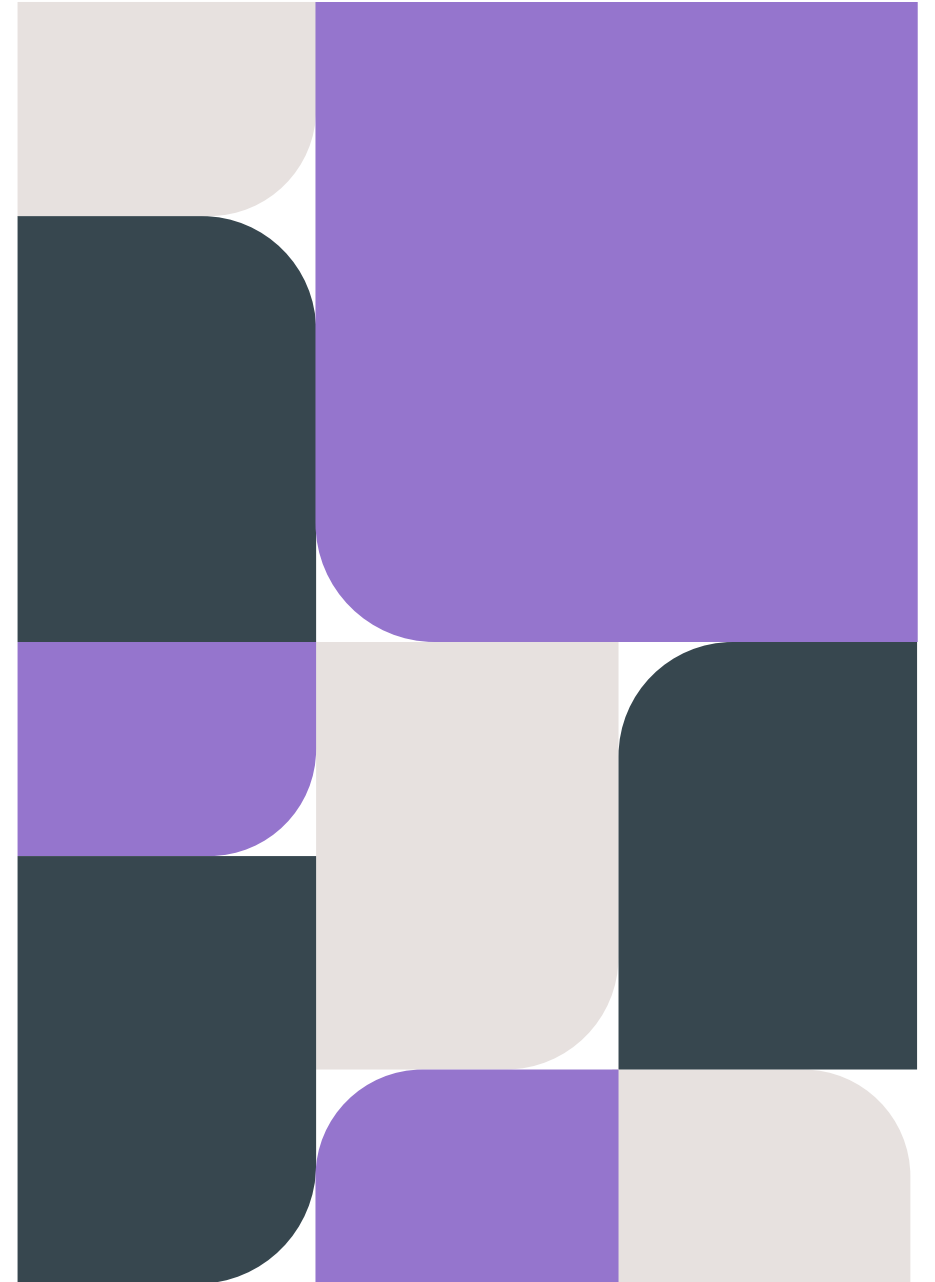


Läkemedelsbehandling vid depression och ångest

Harald Aiff

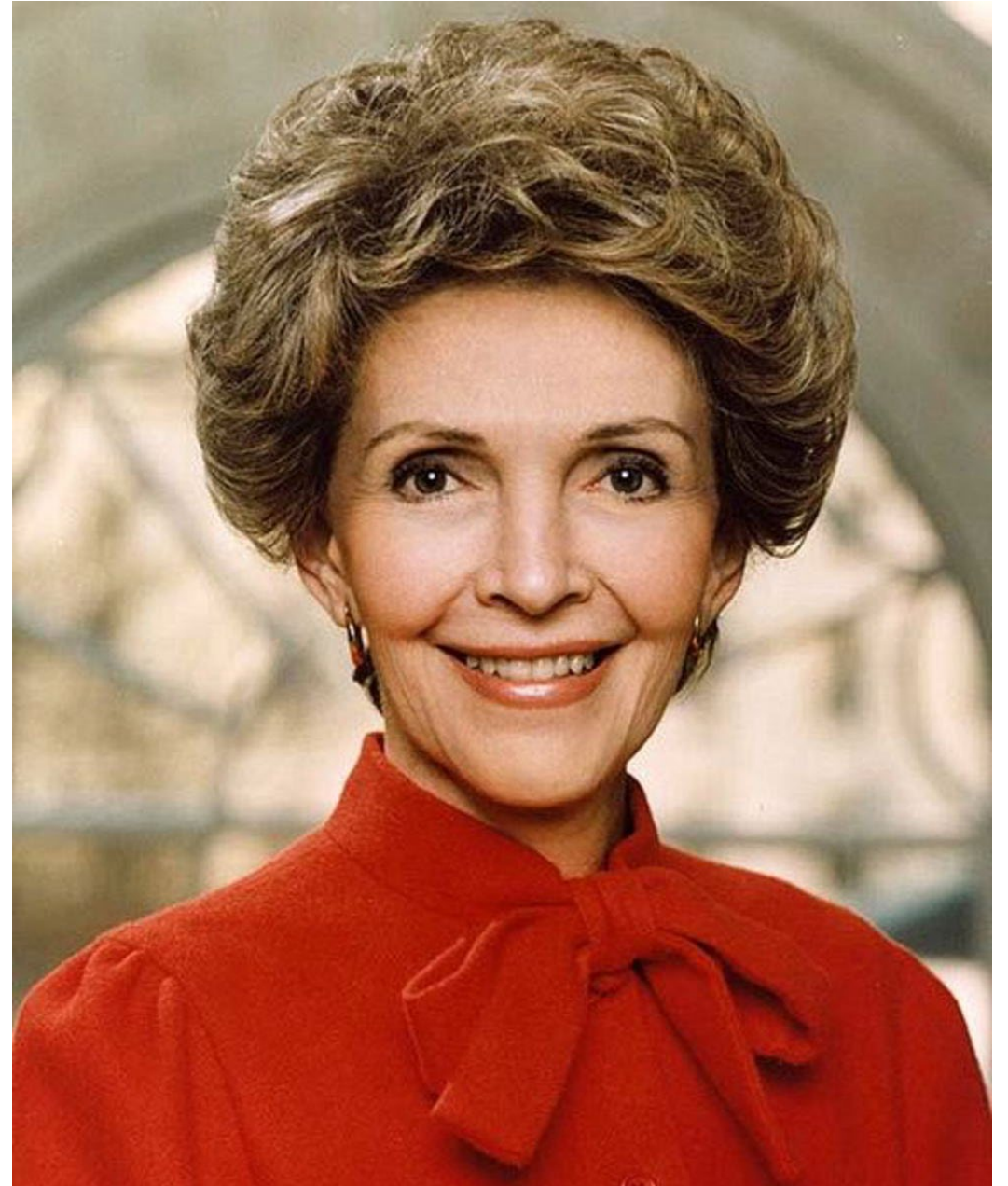
Överläkare Psykiatri Affektiva

Ordförande Terapigrupp Psykiatri



Where 's your mama?

- Anhöriganamnes om möjligt!
- Hypomana/maniska episoder?
- Alkohol / droger?
- Heriditet?
- Psykosocial situation?
- Psykotiska/paranoida symtom?
- Glömsk?



Förlopp?

- Förstagångsepisod eller återkommande?
- Kommer depressionerna med regelbundet?
- Fria intervall?
- Ångest + depression kopplade?
- Tydligt utlösande orsak eller spontant?



Differentialdiagnostik / komorbiditet

- Alkohol / Droger
- Hypothyreos
- Neurologisk sjukdom
- Reumatologisk sjukdom
- Demens
- Cancer
- Hormoner
- Premenstruellt dysforiskt syndrom



Stressutlöst "exogen" depression och/eller ångest

- Oftast lätt / medelsvår
- Försök "hantera" utlösande eller upprätthållande faktorer
 - Relationer / Separation / Dödsfall / Ensamhet
 - Våld i nära relationer
 - Alkohol / Droger
 - Ekonomi / Arbete
- Behandling: psykolog / kurator / boendestöd?
- Sömnbehandling vid behov
- Undvik helst sjukskrivning



Medelsvår "endogen" depression

- Förstagångsinsjuknande eller recidiverande?
- Heriditet för bipolär sjukdom eller recidiverande depression?
- Ofta lämpligt med läkemedelsbehandling
- Suicidrisk?



Svår "endogen" depression

- Kraftig påverkan på sömn/mat/funktion
- Stor skillnad mot vanligtvis
- Självförelser/negativa tankar
- Oavledbar (går ej få att le)
- Svarslatens
- Nedsatt mimik
- Behandling: psykakuten och ECT



- F33 Recidiverande depressioner

Depressiones recurrentes

En störning som karakteriseras av **återkommande depressiva episoder** enligt definitionen under depressiv episod F32.- men utan anamnes på oberoende episoder med förhöjt stämningsläge och ökad energinivå (mani). Det kan emellertid förekomma korta episoder med lätt förhöjt stämningsläge och överaktivitet (hypomani) omedelbart efter en depressiv episod, ibland utlösta av antidepressiv medicinering. De djupare formerna av recidiverande depressioner (F33.2 och F33.3) har **mycket gemensamt med bipolär sjukdom**, egentlig depression, endogen depression och vital depression. Den första episoden kan uppträda när som helst i livet, från barndomen till seniet. Sjukdomsdebuten kan vara akut eller smygande och varaktigheten från veckor till många månader. Risken för att en patient med recidiverande depressioner skall drabbas av en manisk episod försvinner aldrig helt, oavsett antalet tidigare episoder. **Om en manisk episod inträffar, bör diagnosen ändras till bipolär sjukdom (F31.-).**

Postpartumdepression/ psykos

- Ingen vanlig "baby blues"
- Oftast inom 2 veckor efter förlossning men kan komma senare
- Psykotiska/paranoida symtom
- Sömnbrist
- Ibland heriditet för bipolär sjukdom
- Högriskpatient med risk för utvidgat suicid
- ECT-behandling



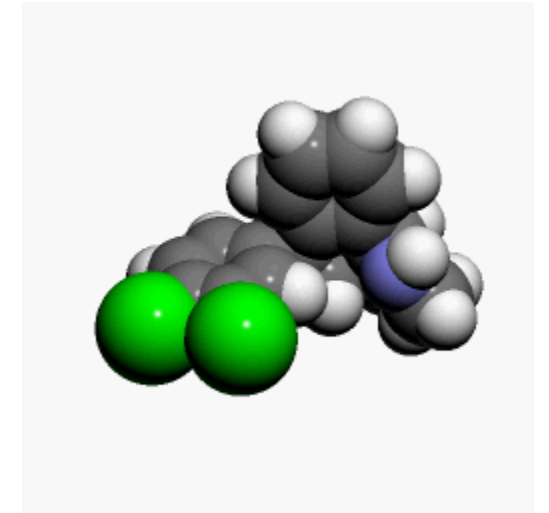
Ångesttillstånd

- KBT med exponering
- Panikångest → sertralin (klomipramin)
- Social fobi → sertralin (venlafaxin)
- Tvång → sertralin (klomipramin)
- PTSD → sertralin
- GAD → sertralin (venlafaxin)



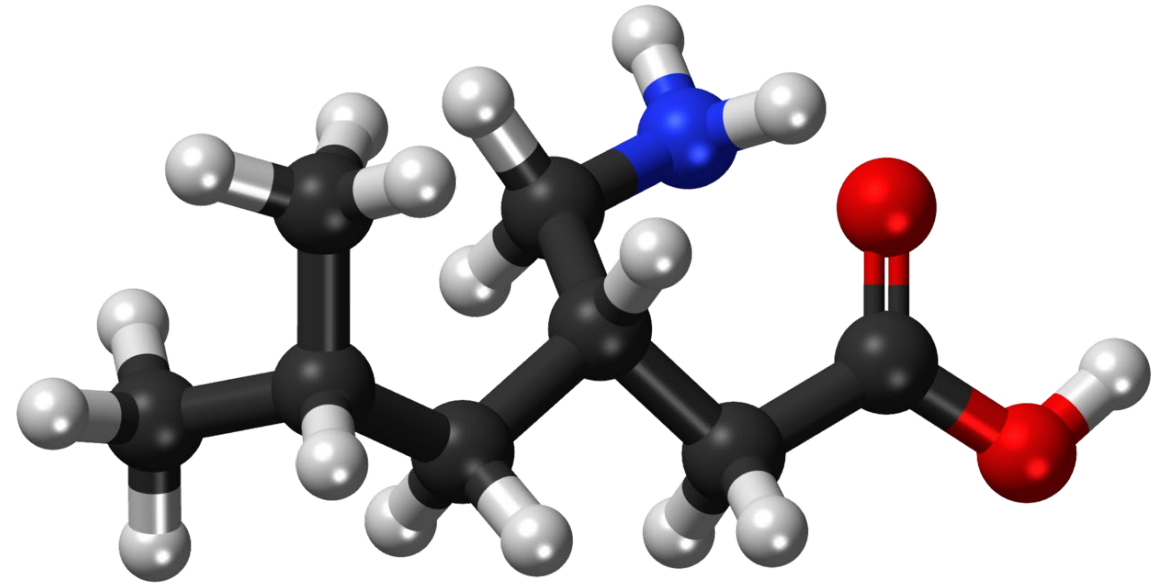
Sertralin

- Serotoninåterupptagshämmare (SSRI)
- Bra förstahandspreparat vid ångesttillstånd (och depression)
- Låg risk vid graviditet / amning
- Initial ångeststegring hos vissa patienter som brukar avta efter ca 1 vecka
- Vänta 3-4 veckor på effekt (följ upp!)
- Sexuella biverkningar avtar ej
- Pröva maxdos (200 mg) innan man avfärdar effekt



Pregabalin

- 3dje handspreparat vid GAD
- liknande effekt som benzodiazepiner (GABA)
- viss risk för toleransutveckling/beroende
- god effekt hos vissa patienter
- positiv effekt för sömnen



Benzodiazepiner

- Oxazepam, diazepam m.fl.
- Effektivt mot ångest MEN:
- Risk för toleransutveckling och beroendeutveckling, särskilt hos patienter med tidigare missbruksanamnes
- Kan användas i undantagsfall vid akut svår ångest max 4 veckor med planerad uttrappning
- Patienter med långtidsbehandling bör trappas ut om möjligt men med stor försiktighet se RMR Benzodiazepiner

REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE – LÄKEMEDEL

Benzodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning


VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Fastställt september 2022 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. september 2024.

Huvudbudskap

- Nedtrappning och utsättning av bensodiazepiner (BDZ) och bensodiazepinanaloger (BDZa) (zopiklon och zolpidem) bör i möjligaste mån erbjudas om normaldos enligt FASS överskrids eller om behandlingstiden är längre än 4 veckor
- Nyinsättning av BDZ ska så långt som möjligt undvikas, men är motiverat t.ex. vid alkohol-abstinens, krampanfall och vid akuta svåra psykiatriska tillstånd med hög ångestnivå men bör ej användas vid långvariga ångestsjukdomar på grund av risken för beroendeutveckling. Om det i undantagsfall används bör behandlingstiden vara kort, max 4 veckor
- Behandling med BDZ bör undvikas till äldre som är särskilt känsliga för biverkningar
- Personer med riskbruk av alkohol och droger har ökad risk för beroendeutveckling
- Kunskap om patientens samtliga läkemedel är en grund för säker förskrivning till personer med beroendeproblematik
- FAS UT innehåller principer för sedvanlig nedtrappning och utsättning av BDZ och BDZa

Bakgrund

BDZ är snabbt och effektivt ångestdämpande, samt har låg toxicitet. BDZ och BDZa verkar på GABA-systemet, liksom alkohol, varför toleransutveckling och beroendepotential liknar den för alkohol. Risken ökar med behandlingstiden och dosen. BDZ och BDZa bör förskrivas på strikt indikation och under kort tid. Förskrivaren behöver ge akt på patienter med ökad risk för toleransutveckling och beroende. Ökad risk för beroende föreligger vid tidigare eller pågående riskbruk

misstänkt blandberoende (F19.2) av alkohol eller droger rekommenderas [AUDIT](#) respektive [DUDIT](#).

Behandling

Indikationer för BDZ och BDZa

Nyinsättning av BDZ ska så långt som möjligt undvikas, men är motiverat t.ex. vid alkohol-abstinens, krampanfall och vid akuta svåra psykiatriska tillstånd med hög ångestnivå. Vid behov av läkemedelsbehandling för insomni, rekommenderas intermitterande behandling med BDZa under en begränsad tid. Längre behandlingstider kan ge negativa effekter som liknar dem vid behandling med BDZ. Kunskap om patientens samtliga läkemedel är en grund för säker förskrivning till personer med beroendeproblematik.

Screening med [AUDIT](#) och [DUDIT](#) rekommenderas innan behandlingen inleds och provtagning med PETH ska övervägas. Se [RMR Alkohol](#), [RMR Cannabis](#) och [RMR Centralstimulantia: skadligt bruk och beroende](#).

Misstanke om beroende bör väckas vid toleransutveckling med krav på dosökning, önskan om tätare förskrivning, borttappade läkemedel, tecken på abstinens eller efter kontakt med närstående.

Depressions- och ångestsjukdomar bör behandlas enligt [RMR Depression](#) eller [RMR Ångestsjukdomar](#), där SSRI är förstahandsalternativ vid läkemedelsbehandling. Vid insomni ska icke-farmakologisk behandling alltid erbjudas först, se [RMR Insomni](#).

Information till patienten

ökad risk för fallolyckor, ökad oro samt konfusion med aggressivt beteende. Toleransutveckling förekommer även hos äldre och nedtrappning kan bli aktuell. God och personcentrerad omvårdnad, inkluderande boendemiljö samt samtalstödd minskar behovet av farmakologisk behandling vid ångest och sömnstörning. Om BDZ i undantagsfall används rekommenderas i första hand oxazepam för korttidsbruk och vid insomni rekommenderas zopiklon. Dosen av BDZ eller BDZa bör vara låg för att minska risken för biverkningar. Äldre patienter som står på långtidsbehandling med BDZ bör inte avbryta behandlingen i livets slutskede, då god ångestlindring är av vikt.

Barn och ungdomar

Behandling med BDZ och BDZa bör undvikas men kan i undantagsfall användas vid akut svår ångest resp. svår insomni som inte svarar på annan behandling.

Graviditet och amning

BDZ och BDZa rekommenderas vanligen ej vid graviditet och amning, se [Janusinfo](#).

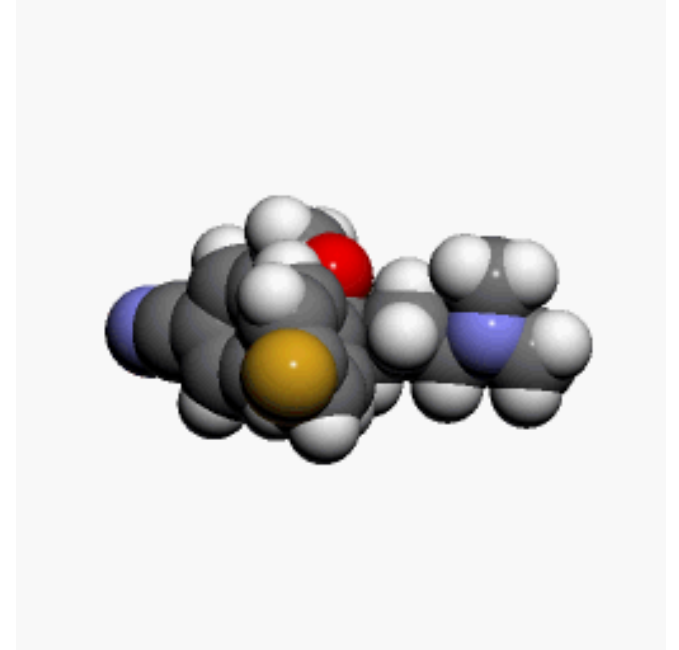
Nedtrappning och utsättning

Motivationsarbete är första fasen av nedtrappning. Motiverande samtal (MI) är en metod för att öka motivationen inför nedtrappning och utsättning av beroendeframkallande medel. Det bör finnas en förståelse för den oro och de svårigheter som patienten kan uppleva inför en planerad nedtrappning och utsättning.

Ge patienten information om negativa effekter av långtidsbehandling med BDZ och BDZa samt utsättningsymtom och hur dessa kan hanteras.

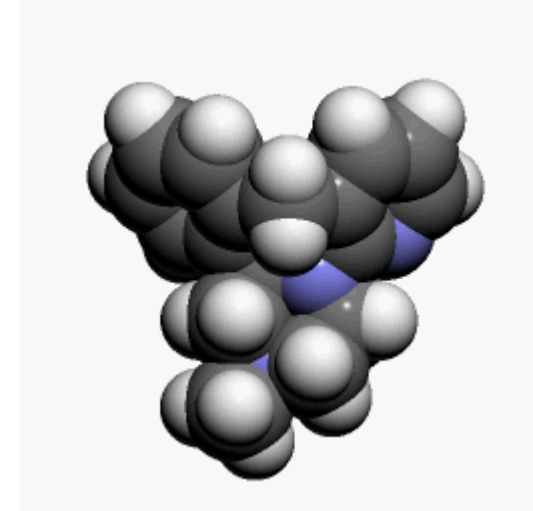
Escitalopram

- Serotoninåterupptagshämmare (SSRI)
- Rek. förstahandsval (tillsammans med sertralin) vid depression
- Initial ångeststegring
- Vänta 3-4 veckor på effekt (följ upp!)
- QT-förlängning
- Pröva maxdos (20 mg) innan man avfärdar effect
- Vid graviditet / amning använd sertralin istället



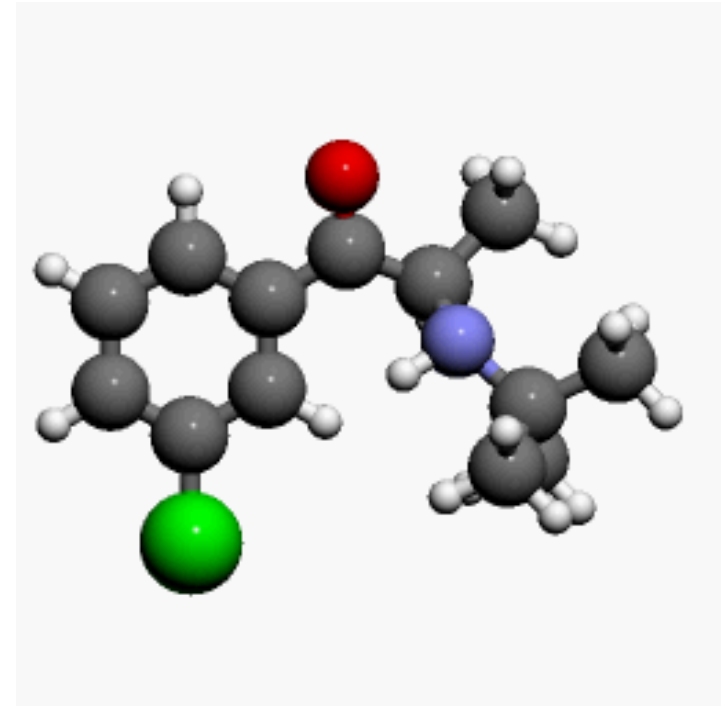
Mirtazapin (30-45 mg)

- Serotonerg och noradrenerg
- Snabb effekt vid depression
- Viktuppgång (bra ibland)
- Ångestlindrande
- Sederande (ta till kvällen)
- Kan användas som monopreparat eller tillsammans med SSRI som tillägg.
- QT-förlängning



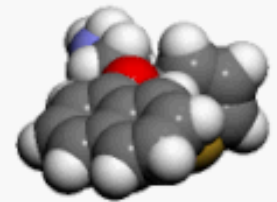
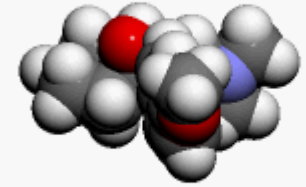
Bupropion

- Noradrenergt och dopaminergt (NDRI)
- Tillägg till SSRI
- Tveksam monoterapi
- Om patienten behöver mera "energi"
- inte sexuella biverkningar, ej viktuppgång



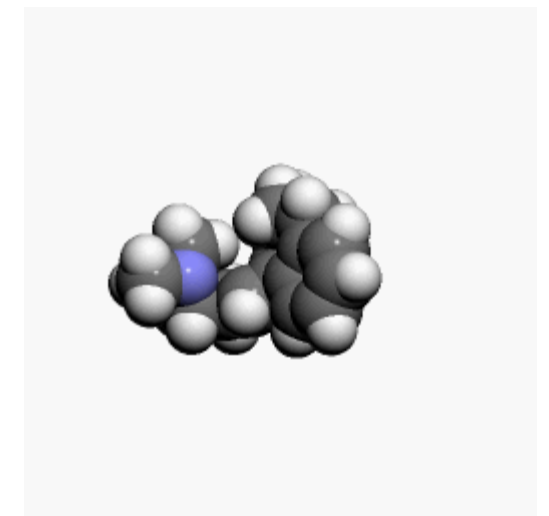
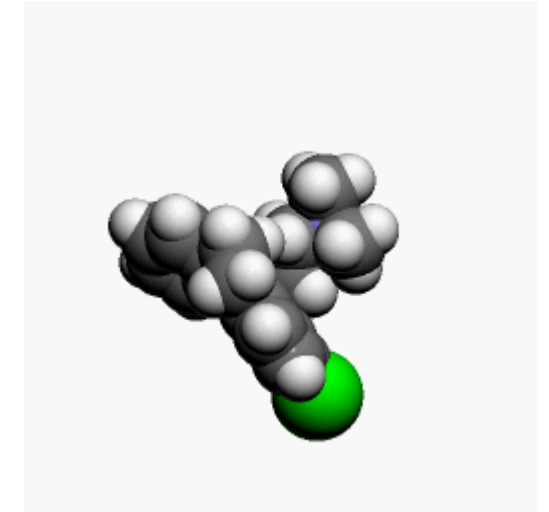
Venlafaxin & duloxetin

- Serotonergt och noradrenergiskt (SNRI)
- När inte SSRI har gett tillräcklig effekt
- Noradrenerga biverkningar (framförallt venlafaxin)
- Duloxetin kan fungera bra vid samtidig smärta



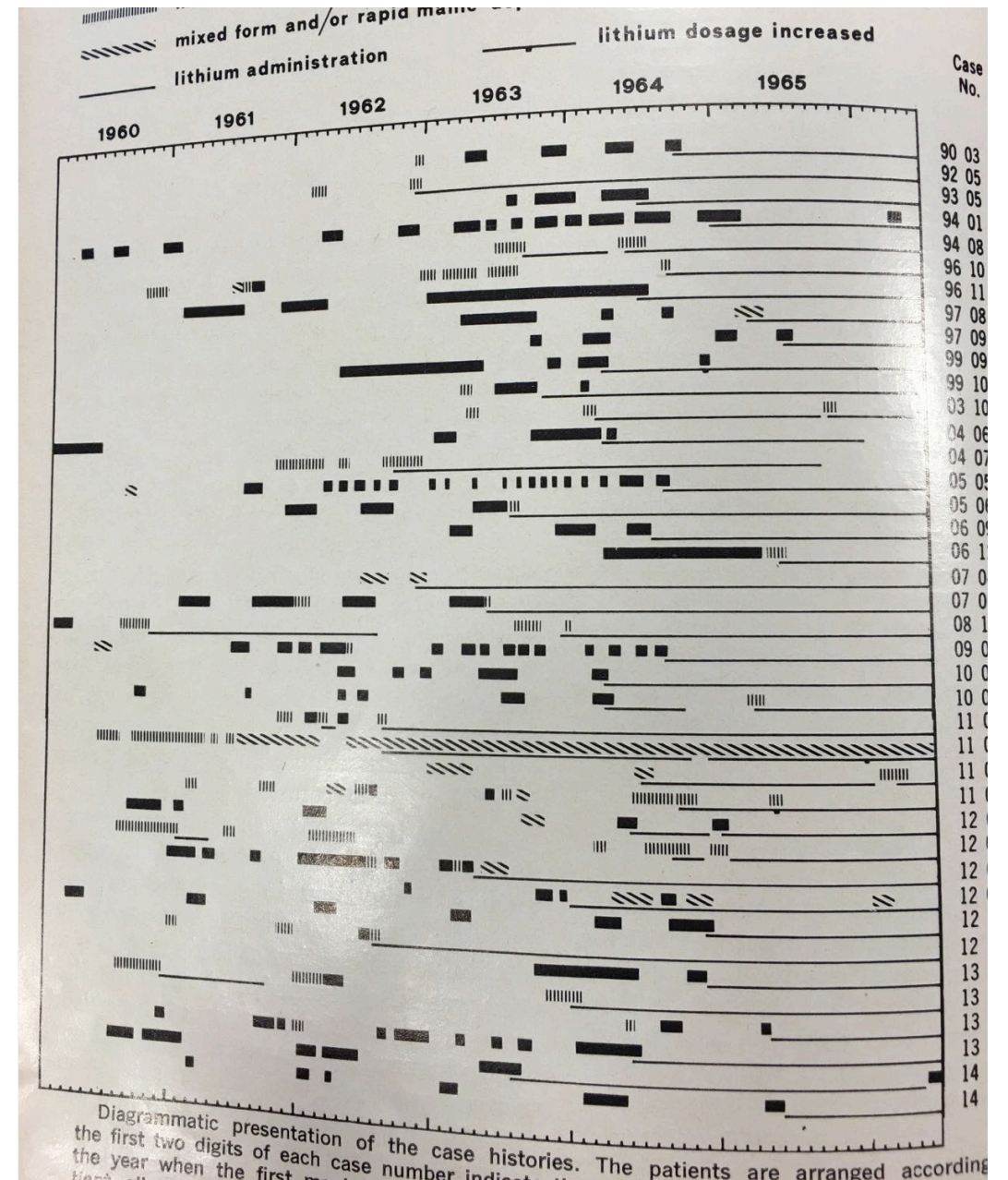
Klomipramin & amitryptilin (TCA)

- tricykliska preparat (TCA)
- högre toxicitet
- när tidigare mildare behandling inte fungerat
- antikolinerg effekt
- klomipramin vid depression, tvång och paniksyndrom
- amitryptilin vid samtidig smärta

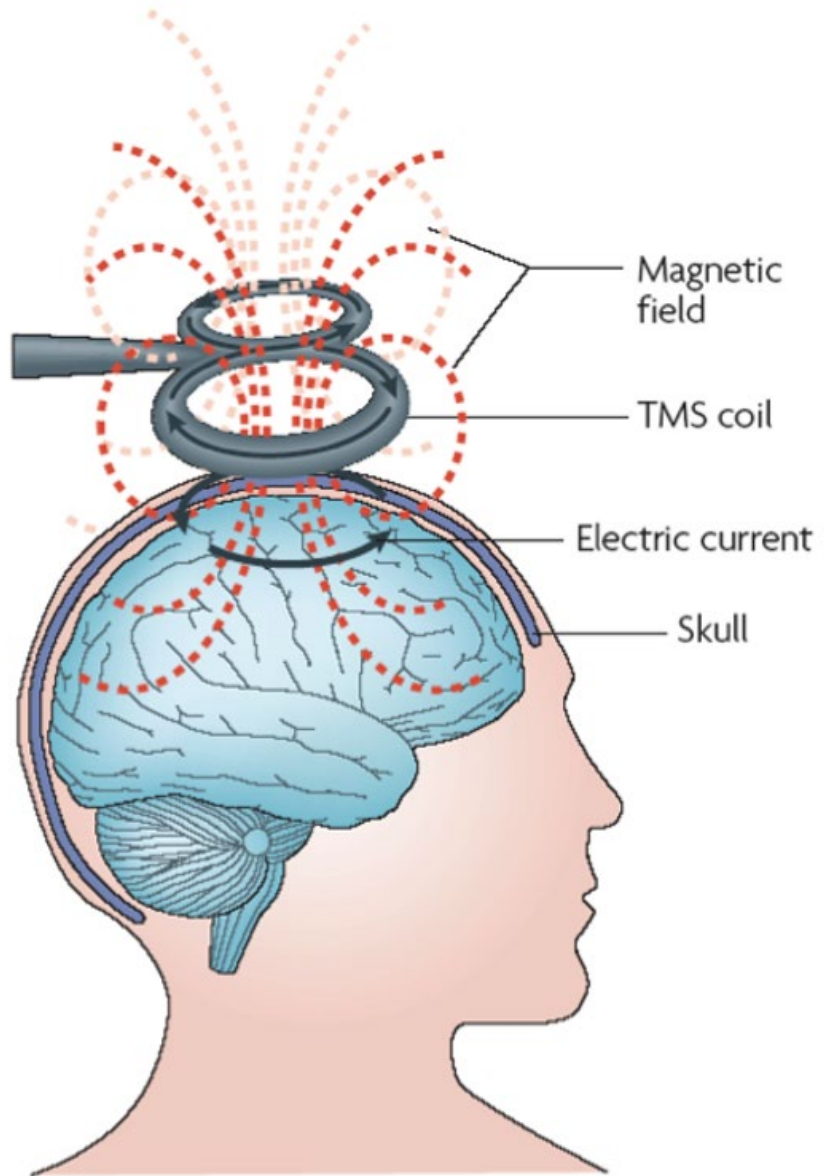


Litiumbehandling

- Lithionit
- Som profylax vid bipolär sjukdom eller recidiverande (svår) depression
- Tilläggsbehandling vid svårbehandlad depression



rTMS



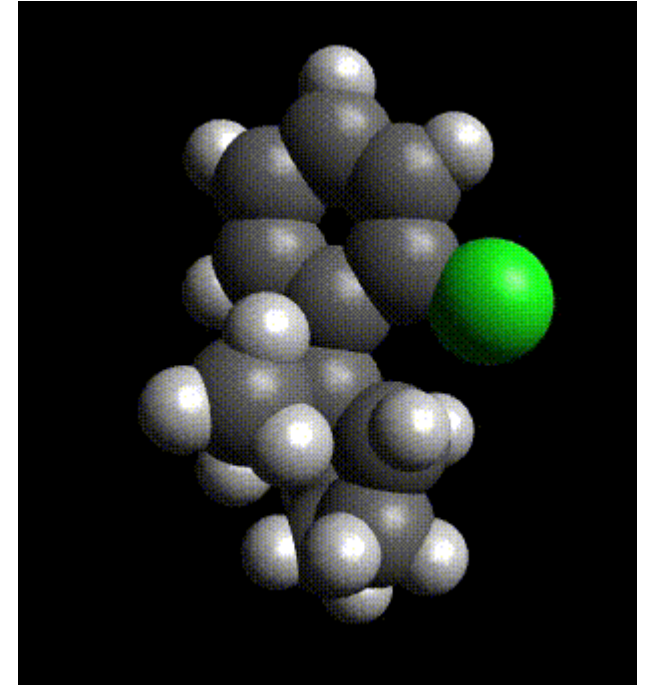
ECT

- Extremt effektiv och i många fall livräddande
- Fungerar vid svår depression, katatoni och mani
- Fungerar även profylaktiskt för vissa patienter
- Svårt att minnas tidsperioden för behandlingen



ketamin & esketamin

- snabbverkande antidepressivt
- infusion ketamin mer tillförlitlig tillförsel än nässpray esketamin (och mer prisvärt)
- specialistpreparat
- 3dje hands vid svår depression



RMR Depression & Ångest

REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE – LÄKEMEDEL



Depression

Fastställd mars 2022 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. mars 2024.

Huvudbudskap

- Psykopedagogiska insatser till vuxna och psykopedagogisk basbehandling till barn och ungdomar bör erbjudas som ett första steg
- Depressionsdjupet avgör om psykopedagogiska och/eller antidepressiva läkemedel rekommenderas. Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är escitalopram för barn och ungdomar och fluoxetin för barn och ungdomar
- Överväg om en depression är en del av en bipolär sjukdom
- Suicidriskbedömning ska ingå som en del i diagnostiken och följas upp
- Somatisk sjuklighet och dödlighet är högre vid depression och bör efterforskas

REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE – LÄKEMEDEL



Ångestsjukdomar

Fastställd mars 2022 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. mars 2024.

Huvudbudskap

- Psykopedagogiska insatser till vuxna och psykopedagogisk basbehandling till barn och ungdomar ska erbjudas som ett första steg
- Psykoterapi enligt KBT är förstahandsval vid lätta och medelsvåra ångestsjukdomar och ska erbjudas, enbart eller i kombination med läkemedelsterapi, så tidigt som möjligt efter diagnos
- Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är sertralinn
- Bensodiazepiner rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risken för beroendeutveckling och bör endast användas

personlighetssyndrom och demens. Sjukdomar som tas upp i dessa riktlinjer är paniksyndrom (F41.0), generaliserat ångestsyndrom (F41.1), social fobi (F40.1), specifik fobi (F40.2), tvångssyndrom (F42.0 eller 42.1) samt posttraumatiskt stressyndrom (F43.1).

Behandling

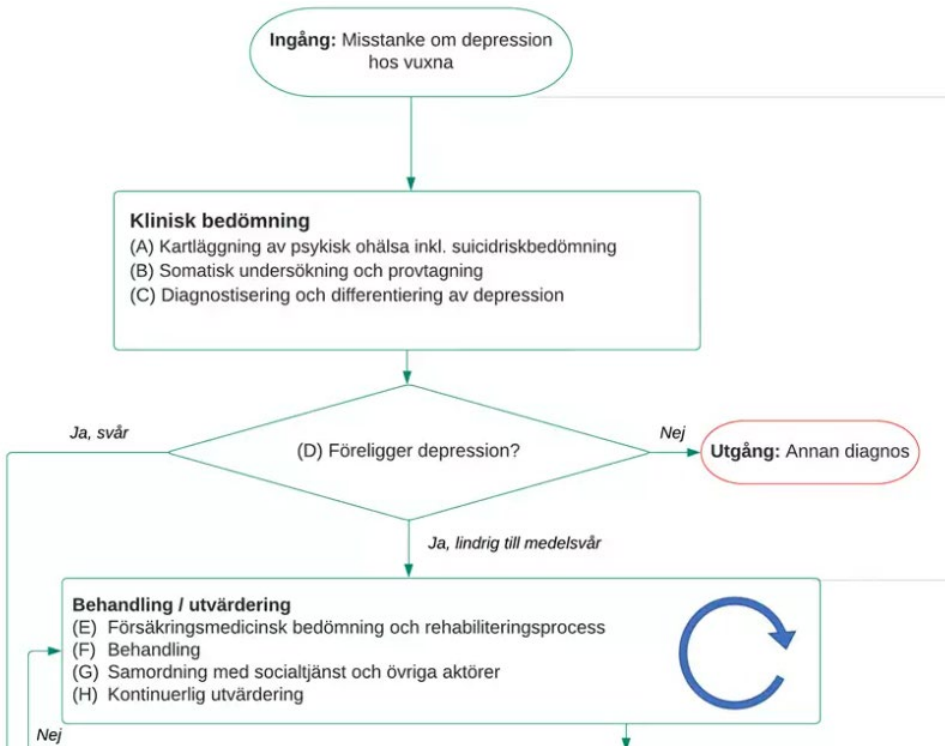
Patient och närstående ska få muntlig och skriftlig information om tillståndet. Behandlingsplanering görs i dialog med patienten och närstående. Tillståndets svårighetsgrad, tidigare behandlingsinsatser och patientens önskemål avgör om icke-farmakologisk eller farmakologisk behandling ska väljas.

indikation för övriga ångestsjukdomar. Beakta risken för beroendeutveckling.

SGA (andra generationens antipsykotika)
Quetiapin, olanzapin, risperidon och aripiprazol kan användas som tilläggsbehandling vid GAD men också om maximal dos av antidepressiva ej gett önskad effekt vid svårt tvångssyndrom. Metabola biverkningar ska beaktas.

BDZ (bensodiazepiner)
Rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risken för beroendeutveckling. Om BDZ i undantagsfall används vid akut eller svår ångest bör behandlingen vara kort, maximalt 4 veckor.

Nytt vårdförlopp för depression



Åtgärder i vårdförlopp Depression hos vuxna

Klinisk bedömning

- A Kartläggning av psykisk ohälsa inklusive suicidriskbedömning
- B Somatisk undersökning och provtagning
- C Diagnostisering och differentiering av depression
- D Beslut: Föreligger depression?

<https://www.nationelltkliniskt-kunskapsstod.se/kunskapsstod/psykisk-halsa/>

Vård och insatsprogram för depression och ångestsyndrom

PROGRAM	
Depression och ångestsyndrom	
1. Nivå och process	
2. Om tillståndet	
3. Tidiga tecken och tidig upptäckt	
4. Förebyggande insatser	
5. Kartläggning och utredning	
6. Behandling och stöd	
7. Kommunikation och delaktighet	
8. Uppföljning på individnivå	

5. Kartläggning och utredning	
Vägledande inför diagnostisk utredning, val av stöd- och behandlingsinsatser och remittering.	
Kartläggning av psykisk ohälsa hos vuxna - primärvårdsnivå	+
Initial kartläggning av psykiatriska symtom hos vuxna. Vägledande inför diagnostisk utredning, val av stöd- och behandlingsinsatser och remittering.	
Kartläggning av psykisk ohälsa hos vuxna - specialistpsykiatri	+
Initial kartläggning av psykiatriska symtom hos vuxna. Vägledande inför diagnostisk utredning, val av stöd- och behandlingsinsatser och remittering.	

<https://vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/>

