

Depression

Uddannelse for
patienter og pårørende



DepRelief™
Relieving depression through education



Indhold

Indledning	3
Hvad er depression	4
Hvordan man som patient oplever sin depression.	6
Hvordan din omgangskreds mærker på dig, at du har en depression	8
Hvad sker der i din hjerne	10
Hvordan behandles depression	11
Hvor længe skal du behandles med medicin	13
Hvordan undgår man, at behandlingen svigter	15
Når du er rask, hvad skal du så være opmærksom på, og hvordan kan du nedsætte risikoen for tilbagefald....	18
Referencer	21

Forord

Optimale behandlingsresultater opnås først, når patienten "uddannes" i sin sygdom, og når de pårørende medinddrages.

Indledning

Du har fået udleveret dette hæfte, fordi du er sat i behandling for en depression. Hvis du kender din sygdom, kan du bedre **selv tage del i behandlingen**. Det er også en fordel i fred og ro at få gentaget noget af det, din læge har fortalt dig, så er det nemmere at huske.

Har du **familie eller andre**, som du i det daglige omgås meget, skulle du lade dem læse med. Det øger deres forståelse for, hvorfor du måske det sidste stykke tid har været lidt anderledes, end du plejer, og det giver dem mulighed for at støtte dig, når der er behov for det.

I dette hæfte kan du læse:

- Hvad er depression
- Hvordan man som patient oplever sin depression
- Hvordan din omgangskreds mærker på dig, at du har en depression
- Hvad sker der i din hjerne
- Hvordan behandles depression
- Hvor længe skal du behandles med medicin
- Hvordan undgår man, at behandlingen svigter
- Når du er rask, hvad skal du være opmærksom på, og hvordan kan du nedsætte risikoen for tilbagefald

Hvad er depression


Man antager, at ca. **3-5% af befolkningen** lider af depression i varierende grad. Det vil sige omkring 250.000 danskere.

Ordet **depression** betyder nedtrykt, og et af de første spørgsmål, de pårørende vil stille sig selv, når et familie-medlem er deprimeret, vil være: *Hvad er der i vejen, har jeg sagt eller gjort noget forkert, kan jeg hjælpe med til at gøre tilstanden bedre?*

Ved en alvorlig depression er der ikke altid noget i vejen - ikke i den forstand vi normalt opfatter det begreb på.

Ikke desto mindre er symptomerne reelle nok. Den deprimerede patient har det dårligt og har brug for professionel hjælp. Forstår den pårørende det, bliver det nemmere at give en god og personlig støtte i den tid, sygdommen står på.

Der er ingen, der med usvigelig sikkerhed kan sige, hvad en depression skyldes. **Arvelighed** spiller en vis rolle, eftersom der kan ses mange tilfælde i nogle familier, men det er ikke den eneste forklaring.



En depression kan også udløses ved at **miste noget**, som er væsentligt for en, f.eks. førligheden eller et godt helbred. På samme måde kan ulykkelige omstændigheder som skilsmisse, dødsfald i familien og arbejdsløshed føre til disse symptomer.

Siden 1. januar 1994 er vi her i landet gået over til at anvende den internationale sygdomsklassifikation ICD-10, der er udarbejdet af eksperter i WHO når vi skal afgøre om et menneske er deprimeret.

ICD-10 bryder afgørende med de gamle begreber, og der er f.eks. ikke længere noget der hedder *endogen* depression. Man skelner altså ikke længere depression efter årsag, men efter sværhedsgrad, således at man i dag taler om **let**, **moderat** eller **svær** depression.

Hvordan man som patient oplever sin depression

Du skal vide, at det kan være meget svært at erkende, at der er noget galt, når en depression trænger sig på. De fleste patienter skyder problemet til side og vil ikke rigtig snakke om det. De har det skidt. Tingene bliver svære, næsten umulige at overkomme. Familien stiller så store krav, og arbejdet kan blive næsten umuligt at passe. Der er ikke noget sjovt ved livet mere. Ingen farver eller nuancer, **alting opleves gråt i gråt**.

Du synes nok selv, du ikke længere er god nok til noget. I dine egne øjne virker alt du gør forkert, og fortidens store og små synder trænger sig på med en overvældende styrke. Du skammer dig - og **bebrejder dig selv** - føler dig forpint af sygdommen.

Du føler måske ikke, du har nogen rigtig kontakt med din familie i denne tid, men du har stadig en plads blandt dem. De har brug for dig og du for dem. Du kan få hjælp til at få det bedre, så **vær ikke nervøs for at gå til lægen** og tag gerne en pårørende med, for han eller hun vil kunne give dig støtte i behandlingsforløbet.



En mand midt i 50'erne fortæller:


"Jeg har mistet lysten til at leve og tænker ligefrem på at tage livet af mig selv, men selv det kan virke så uoverskueligt. Det her er ikke en almindelig tristhed eller en chok-/sorgreaktion, som alle mennesker kan komme ud for, når de oplever at miste. Kvalitetsmæssigt er min sygdom meget forskellig fra det. Det er en dyb følelse af tomhed".

Hvordan din omgangskreds mærker på dig, at du har en depression



Hanne på 33 år beskriver:

"Jeg plejer at vågne klokken halv otte om morgenen, men under min sygdom kunne jeg ikke sove længere end til lidt over 5, hvor jeg vågnede op med hamrende hjerte, badet i sved og med en voldsom dirrende fornemmelse indeni. Hele mit indre var i oprør, og jeg havde det ganske forfærdeligt. Det er svært at beskrive, hvor trist livet kan føles".



En alvorlig depression kan begynde umærkeligt, så der går lidt tid, før man som pårørende bliver opmærksom på, hvad der er ved at ske. Udefra set virker det som om, patienten trækker sig ind i sig selv. Bliver mere **stille og indelukket**, bliver ligesom stivnet i tale, tanke og udtryk. En person, der lider af en alvorlig depression, svinger ikke i humør som andre, der kan være glade eller kede af det fra tid til anden. Han er nedtrykt al den tid, depressionen varer og liver ikke spontant op, hvilket naturligt nok vil berøre **stemningen i familien** en hel del.

Hos de fleste deprimerede patienter er symptomerne **værst om morgenen**, og de vågner ofte 1-2 timer tidligere end normalt, hvor de har det helt elendigt. Enkelte kan dog have et øget søvnbehov.

Det kan være næsten umuligt at komme rigtigt i kontakt med en deprimeret i denne situation eller at få svar på, hvad der egentlig er galt.

Og så er der ikke noget at sige til, at også den pårørende kan blive påvirket og frustreret. Den person, der ellers har været så tæt på en, er i en lang periode **psykisk fraværende**, ja faktisk slet ikke tilstede i det følelsesmæssige rum.

Derfor har deprimerede patienter **brug for at komme til lægen**; og eftersom de selv kan have meget svært ved at indse, der er noget i vejen, vil det i mange tilfælde være **familien**, der må tage initiativ til at søge hjælp.

Hvad sker der i din hjerne

En alvorlig depression er rent faktisk en **kropslig sygdom**, som på mange måder minder om sygdomme som sukkersyge eller struma, hvor der er uorden i reguleringen af de stoffer, organismen skal bruge for at kunne fungere.

Ved depressionen er indholdet i hjernen af signalstofferne "serotonin" og "noradrenalin" for lille. Patienterne er i en mangeltilstand, og det fører til de beskrevne symptomer. I hjernen ligger nervecellerne meget tæt, men de rører ikke ved hinanden. I stedet "snakker de sammen" gennem forskellige signalstoffer, der frigives fra den ene celle for at sætte sig fast på den næste, hvilket starter en impuls.

Når der mangler **nogle af disse signalstoffer**, svækkes impulserne i et bestemt område af hjernen. Men med **medicinsk behandling** er det i dag muligt at genoprette signalstoffernes funktion.

Hvordan behandles depressioner

En person, der lider af en alvorlig depression, har **brug for omgivelsernes støtte** og opmærksomhed. Men det er sjældent tilstrækkeligt.

Depression er en reel sygdom, og derfor vil det i de fleste tilfælde også være nødvendigt med en lægelig behandling.

Mest almindeligt er en **medicinsk behandling**, der kan føre til en bedre balance mellem signalstofferne i hjernen.

Dermed ikke sagt, at samtaler og menneskelig støtte ikke skal have sin plads. **Både patienten og den nærmeste familie kan trænge til vejledning** og støtte til at finde sig selv og hinanden i den nye situation. Egentlig samtaleterapi er især gavnlig overfor patienter med en klart defineret sygdomsårsag.

I dag findes der en del medicin, der virker mod den alvorlige depression. Fælles for alle præparaterne er, at de forøger indholdet i hjernen af signalstofferne serotonin og/eller noradrenalin.

Erfaringerne med præparaterne er gode, og rigtig mange patienter har været hjulpet af dem.

Når patienten får antidepressiv behandling, går der ofte **1-2 uger, før en bedring kan mærkes**. Omgivelserne bemærker det gerne først. Ganske langsomt begynder den deprimerede at få sin livsglæde, energi, mimik og personlighed tilbage, som den var før.

Den **nye antidepressive medicin** påvirker stort set kun de mekanismer i hjernen, der har betydning for symptomerne ved en depression. Den virker der, hvor den skal. Derfor er der også **færre bivirkninger** end ved de ældre antidepressiva.

Hvor længe skal du behandles med medicin

Har din læge valgt at behandle dig med medicin, gælder nogle regler, som er udarbejdet på baggrund af store undersøgelser blandt befolkninger i mange lande.

De retningslinier, som er gældende i dag, går ud på følgende:

1. Er det første gang i dit liv, du har en behandlingskrævende depression, skal du fortsætte med at indtage din medicin hver dag, indtil du har det godt. Herefter skal du **fortsætte i 6 måneder** med samme dosering for at hindre, at du får en depression påny, da den så bliver vanskeligere at behandle. Husk derfor - følg lægens anvisninger grundigt og fortsæt behandlingen indtil lægen mener, at du kan undvære medicinen.
2. Hvis du er **40 år eller derover** og tidligere - **mindst 2 gange** - er blevet behandlet for en depression, vil din læge måske forslå dig en **forebyggende behandling**. Det betyder, at du skal fortsætte med at indtage medicin mod depressioner i en årelang periode eller måske altid, idet såvel din alder som det, at du tidligere har haft depressioner gør, at du er særligt udsat for – gennem det fortsatte voksne liv

– at få flere depressioner. Da det bliver vanskeligere at behandle dig medicinsk efter flere depressionsperioder, er det en fordel løbende at **sikre sig mod nye depressioner** ved at fortsætte den medicinske behandling. Da de færreste mennesker har bivirkninger, er det et spørgsmål om at komme ind i en god vane med sin medicinindtagelse. Det samme gælder for mange andre mennesker, som f.eks. dem, der har sukkersyge og skal tage insulin dagligt for ikke at blive syge.

3. Hvis du er **50 år eller ældre**, gælder de samme regler for **forebyggende behandling**, som dem du lige har hørt om. Den eneste vigtige undtagelse er dog, at du ikke skal have haft mindst 2 depressioner før en fortsat behandling kan tilbydes dig.

I og med at du er fyldt 50 år eller er ældre øges risikoen for flere depressioner i fremtiden, hvorfor en årelang behandling kan foreslås dig af din læge.

4. Har du tidligere haft **3 eller flere depressioner**, kan din læge foreslå **dig livslang behandling** med medicin for at undgå flere depressive tilstande fremover. Her spiller din alder ingen rolle, men blot det faktum at risikoen for yderligere episoder er betydeligt øget som en følge af antallet af tidligere sygdomsfaser, og behandlingen bliver mere vanskelig.

Hvordan undgår man, at behandlingen svigter

I den vestlige verden er vi opdraget til at skulle klare os selv. Det gør, at mange mennesker **ikke tager dine klager alvorligt**, men i stedet for bebrejder dig, at du for tiden har det dårligt. De fleste patienter accepterer i stor udstrækning disse bebrejdelser og bliver derved bekræftet i deres negative følelser af selvnedvurdering og evt. ønsker om at dø. Mange patienter opfatter sig selv som simulanter og møder ofte mistro og nedvurdering hos nære pårørende og i omgangskredsen.

Det er formentlig en af årsagerne til den **betydelige underrapportering, underdiagnosticering og underbehandling** af deprimerede mennesker, som foregår i dag.


Udover de almindelige samfundsholdninger og normer er det af stor betydning, at du som patient omhyggeligt **følger de anvisninger, din læge har givet** vedrørende, **hvor meget medicin**, du skal tage og **hvor længe**. Det er også vigtigt, at du ved, hvor længe det kan vare, inden du mærker en bedring i din depression, efter at den medicinske behandling er påbegyndt.

En af grundene til, at din læge har givet dig dette hæfte, er for at fortælle dig, hvor vigtigt det er, at **du fortsætter med at tage din medicin i hele den periode**, din læge har foreskrevet. Som mennesker er vi meget tilbøjelige til at stoppe med at spise medicin, når vi føler os bedre tilpas. Såfremt du gør det, vil du udsætte dig selv for en unødigt stor risiko for i løbet af et stykke tid at få et **tilbagefald** som gør, at det næste gang kan tage noget længere tid at behandle din depression.

Lad i øvrigt også være med selv at eksperimentere med selve doseringen af den medicin, du har fået ordineret af lægen. Det er meget almindeligt, at tilstanden kan være svingende, især i starten.

Alt efter ens situation begynder man på eget initiativ selv at indtage enten mere eller mindre medicin end aftalt med lægen. Dette kan gøre, at den positive effekt, du har af behandlingen, enten holder op, eller at du pludselig får bivirkninger, du ellers ikke ville have fået.

Med hensyn til hvor længe der går, før du mærker en bedring i din depression, skal du væbne dig med lidt tålmodighed. Den første mærkbare ændring sker i reglen efter **1-2 ugers forløb**, idet du måske bedre kan sove, eller hvis du føler dig angst, bliver mere rolig. Som oftest er det dine nære venner eller familie, der først oplever en positiv ændring hos dig. Først efter **4-6 uger**, evt. længere, er virkningen optimal.



Du vil opleve, at det triste og grå livssyn, du sikkert har, vil forandre sig for alvor, og du vil mere og mere **blive det menneske, du var**, inden du blev syg. Herefter er det vigtigt at fortsætte behandlingen i den tidsperiode lægen har foreskrevet, ofte **minimum 6 måneder**, hvis det er første gang, du har en depression. Endelig kan forståelsen og accepten af depressionen, som den sygdom det er, virke fremmende på den helbredende proces.

Når du er rask, hvad skal du så være opmærksom på, og hvordan kan du nedsætte risikoen for tilbagefald

Med hensyn til dette vil vi give dig nogle få, men vigtige retningslinier. Husk hvad du tidligere fik at vide om konsekvensen af flere depressive episoder - nemlig, at flere tilbagefald øger risikoen for livslang medicinsk behandling.



Der er 5 væsentlige punkter, som du skal bemærke:

1. Mange med begyndende depression **venter for længe** med at gå til læge eller undlader det helt.
2. Mulighederne for succes ved behandling øges, **jo tidligere** denne iværksættes.
3. Dit og dine evt. pårørendes **kendskab til tidlige** symptomer på depressionssygdom er derfor af stor vigtighed.
4. Dine pårørende observerer ofte de begyndende symptomer først og kan herved være til **stor støtte**.
5. Både du og dine pårørende har således mulighed for at tage et **positivt medansvar** for behandlingen.

For at du kan følge disse forholdsregler, skal du have en samtale med din læge.

Selvurdering kan med fordel anvendes i tiden efter afslutning af antidepressiv behandling samt i perioder imellem regelmæssige depressive sygdomsperioder.

"Vi håber også, at du med en større indsigt i, hvad depressioner er for noget, nemmere vil kunne blive rask og forblive rask gennem de næste mange år.

Har nære venner eller familie l st med, håber vi, at de aktivt vil støtte dig både i den aktuelle situation, men også fremover, hvis de oplever en ændring i din tilstand".

"Jeg stod op en morgen og så ud over søen, der lå mark og trist ganske som jeg selv. Men pludselig var det, som Vorherre selv trak det store forhæng til side. Alt fik pludselig liv og gl d. Jeg stod hurtigt op, og få timer senere var jeg i fuld gang med planer, jeg havde måtte lade ligge i det meste af et halvt år".

Referencer

1. Bech P: Acute Therapi of Depression. J Clin Psychiatry 1993;54(8,suppl):18-27.
2. Bolwig TG: Hvor længe skal man give antidepressiva? Ugeskr. Læger 1993;155/44:3578-9.
3. Kasper S: The rationale for long-term antidepressant therapy. Int Clin Psychopharmacol 1993;8:225-35.
4. Greden JF: Antidepressant Maintenance Medications: When to Discontinue and How to stop. J Clin Psychiatry 1993;54(8,suppl):39-45.
5. Altamura AC, Percudani M: The Use of Antidepressant for Long-Term treatment of Recurrent Depression Rationale, Current Methodologies and Future Directions. J Clin Psychiatry 1993;54(8,suppl):29-37.
6. Børup C, Undén M: Combined fluoxetine and disulfiram treatment of alcoholism with comorbid affective disorders. A naturalistic outcome study, including quality of life measurements. Eur Psychiatry 1994;9:83-9.
7. Rutz W, Carlsson P et al: Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Acta Psychiatry Scand 1992;457-64.
8. Currie DJ, Fairweather DB et al: Social Aspects of treating depression. Health Econom of Depression, Edited Jönsson B and Rosenbaum J,1993;129-39.
9. Rosenbaum JF: Clinical choises, cost-effectiveness and antidepressant treatments. Health Economics of Depression. Edited by Jönsson and Rosenbaum J 1993;141-8.

