kriteriene for cyklotymi (F34.0) eller dystymi (F34.1), men som like fullt har klinisk betydning. Noen depresjonstyper som tidligere ble kalt «nevrotiske» er inkludert her, forutsatt at de ikke oppfyller kriteriene for enten cyklotymi (F34.0), dystymi (F34.1) eller depressiv episode av mild (F32.0) eller moderat (F32.1) alvorlighetsgrad.

F34.9 Uspesifisert vedvarende affektiv lidelse

PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

F38 Andre affektive lidelser**F38.0 Andre enkeltstående affektive lidelser****F38.00 Blandet affektiv episode**

Affektiv episode som vedvarer i minst to uker, kjennetegnet av enten en blanding eller av rask veksling (vanligvis innen få timer) mellom hypomane, maniske og depressive symptomer.

F38.1 Andre tilbakevendende affektive lidelser**F38.10 Tilbakevendende kortvarig depressiv episode**

Tilbakevendende kortvarig depressiv episode som har inntruffet omtrent én gang i måneden det siste året. Alle de individuelle depressive episodene varer kortere enn to uker (vanligvis 2–3 dager, med fullstendig restitusjon), men oppfyller de symptomatiske kriteriene for mild, moderat eller alvorlig depressiv episode (F32.0, F32.1, F32.2).

Differensialdiagnoser. I motsetning til pasienter med dystymi (F34.1), er ikke disse pasientene deprimerte det meste av tiden. Hvis de depressive episodene bare inntreffer i sammenheng med menstruasjonssyklusen, skal F38.8 brukes sammen med en annen kode for underliggende årsak (N94.8, andre spesifiserte tilstander i forbindelse med kvinnelige genitale organer og menstruasjonssyklus).

F38.8 Andre spesifiserte affektive lidelser

Residualkategori for stemningslidelser som ikke oppfyller kriteriene for kategoriene F30–F38.1 ovenfor.

F30-F39 AFFEKTIVE LIDELSER [STEMNINGSLIDELSER]

F39 Uspesifisert affektiv lidelse

Kategorien skal bare brukes hvis ingen andre kategorier passer.

Inkl.: affektiv psykose INA

Ekst.: psykisk lidelse INA (F99)

Kriterier for stemningsforandrede episoder etter DSM-IV (utdrag)

Når kategoriske diagnoser blir operasjonalisert i kriterielister, blir diagnostikken mer pålitelig. Bruk av slike kriterielister er derfor enerådende i forskningen. Mange klinikere bruker kriterielister i sin daglige diagnostiske praksis. Ettersom ICD-10, Diagnostiske kriterier for forskning («grønn bok») ennå ikke er tilgjengelig på norsk, gjengis her utdrag fra DSM-IV-kriteriene for stemningsforandrede episoder.

Alvorlig depressiv episode

- A. Fem (eller flere) av følgende symptomer har vært tilstede i den samme to ukers perioden og representerer en forandring av tidligere fungering. Minst ett av symptomene er enten (1) senket stemningsleie eller (2) tap av interesser eller glede. *Merk:* Omfatter ikke symptomer som klart er forårsaket av en somatisk tilstand eller av stemningsinkongruente vrangforestillinger eller hallusinasjoner.
- (1) senket stemningsleie det meste av dagen, nesten hver dag, bekreftet enten av personen selv (f.eks. kjenner seg trist eller tom) eller ved observasjon av andre (f.eks. ser gråtkvalt ut). *Merk:* Hos barn og ungdom kan stemningsleiet være irritabelt.
 - (2) markert nedsatt interesse for eller glede ved alle, eller nesten alle, aktiviteter mesteparten av dagen, nesten hver dag (bekreftet enten av personen selv eller ved observasjon av andre)
 - (3) betydelig vekttap (uten slanking) eller vektøkning (f.eks. forandring på mer enn fem prosent av kroppsvekten i løpet av en måned), eller nedsatt eller økt appetitt nesten daglig. *Merk:* vurder også om barn ikke har hatt forventet vektøkning.
 - (4) søvnforstyrrelse (for lite eller for mye søvn nesten hver natt)
 - (5) psykomotorisk agitasjon eller retardasjon nesten daglig (observerbart for andre og ikke bare en subjektiv følelse av rastløshet eller treghet)
 - (6) tretthet eller mangel på energi nesten daglig
 - (7) selvbepreidelser eller urimelig eller ubegrunnet skyldfølelse (som kan ha vrangforestillingskarakter) nesten daglig (ikke bare selvbepreidelse eller skyldfølelse for å være syk)
 - (8) nedsatt evne til å tenke eller konsentrere seg eller ubesluttsomhet nesten daglig (enten som en subjektiv følelse eller som observert av andre)
 - (9) tilbakevendende tanker om døden (ikke bare redsel for å dø), tilbakevendende selvmordstanker uten noen spesifikk plan, eller et selvmordsforsøk eller en spesifikk plan for å begå selvmord.
- B. Symptomene oppfyller ikke kriteriene for blandet episode.
- C. Symptomene forårsaker klinisk betydningsfullt ubehag eller funksjonssvikt sosialt, yrkesmessig eller på andre viktige områder.
- D. Symptomene skyldes ikke direkte fysiologiske virkninger av en substans (f.eks. misbrukssubstans, et medikament) eller en somatisk tilstand (f.eks. hypothyreose).
- E. Symptomene blir ikke bedre forklart som en sorgreaksjon, dvs etter tapet av en kjær person. Symptomene varer lengre enn to måneder eller er kjennetegnet av betydelig funksjonssvikt, sykelig opptatthet av følelser av verdiløshet, selvmordstanker, psykotiske symptomer eller psykomotorisk retardasjon.

Spesifisering av melankoli

Spesifiser: med melankoli (kan vurderes for nåværende eller siste depressive episode ved depressiv lidelse eller for alvorlig depressiv episode ved bipolar I- eller II-lidelse forutsatt at den utgjør den siste stemningsforandrede episoden)

- A. Minst en av følgende har forekommet under den mest alvorlige perioden av den aktuelle episoden:
- (1) tap av interesse for eller glede ved alle, eller nesten alle, aktiviteter
 - (2) reagerer ikke på vanligvis positive stimuli (føler seg ikke noe særlig bedre, ikke en gang forbigående, når det skjer noe hyggelig)
- B. Minst tre av følgende:
- (1) det senkede stemningsleiet har en distinkt kvalitet (dvs det senkede stemningsleiet oppleves helt annerledes enn den følelsen som oppstår etter at en har mistet en nærstående person)
 - (2) depresjonen er regelmessig verre om morgenen
 - (3) våkner tidlig (minst to timer før vanlig tid)
 - (4) sterk psykomotorisk retardasjon eller agitasjon
 - (5) betydelig nedsatt appetitt eller vekttap
 - (6) overdreven eller urimelig skyldfølelse

Spesifisering av atypiske symptomer

Spesifiser: med atypiske symptomer (kan brukes når disse symptomene har dominert de siste to ukene av en alvorlig depressiv episode ved alvorlig depressiv, bipolar I- eller bipolar II-lidelse om den alvorlige depressive episoden er den siste stemningsforstyrrede episoden, eller når disse symptomene dominerer de siste to årene av en dystymi)

- A. Stemningsreaktivitet (dvs. stemningsleiet bedrer seg ved virkelige eller mulige positive hendelser).
- B. Minst to av følgende symptomer:
- (1) betydelig økt appetitt eller vektøkning
 - (2) hypersomni
 - (3) følelse av blytunghet i kroppen (særlig armer og bein)
 - (4) et langvarig mønster av overfølsomhet for avvisning fra andre (ikke bare begrenset til episoder med stemningslidelse) som fører til betydelig sosial eller yrkesmessig funksjonssvikt.
- C. Kriteriene for melankoli eller katatoni er ikke oppfylt i den samme perioden.

Dystymi

- A. Depressivt stemningsleie mesteparten av dagen de fleste dagene i minst to år, slik det angis av pasienten selv eller ved observasjon av andre. *Merk:* Hos barn og ungdom kan stemningsleiet være irritabelt, og lidelsen må vare minst ett år.
- B. Mens personen har vært deprimert, har to eller flere av følgende forekommet:
- (1) nedsatt appetitt eller overspising
 - (2) søvnløshet eller for mye søvn
 - (3) lav energi eller tretthet
 - (4) lav selvfølelse
 - (5) dårlig konsentrasjon eller vansker med å ta avgjørelser
 - (6) følelse av håpløshet
- C. I to-årsperioden (ett år for barn og ungdom) har personen aldri vært uten symptomer fra kriterium A og B i mer enn to måneder av gangen.

- D. Det har ikke forekommet en alvorlig depressiv episode i løpet av de første to årene av lidelsen (ett år hos barn og ungdom); det vil si at lidelsen ikke blir bedre forklart som kronisk alvorlig depressiv lidelse eller som alvorlig depressiv lidelse i delvis remisjon. *Merk:* Det kan ha forekommet en alvorlig depressiv episode forutsatt at den var i full remisjon (det vil si ingen symptomer av betydning i to måneder) før utviklingen av dystymi. Etter de to første årene (ett år for barn og ungdom) med dystymi kan det komme episoder med alvorlig depressiv lidelse i tillegg, og i slike tilfeller skal begge diagnosene anføres.
- E. Det har ikke forekommet noen manisk, blandet eller hypoman episode, og kriteriene for syklotymi har aldri vært oppfylt.
- F. Lidelsen forekommer ikke utelukkende i forløpet av en kronisk psykose slik som schizofreni eller vrangforestillingslidelse.
- G. Symptomene skyldes ikke direkte fysiologiske virkninger av en substans (f.eks. en misbrukssubstans, et medikament eller annen behandling) eller en somatisk tilstand (f.eks. hypothyreose).
- H. Symptomene forårsaker klinisk betydningsfullt ubehag eller funksjonssvikt sosialt, yrkesmessig eller på andre viktige områder.

Manisk episode

- A. En avgrenset periode med patologisk og vedvarende løftet, ekspansivt eller irritabelt stemningsleie i minst en uke (eller kortere tid om innleggelse er nødvendig).
- B. I løpet av perioden med stemningsforandring har minst tre av følgende symptomer (fire om stemningsforandringen bare er irritabel) vært tilstede i betydelig grad:
- (1) selvovervurdering eller grandiositet
 - (2) nedsatt behov for søvn (f.eks. kjenner seg utvilt etter bare tre timers søvn)
 - (3) mer pratsom enn vanlig eller prater i ett kjø
 - (4) flyktig tankegang eller en opplevelse av at tankene raser gjennom hodet
 - (5) distraherbarhet (dvs oppmerksomheten blir for lett dratt mot uviktige eller irrelevante ytre stimuli)
 - (6) økt målrettet aktivitet (enten sosialt, på arbeidet eller i utdanning eller seksuelt) eller psykomotorisk agitasjon
 - (7) overdrevent engasjement i lystbetonte aktiviteter med høy risiko for ubehagelige konsekvenser (f.eks. ubegrenset kjøpelyst, indiskret seksuell aktivitet, tåpelige investeringsprosjekter)
- C. Symptomene oppfyller ikke kriteriene for en blandet episode.
- D. Lidelsen er tilstrekkelig alvorlig til å forårsake markert funksjonssvikt i arbeid eller i vanlige sosiale aktiviteter eller i forholdet til andre, eller nødvendigvis innleggelse for å hindre skade på seg selv eller andre, eller det foreligger psykotiske symptomer.
- E. Symptomene skyldes ikke direkte fysiologiske virkninger av en substans (f.eks. misbrukssubstans, et medikament eller annen behandling) eller en somatisk tilstand (f.eks. hypothyreose).

Hypoman episode

- A. En avgrenset periode av vedvarende løftet, ekspansivt eller irritabelt stemningsleie i minst fire dager, som er klart forskjellig fra vanlig ikke-depressivt stemningsleie
- B. I løpet av perioden med stemningsforandring har minst tre av følgende symptomer vedvart (fire om stemningen bare er irritabel) og vært tilstede i betydelig grad:
- (1) selvovervurdering eller grandiositet

- (2) nedsatt behov for søvn (f.eks. kjenner seg utvilt etter bare tre timers søvn)
 - (3) mer pratsom enn vanlig eller prater i ett kjø
 - (4) flyktig tankegang eller en opplevelse av at tankene raser gjennom hodet
 - (5) distraherbarhet (dvs oppmerksomheten blir for lett dratt mot uviktige eller irrelevante ytre stimuli)
 - (6) økt målrettet aktivitet (enten sosialt, på arbeidet eller i utdanning eller seksuelt) eller psykomotorisk agitasjon
 - (7) overdrevent engasjement i lystbetonte aktiviteter med høy risiko for ubehagelige konsekvenser (f.eks. ubegrenset kjøpelyst, indiskret seksuell aktivitet, tåpelige investeringsprosjekter)
- C. Episoden er forbundet med en tydelig forandret fungering som er ukarakteristisk for personens væremåte når han/hun er uten symptomer.
- D. Forstyrrelsen i stemningsleie og fungering kan observeres av andre.
- E. Lidelsen er ikke tilstrekkelig alvorlig til å forårsake markert funksjonssvikt i arbeid eller i sosiale aktiviteter, eller nødvendiggjør innleggelse, og det foreligger ikke psykotiske symptomer.
- F. Symptomene skyldes ikke direkte fysiologiske virkninger av en substans (f.eks. en misbrukssubstans, et medikament eller annen behandling) eller en somatisk tilstand (f.eks. hypothyreose).

Blandet episode

- A. Kriteriene for både manisk episode og alvorlig depressiv episode er oppfylt (unntatt for varighet) nesten hver dag i minst en uke.
- B. Stemningslidelsen er tilstrekkelig alvorlig til å forårsake markert funksjonssvikt i arbeid, i vanlige sosiale aktiviteter, i forholdet til andre, eller det er nødvendig med innleggelse for å hindre skade på seg selv eller andre, eller det foreligger psykotiske symptomer.
- C. Symptomene skyldes ikke direkte fysiologiske virkninger av en substans (f.eks. en misbrukssubstans, et medikament eller annen behandling) eller en somatisk tilstand (f.eks. hypothyreose).

Syklotymi

- A. I minst to år har det forekommet flere episoder med hypomane symptomer og flere episoder med depressive symptomer som ikke har oppfylt kriteriene for alvorlig depressiv episode. *Merk:* hos barn og ungdom må lidelsen ha vart i minst ett år.
- B. I løpet av denne to-årsperioden (ett år for barn og ungdom) har personen aldri vært uten symptomene i kriterium A i mer enn to måneder av gangen.
- C. Ingen forekomst av alvorlig depressiv, manisk eller blandet episode i løpet av de to første årene av lidelsen. *Merk:* Etter de to første årene (ett år for barn og ungdom) med syklotymi, kan det forekomme påleirete maniske eller blandete episoder (i så fall diagnostiseres både bipolar II-lidelse og syklotymi), eller det påleires en alvorlig depressiv episode (i så fall diagnostiseres både bipolar II- lidelse og syklotymi).
- D. Symptomene i kriterium A forklares ikke bedre som schizoaffectiv lidelse og kommer ikke i tillegg til schizofreni, schizofreniform lidelse, vrangforestillingslidelse eller psykotisk lidelse INA.
- E. Symptomene skyldes ikke direkte fysiologiske virkninger av en substans (f.eks. en misbrukssubstans, et medikament eller annen behandling) eller en somatisk tilstand (f.eks. hypothyreose).
- F. Symptomene forårsaker klinisk betydningsfullt ubehag eller funksjonssvikt sosialt, yrkesmessig eller på andre viktige områder.

Kontrollprogram for litiumbehandling

Før medisinerer

For alle pasienter:

- serum-kreatinin
- elektrolytter (S-Na, S-K, jonisert Ca)
- B-glukose
- thyreoideastatus (fritt T4 og TSH)
- glukose, protein og nitritt i urin
- blodtrykk og vekt
- 1 EKG

I særlige tilfeller:

Prøvetaking forøvrig bør skje etter behov, dvs avhengig av hva som fremkommer ved gjennomgang av anamnese og ved somatisk undersøkelse. Følgende bør tas særlig hensyn til:

- nyresykdom eller -skade
- thyreoidea- eller parathyreoideasykdom
- endokrine forstyrrelser
- forstyrret elektrolytt- eller væskebalanse
- hjertesykdom
- psoriasis, acne
- graviditet (graviditetstest!)
- hjerneskade

Forsiktighetsregler

Det finnes ingen absolutte kontraindikasjoner for litium, men man bør være forsiktig ved nyre- og hjertesykdommer og ved tegn på hjerneskade. Kvinner i fruktbar alder skal opplyses om betydningen av fungerende antikonsepsjon. En del vanlige legemidler som NSAID, diuretika og ACE-hemmere påvirker utskilling og opptak av litium.

Litiumintoksikasjon er en alvorlig tilstand som krever øyeblikkelig innleggelse i sykehus. Langvarig diaré, langvarig febersykdom, opphold i svært varme strøk, anoreksi og særlig saltfattig kost vil øke faren for litiumintoksikasjon. Serumkonsentrasjoner over 1,6 mmol/l kan være toksiske. Intoksikasjons-symptomene er kraftig tremor, hypersomni, muskelslapphet, ataksi, dysartri, svimmelhet, synsforstyrrelser, kvalme, brekninger, vedvarende diaré, polydipsi og polyuri. Ved alvorlig intoksikasjon kan en se bevisstløshet, muskulær hypertoni, hyperrefleksi, myokloni, epileptiske anfall og død.

I løpet av vedlikeholdsbehandling

Hver tredje måned:

- S-litium

Hver sjette måned:

- S-litium
- S-kreatinin
- thyreoideastatus (fritt T4, TSH)

Hvert år:

- S-litium
- S-kreatinin
- thyreoideastatus (fritt T4, TSH)

- jonisert Ca
- blodtrykk og vekt
- glukose, protein og nitritt i urin

Ved hver kontroll bør man forsikre seg om at pasienten er fortrolig med risikosituasjoner ved litiumbehandling og at pasienten vet akkurat hva som må gjøres hvis noe unormalt skulle skje. Denne informasjonen er av meget stor betydning for en sikker litiumbehandling. Skriftlig informasjon bør leveres ut og drøftes med jevne mellomrom.

Vanlige bivirkninger ved vedlikeholds- behandling med litium

System	Symptom	Tiltak
nyrer	tørst store urinmengder	Senk litiumnivået. Nøye informasjon om faren ved dehydrering.
CNS	tremor hukommelses- problemer	Senk litiumnivået. Behandle med betablokkerer. Unngå kombinasjon med antidepressiver.
metabolisme	vektøkning	Informere om risikoen før be- handlingen blir påbegynt og informere om at tørst ikke skal slukkes med kaloriholdig drikke.
tykktarm	diaré	Senk litiumnivået. Skift til litiumkarbonat (på registreringsfritak).
hud	acne, psoriasis	I samråd med hudspesialist.
thyreoidea	hypothyreose struma	Thyroxinsubstitusjon. Videre utredning i samråd med spesialist i indremedisin.
parathyreoidea	hyperkalsemi forhøyede PTH-verdier	I samråd med spesialist i endokrinologi.

STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE**PRIS**

3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen.....	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge.....	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi.....	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren.....	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU.....	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne.....	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi.....	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2.....	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling.....	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner.....	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge.....	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten.....	IK-2582	(100)
4-1997	EI-overfølsomhet.....	IK-2599	(100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking.....	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år.....	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.....	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider....	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år..	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem.....	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner.....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ..	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1994-1999	IK-2698	(100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter	IK-2705	(100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser	IK-2692	(100)
3-2000	Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ...	IK-2695	(100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien	IK-2706	(100)
5-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov	IK-2707	(100)
6-2000	HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) – en jakt på ulikhet?.....	IK-2712	(100)
7-2000	Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten	IK-2714	(100)

STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge.....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre.....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpsslam.....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten.....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane.....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?.....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus.....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet ..	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge.....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år.....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge.....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten..	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer..	IK-2710	(100)

STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene.....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen.....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994.....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten.....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-2000	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning	IK-2702	(100)
2-2000	Nasjonalt geriatriprogram. Erfaringer fra 5 års statlig geriatriutredning 1994-99...	IK-2699	(100)

Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2610	(60)

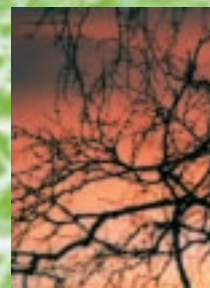
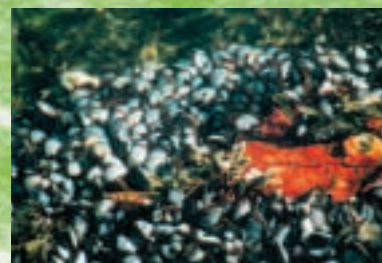
Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.



I forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr. 25 (1996-97) – Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene og St.prp. nr. 63 (1997-98) – Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006, ga Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å utgi veiledningsmateriell som gir anbefalinger om hva som ansees som god behandling innen psykisk helsevern.

Dette heftet er et resultat av dette oppdraget. I «Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling» tar man for seg undersøkelse, utredning, diagnostikk og behandling av disse lidelsene. Likeledes blir oppgavefordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten berørt.

Dette heftet retter seg mot ulike profesjoner innen spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samt brukerne.



Statens helsetilsyn

Trykksaksbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>