



Når dype depresjoner feildiagnostiseres som angstlidelser

KOMMENTAR

ULRIK FREDRIK MALT

E-post: u.f.malt@medisin.uio.no

Ulrik Fredrik Malt er professor emeritus.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

Kronikken om svikt i diagnostikk og behandling av psykotisk depresjon er betimelig (1). I dag oppfattes psykotiske depresjoner som en form for bipolar spektrumlidelse (2). Slike depresjoner ble tidligere kalt «endogene» depresjoner. I den finske Jorvi Bipolar Study hadde ¼ av bipolar type 1 depresjoner ikke blitt diagnostisert (3). Blant de som hadde depresjoner som ledd i en bipolar 2 lidelse, var det bare hos ½ at det var stilt korrekt diagnose. Dette skyldes delvis utilstrekkelige kunnskaper om depresjoners ulike fenomenologi:

Psykotiske depresjoner starter oftest akutt hos en pasient som var velfungerende. Prodromale symptomer mangler ofte. Pårørende er uforstående til at tilstanden er oppstått. Angsten beskrives som uforståelig, diffus, altomgripende og gjennomborende. Pasienten opplever seg som i et eksistensielt vakuum, hjelpeløs og uten håp. Angsten kan bli stå intens at vedkommende rett og slett ikke holder det ut. Pasienten bruker sjelden ordet depresjon om sin tilstand. Selvmordsrisikoen er massiv, og personer med denne type lidelser er ofte impulsive (4). Plutselig selvmord forekommer derfor selv om pasienten timer før på direkte spørsmål har avkreftet selvmordstanker.

Mangel på bruk av semistrukturerte intervjuer og relevante graderingsskalaer for dype depresjoner øker også risikoen for at tilstanden overses. Montgomery og Åsbergs depresjonsskala (MADRS) er svak når det gjelder å fange opp slike depresjoner og er uegnet i diagnostikk av depresjoner med psykotiske symptomer med eller uten somatisk syndrom (melankoli) og frarådes i utredning av depressive pasienter i spesialisttjenesten (5). Men både Hamiltons depresjonsskala (HAM-D), helst 21-spørsmåls versjonen, eller Inventory of Depressive Syndromes (IDS), vil fange opp psykotiske depresjoner.

I somatiske sykehus er fastvakt regelen ved slike tilstander. Muligens kunne liv vært reddet hvis man i større grad brukte fastvakter i psykiatrien. Dessuten reduserer feildiagnostikk sjansen for at effektive behandlinger som primært er kombinasjon av antidepressiva og antipsykotika eller ECT.

LITTERATUR:

1. Ness E, Skotte JR, Christensen TB et al. Kan vi redde flere liv? Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0804. [PubMed][CrossRef]
2. Souery D, Zaninotto L, Calati R et al. Phenomenology of psychotic mood disorders: lifetime and major depressive episode features. J Affect Disord 2011; 135: 241–50. [PubMed][CrossRef]
3. Mantere O, Suominen K, Leppämäki S et al. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). Bipolar Disord 2004; 6: 395–405. [PubMed][CrossRef]
4. Najt P, Perez J, Sanches M et al. Impulsivity and bipolar disorder. Eur Neuropsychopharmacol 2007; 17: 313–20. [PubMed][CrossRef]
5. Malt UF, Andreassen OA, Malt EA et al. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal akademiske, 2018: 437-438 og 490.

Publisert: 29. juni 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0509
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no