

# Vägen tillbaka

OM DEPRESSIONER OCH  
DEPRESSIONSBEHANDLING

*Tredje omarbetade upplagan*

TOM FAHLÉN

# INNEHÅLL

<b>Förord till tredje upplagan</b>	7
<b>En av våra stora folksjukdomar</b>	9
Birgitta, 45 år – en av många	10
<b>Symtom under en depressionsperiod</b>	11
1. Nedstämdhet, irritabilitet	12
2. Svårigheter att känna intresse och tillfredsställelse	12
3. Förändrad aptit	14
4. Sömnsvårigheter eller ökad sömn	14
5. Rastlöshet eller orörlighet	14
6. Trötthet, nedsatt energi	15
7. Känsla av värdelöshet, skuld känslor	15
8. Koncentrationssvårigheter, obeslutsamhet	15
9. Tankar på döden	16
Andra symtom	16
<b>Diagnosen depression</b>	17
Sjukdomsförlopp	18
Restsymtom	19
Perioder av överaktivitet	19
Sociala konsekvenser	20
<b>Orsaker</b>	21
Sårbarheten för depression	22
Normala emotioner	22
Amygdala och den emotionella hjärnan	22
Att fjädra tillbaka	23
Återkopplingar	23
Justering av känsligheten	24
Serotonin och förändringar i hjärnstrukturen	24
Regleringen satt ur spel	24

<b>Behandlingsmöjligheter</b>	26
<b>En historisk tillbakablick</b>	28
De tricykliska antidepressiva läkemedlen	29
Att undvika biverkningar	30
<b>Nya behandlingsmöjligheter</b>	31
Selektiva serotoninupptagshämmare	32
Läkemedlens molekyler kan liknas vid våra händer	33
Vad är det som åstadkommer den antidepressiva effekten?	34
Läkemedel med flera angreppssätt	36
Den inledande doseringen	37
Om resultatet blir otillfredsställande	38
Hur länge ska man medicinera mot en depressionsepisod?	39
Förebyggande behandling	40
<b>Andra behandlingsmetoder</b>	43
Ljusbehandling	43
ECT	44
Psykoterapier	45
<b>Medicinering – kan det lösa problem?</b>	49
Problemlösning och förskjutningar i stämningsläget	50
Depression och mani	51
Depressionsperiodens effekt på problemlösandet	51
Problemlösande vid en manisk period	52
Sjukliga och normala förskjutningar av stämningsläget	52
Normalt – sjukligt. Var går gränsen?	52
Medicinering, den "naturliga" behandlingen?	55
Tolkningar inom och utanför vårt medvetande	56
Den överaktiva amygdala	57

## Förord till tredje upplagan

Behandling av depressioner är ett långsiktigt företag. Det kräver ett aktivt deltagande från både läkare och patient, och också från andra som engageras. Chansen att lyckas ökar om det finns en god behandlingsallians. Kunskap och förtroendet med symtom och behandling är en viktig grund.

För den som är deprimerad är det viktigt att känna igen depressionens symtom. Det kan göra det något lättare att stå emot de upplevelser av hjälplöshet och hopplöshet som brukar höra till den typiska symtombilden. Man måste också veta att tillståndet är behandlingsbart och vad det är för behandlingsmetoder som kan vara effektiva.

Många inslag i behandlingen, t ex medicineringen, ter sig inte som en självklarhet, åtminstone inte i början. Och många frågor rör medicineringen. Hur verkar den? Läger den ett lock över de problem som måste lösas? Är en depression verkligen en störning i hjärnans sätt att fungera, och en störning som kan behandlas med läkemedel?

Det var tio år sedan första upplagan av "Vägen tillbaka" kom ut. Kunskaperna om depression har ökat kraftigt sedan dess. Man vet mer om hjärnan och mer om behandlingens effekter. Sammanhängen är komplicerade, och trots mängden av kunskap förstår man bara en liten del av det hela.

Om man vill försöka sammanfatta denna kunskap, är det lätt att för enkla alltför mycket, men lika lätt att göra texten till en svårbegriplig snårskog. Därför gick jag förbi frågan i den förra upplagan. Jag tyckte att det viktiga var att vi vet *att* vissa behandlingsmetoder är effektiva. Men patienter har ofta frågat "hur?". Sådana frågor bör därför tas med. Jag har försökt att åskådliggöra och göra texten så klar som möjligt.

Om de kapitel som behandlar hjärnans sätt att fungera ändå känns svår-lästa, kan man gå förbi dem och kanske återvända till dem vid ett senare tillfälle. Det är ofta svårt att koncentrera sig under en pågående depressionsperiod. Hoppa i så fall över kapitlet om orsaker och fortsätt till avsnitten om behandlingsmöjligheter och kanske framförallt till de praktiska råd som ges kring den inledande medicineringen.

Kungälv den 3 februari 2003

Tom Fahlén



## En av våra stora folksjukdomar

På en psykiatrisk mottagning är ”depression” den vanligaste diagnosen. Att depressioner är vanliga har man vetat länge, och man har anat att betydligt fler drabbas än vad som märks inom sjukvården. De flesta människor som är deprimerade söker inte vård, eftersom de tror att det inte finns någon hjälp att få. Och många som söker, får inte rätt diagnos.

Under senare år har man intervjuat slumpvis utvalda människor i den allmänna befolkningen för att få en bättre bild av hur vanliga depressioner är. Man har då funnit att depressionsperioder drabbar eller kommer att drabba omkring 20 procent eller fler. Med så höga

siffror skulle närmare 2 miljoner av dem som bor i Sverige någon gång drabbas av depression.

Ordet ”depression” har blivit vanligt i vårt vardagsspråk. ”Depression” i psykiatrin har därmed kommit att betyda något annat än samma ord i vårt vardagsspråk. I psykiatrin är ”depression” *inte* detsamma som ”ledsen”, ”nere” eller ”deppig”, utan en sjukdomsdiagnos som kännetecknas av flera olika symtom.

### **Birgitta 45 år – en av många**

Birgitta, som nu är 45 år, har drabbats av återkommande depressionsperioder sedan hon var i 20-årsåldern. Perioderna kommer över henne smygande. Det börjar oftast med att hon känner sig ur slag. Hon är då inte lika företagsam som vanligt, har inte lika lätt att engagera sig som hon brukar. Hon känner sig också mer osäker, har lättare att uppleva sig som otillräcklig. Hon bekymrar sig något mer än vanligt.

Senare börjar sömnen försämrats. Hon sover ytligare. Vaknar ofta med en känsla av obehag. Hon oroar sig betydligt mer än vanligt. Händelser som hon normalt uppfattar som bagateller upplevs nu som stora problem. Hon känner sig maktlös och otillräcklig inför dem. Hon tänker allt mer på det som är negativt i tillvaron. Det är som om tankarna dras åt det negativa, inte minst då hon tänker på sig själv.

Förmågan att känna glädje försvinner. Detsamma gäller förmågan att känna lust, intresse, tillfredsställelse och stimulans. Normala glädjeämnen fungerar inte längre. Musik ger inte längre någon upplevelse. Umgänget med vänner känns tomt. Den sexuella lusten är borta. Matlusten likaså.

Successivt tar oföretagsamheten överhanden. Varje sak hon ska göra känns tung och mödosam, också sådant som tidigare fungerat helt automatiskt utan att hon behövt tänka på det. Hon känner sig handlingsförlamad, tömd på energi.



## Symtom under en depressionsperiod

Symtombilden varierar från person till person. En del känner sig intensivt nedstämda och olyckliga. Andra upplever sig mer som känslomässigt förlamade och tycker därför att ordet ”depression” inte stämmer. En del får plågsamma sömnsvårigheter. Andra sover mer än normalt. En del förlorar aptiten och går ned i vikt. Andra upplever ett ökat sug efter sötsaker, äter mer än vanligt och går upp i vikt.

Men även om många av symtomen på depression kan växla, är symtombilden i sin helhet ofta typisk.

Några av de vanligaste symtomen finns uppräknade i ett diagnos-system som kallas DSM-IV. Listan har 9 punkter. Fem av dem måste stämma för att man ska kunna tala om en egentlig depressionsperiod.

Det kan vara lämpligt att följa den listan för att beskriva symtomen mer ingående:

## **1. Nedstämdhet, irritabilitet**

De flesta som är deprimerade känner sig nedstämda, ledsna, sorgsna. Många säger att de känner sig olyckliga, har upplevelser av hopplöshet och meningslöshet. Ofta ser människor i omgivningen den här nedstämdheten. Ansiktet är inte lika rörligt som vanligt.

På andra som är deprimerade syns inget sådant. De kan vara leende, men då utan att uppleva verklig glädje.

En del som är deprimerade tycker inte att de är direkt nedstämda, men upplever ändå en oförmåga att känna glädje. Normala glädjämnen fungerar inte längre som tidigare. ”Livsglädjen är borta”, säger många. Och kanske är denna minskade förmåga att glädja sig ett av de viktigaste symtomen vid depression. En känsla av tomhet och oförmåga att känna är vanlig.

Många som är deprimerade känner sig mer sårbara och känsliga än de brukar vara. De har lättare att ta illa vid sig. Ofta är de mer irriterade, klarar inte att något går dem emot. De känner sig otåliga. Många upplever sig som aggressiva och får lätt vredesutbrott. Vid milda depressioner är det som regel inte nedstämdheten som dominerar, utan irritabiliteten och stresskänsligheten.

## **2. Svårigheter att känna intresse och tillfredsställelse**

Den som är deprimerad har ofta en nedsatt förmåga att bli stimulerad av positiva händelser. Det som tidigare upplevts som intressen, engagemang och stimulerande fritidssysslor, förlorar sin mening. Förmågan att känna tillfredsställelse i olika aktiviteter är borta.

Musik och skönhetsupplevelser av olika slag ger inte längre någon känslomässig upplevelse av betydelse. Den sexuella lusten är ofta



nedsett eller helt borta. Det är svårt att finna nöje i umgängesliv, TV-program och liknande. Social tillbakadragenhet blir ofta följden. En del upplever en plågsam likgiltighet eller tomhet, en leda.

### **3. Förändrad aptit**

Aptiten förändras ofta. Vanligen försämras den. Maten smakar inte längre. Man måste tvinga sig att äta eller äter utan matlust. Många äter mindre än vanligt och går ned i vikt.

Aptiten kan också ändras så att man upplever ett ökat matsug. ”Tröstätande” är inte ovanligt. En del känner ett kraftigt sug efter choklad och sötsaker och äter så att de går upp i vikt i perioder då de är deprimerade.

### **4. Sömnsvårigheter eller ökad sömn**

Sömnsvårigheter är vanliga. En del har svårt att somna. Många sover yttigare än vanligt, vaknar lätt och kan inte somna om.

Besvär av tidigt uppvaknande är mycket vanligt. En del somnar kanske utan svårigheter, men vaknar sedan på småtimmarna och kan inte somna om. Den tidiga morgonen blir plågsam, präglad av kval och ångest. Man talar om ”vargtimmar”.

En del reagerar på motsatt sätt. De känner sig tunga i kroppen, ligger mycket, och sover betydligt mer än normalt, ofta mer än 12 timmar per dygn. Många säger att de ”går i ide”.

### **5. Rastlöshet eller orörlighet**

Rastlöshet förekommer. Det är svårt att koppla av och svårt att sitta stilla. En del går av och an, vrider händerna, plockar.

På många märks istället en minskad rörlighet. De blir sittande apatiska, orörliga. Då de gör något är de långsammare än de brukar vara.

## **6. Trötthet, nedsatt energi**

Den som är deprimerad upplever ofta en speciell form av trötthet. Det är som om förmågan att få fram energi försvunnit. Det som tidigare gjorts automatiskt utan någon ansträngning kräver nu stor möda. ”Allt tar emot.” Man måste tvinga sig för att komma igång. En del säger att de är ”handlingsförlamade”.

## **7. Känsla av värdelöshet, skuldkänslor**

Tankarna kretsar ofta kring det negativa, ibland som ett tvångsmässigt ältande som inte går att koppla bort, som om tankarna var automatiska. Vanligt är att de kretsar kring känslan av att vara värdelös: ”Jag duger ingenting till... Jag klarar inget...”.

Självanklagelser och skuldkänslor är vanliga. Svårigheterna att klara av vardagen bidrar ytterligare till det. Irritabiliteten som är vanlig vid depressioner skapar gärna problem i nära relationer och ökar lätt skuldkänslorna.

Självanklagelserna rör som regel tidigare händelser. Den som är deprimerad minns lätt det som är negativt, men inte positiva händelser. Bagatellartade händelser förstoras.

Hela hållningen blir pessimistisk. Nuet ter sig meningslöst och framtiden hopplös.

Också omvärlden tolkas ofta i mörka färger. Man känner sig lätt illa omtyckt, kanske också motarbetad. Uppfattar andra som ovänliga eller fiendliga.

## **8. Koncentrationssvårigheter, obeslutsamhet**

Tankeverksamheten brukar gå trögt. Det är svårt att utföra ett tankearbete och det är svårt att koncentrera sig. För många får det som följd att man också har svårt att minnas.

Man kan också ha svårt att bestämma sig, även då det gäller småsaker. Varje beslut ter sig obehagligt. Både förmågan att tänka och vilja tycks hämmade.

## 9. Tankar på döden

Tankar om döden är vanliga under en depression. Man tänker mer än vanligt kring döden som sådan. Många säger sig att det skulle vara bättre att vara död. Ungefär 80 procent av dem som är deprimerade har självmordstankar.

## Andra symtom

Den här listan på symtom i 9 punkter är gjord som ett hjälpmedel för att ställa diagnos. Men det finns också andra vanliga symtom.

*Ängslan och oro för småsaker.* Den som är deprimerad bekymrar sig ofta. Ältar och grubblar. Farhågor odlas. Fantasier om framtida misslyckanden, olyckor eller sjukdomar är vanliga. Självförtroendet är sänkt och en del plågas av kraftig osäkerhet i kontakten med andra.

*Nervositet med kroppsliga symtom* som muskelspänning, svårigheter att slappna av och värk förekommer ofta. Besvär av yrsel, hjärtklappning, svettningar och magbesvär är också vanliga.

Ibland har symtomen vid en egentlig depression s k ”melankolisk dygnsrytm”. Besvären är då genomgående svårast under morgnarna och förmiddagarna, för att sedan successivt minska och vara minst uttalade under kvällarna.

En annan typ av depression, som är något mindre vanlig, kallas ”atypisk”. Den drabbar oftast personer som alltid varit extremt kritik känsliga och beroende av hur andra upplever dem. Vid tecken på avvisande hållning från andra reagerar de ofta på ett kraschliknande sätt. De blir kraftigt nedstämda, får en tyngdkänsla i kroppen, känner sig trötta, sover mer än normalt och tröstäter.



## Diagnosen depression

En egentlig depressionsperiod ska ha minst 5 av de 9 symtom som finns uppräknade i DSM-IV. Att räkna symtom på det sättet kan verka pedantiskt. Men orsaken är att DSM-IV konstruerats för att användas i vetenskapliga sammanhang. I praktiken har de flesta som är deprimerade mer än 5 symtom. Men både 4 och också 3 kan räcka för att man ska anse att det rör sig om en depressionsperiod som bör behandlas. I en egentlig depressionsperiod ska symtomen vara ihållande under en längre tid, minst 2 veckor.

För att ställa diagnosen depression måste man först undersöka om patienten verkligen har en egentlig depressionsperiod, och sedan ta reda på om det också tidigare funnits sådana perioder. Om

patienten inte haft mer än en period lyder diagnosen ”depression, enstaka episod”. Om patienten sammantaget haft två eller flera perioder blir diagnosen ”recidiverande depression” (recidiverande = återkommande).

## Sjukdomsförlopp

Depressionssjukdomen är oftast periodisk, dvs den präglas av återkommande depressionsperioder. Det förekommer att människor bara får en enda period under sitt liv. Men det vanligaste är att nya perioder följer. Det är viktigt att veta att det är så eftersom det påverkar uppläggningsen av behandlingen.

En effektiv behandling förmår inte bara häva en pågående depressionsperiod, utan påverkar troligen också det framtida förloppet. Om en depressionsperiod får blomma ut, är risken att den ökar sårbarheten i nervsystemet och därmed risken för att nya perioder ska utvecklas.

Man antar att den här förmågan hos depressioner att öka nervsystemets känslighet är orsaken till att depressioner tenderar att bli svårare och talrikare med åren. De blir också alltmer automatiska. Vid den första depressionsperioden brukar man kunna finna utlösande orsaker hos drygt hälften av patienterna. Men vid deras nästa depressionsperiod finner man det bara hos en tredjedel. Och därefter blir det ännu vanligare att perioderna kommer automatiskt, som ett slags tidvattenvågor.

Den första depressionsperioden kan inträffa i vilken ålder som helst. Vanligast är att den uppträder i tonåren eller 20-årsåldern. Men det är också vanligt att den uppträder senare. Och helt ovanligt är det inte med depressioner under barndomen.

Utän behandling brukar en period hålla i sig under lång tid. Man har räknat med en genomsnittlig längd på 9 månader. Men perio-

derna kan vara både betydligt kortare och betydligt längre.

Depressionssjukdomens utveckling sett över längre tid varierar. Men tendensen är att depressionsperioderna, om de inte behandlas väl, blir både djupare, längre och mer talrika med åren. Ungefär 20 procent av dem som har obehandlade depressioner går förr eller senare in i en "kronisk depression". Man betecknar en depression som kronisk (kronisk = långvarig) om den fortsätter i mer än 2 år med minst 5 av de 9 symtomen på DSM-IVs lista.

## **Restsymtom**

Många känner inte av några som helst restsymtom mellan sina depressionsperioder. De blir fullständigt återställda också utan behandling. Men för andra kvarstår en lätt sänkning av stämningsläget. Den är viktig att känna igen, eftersom behandlingen ska sikta på att också häva sådana symtom. Många upplever det som en sårbarhet som de inte haft före den första depressionsperioden. De kan känna sig irriterbara och osäkra, ha ett sänkt självförtroende och svårigheter att känna glädje. Man kallar detta för "ofullständig remission" (remission = återgång).

## **Perioder av överaktivitet**

Av dem som har återkommande depressioner utvecklar ungefär 10 procent också perioder av överaktivitet. Under sådana perioder tycks verksamhetslusten och energin flöda. Man griper sig an en mängd projekt, upplever en stegrad självkänsla och ökad kreativitet, känner att tankarna löper snabbt, snabbt grenar ut sig och kanske rusar iväg så att det är svårt att hinna med. Man blir pratsam till överdrift och har ett minskat sömnbehov. Det här tillståndet kan, om stegringen av stämningsläget är lindrig, upplevas som mycket positivt. Men många känner att de bränner ut sig, och en del får plågsamma upple-

velser av kaos och skräck. Många märker att de tappar sina normala spärrar. De förköper sig och tar dumma initiativ i kontakten med andra. Det är svårt att stanna upp och tänka efter. Om människor i omgivningen ifrågasätter, skapar det mest irritation eller ilska. De har därför svårt att bromsa den som utvecklat en sådan hypomani (mild mani) eller mani.

Om stämningläget på det här sättet förskjuts mellan två poler kallas tillståndet bipolär sjukdom. Depressionerna brukar upplevas som det mest plågsamma. Det är också lättast att tala om dem. Men man bör inte förbise den andra typen av maniska eller hypomana perioder. De kan leda till stora problem, och behandlingsuppläggnen blir något annorlunda än då enbart depressionsperioder förekommer.

## **Sociala konsekvenser**

Depression leder till försämrad förmåga att fungera socialt. Oföretagsamheten och stresskänsligheten gör det svårt att arbeta. Ännu svårare brukar det vara att klara hemsituationen, som alltid kräver mer improvisation och flexibilitet. Det är svårt att fatta också enkla beslut och irritabiliteten blir ofta ett problem. Samspelet med närstående fungerar dåligt. Den som är deprimerad har svårt att visa tålmod och omtanke, och ge de små signaler av leenden, uppmuntrande gester och vänliga ögonkast som är nödvändiga för att hålla igång en social samvaro. Frustration och konflikter riskerar att ta överhanden. Det utvecklas lätt en ond cirkel som påverkar depressionen negativt. De närmast anhöriga kan svikta eller bli avvisande. Det emotionella klimatet i relationerna försämras. Alla parter får svårt att balansera sitt beteende. Ömsesidiga beskyllningar blir vanliga. Stresen ökar. Försök att reda ut problem strandar lätt. Man försöker finna förklaringar. Var ligger felet?



## Orsaker

Depressioner kan te sig oförnuftiga och svårbegripliga. Vi kan inte förstå dem genom att bara iakttä oss själva och våra medmänniskor. Ibland kan vi visserligen se svåra livshändelser som orsaker, men de kan ändå bara förklara en del av det hela. Varför varierar t ex människors sårbarhet så mycket? Många drabbas inte av depressioner trots att de har en svår bakgrund, och en del deprimerade tycker att de egentligen alltid haft det ganska bra.

## Sårbarheten för depression

Sådana här skillnader mellan människor är delvis ärftliga. I vissa släkter är depressioner mycket vanliga, i andra mer sällsynta. Men sårbarheten för depressioner ökar också av annat som påverkar hjärnan. Dit hör det normala åldrandet, hjärnskador, sjukdomar som struma, diabetes och B12-brist, hög alkoholkonsumtion och användning av vissa läkemedel. Dessutom påverkas hjärnans sårbarhet av de stressreaktioner som svåra livshändelser för med sig, och den ökar påtagligt av genomgångna depressioner.

Den här sårbarheten beror till stor del på att vår hjärna har ett antal mycket komplicerade regleringsmekanismer. För att förstå det sammanhanget, låt oss först se vad som händer vid en normal emotionell, känslomässig, reaktion.

## Normala emotioner

När t ex personliga misslyckanden får oss att reagera med obehag, är det en reaktion som kommer automatiskt utan att vi planerar det. Obehaget kan vara kraftigt, men reaktionen ter sig ändamålsenlig. Den tvingar oss att stanna upp, tänka igenom vad som hänt och granska oss själva och vår situation. Det blir för en tid svårt att ägna sig åt annat.

Med nya undersökningsmetoder kan man se hur aktiviteten samtidigt ökar i vissa områden i hjärnan. Dit hör de främre delarna av hjärnbarken, och dit hör också strukturer i hjärnans inre, nedanför hjärnbarken. Bland annat finns där ett viktigt område som ser ut som en mandel och som därför kallas amygdala (grekiska ordet för mandel).

## Amygdala och den emotionella hjärnan

Amygdala har en viktig roll vid känslomässiga reaktioner. Den fungerar relativt självständigt och värderar snabbt faror och negativa händelser i vår omgivning. Vi märker inte hur den gör det. Vårt medve-

tande kan inte nå amygdala hur mycket vi än försöker iaktta oss själva. Om amygdala har upptäckt något som hotar oss, aktiverar den hjärnbarken. Och det är då, när hjärnbarken bearbetar informationen, som vi kan uppleva att vi drabbas av känslor. Då aktiveras också minnen, och vår uppmärksamhet dirigeras om.

Mellan amygdala och andra delar av hjärnan går ett stort antal nervbanor. Nätverk av nervkretsar samspelar. Vid en emotionell reaktion drivs dessutom en allmän stressreaktion igång. Hypofysen påverkas. Den utsöndrar ett hormon som stimulerar binjurarna. De ökar i sin tur mängden stresshormon i blodet. Detta leder till att kroppens energiresurser mobiliseras.

### **Att fjädra tillbaka**

En sådan emotionell reaktion är normal och ändamålsenlig, men bara om den följs av en motreaktion som får oss att ”fjädra tillbaka”. Hjärnan är programmerad inte bara för att reagera snabbt och känslomässigt på negativa händelser, utan också för att sedan återgå till ett jämviktsläge. Detta jämviktsläge präglas oftast av lätt överoptimism, utåtriktad uppmärksamhet, energi, företagsamhet och nyfikenhet. En sådan svikt tillbaka fungerar inte vid depression.

### **Återkopplingar**

Ett exempel på hur den normala tillbakafjädringen fungerar är vad som händer efter det att mängden stresshormon ökat i blodet. Ökningen påverkar en liten del av hjärnan som kallas hippocampus (därför att den till formen liknar en sjöhäst). Den svarar med att sända ut signaler till hypofysen, som därefter minskar sin stimulering av binjurarna. Följden blir att binjurarna utsöndrar mindre stresshormon. Liknande återkopplingar sker på många håll i hjärnan. De bidrar till att avbryta de emotionella reaktionerna.

## Justering av känsligheten

Känsligheten i de nervkretsar som deltar justeras dessutom hela tiden. Hjärnan har en mängd mycket komplicerade system som likt termostater reglerar sådant som vår aktivitetsnivå, vår dygnsrytm och vår tendens till känslreaktioner. I den regleringen medverkar ett par mycket speciella nervbanor som utgår från hjärnstammen och som sträcker sig som nätverk genom hjärnan. De verkar genom att utsöndra signalämnen som noradrenalin och serotonin.

## Serotonin och förändringar i hjärnstrukturen

Serotonin, för att nu bara nämna ett av signalämnena, kan verka på många sätt. Det kan justera enskilda nervcellers retbarhet, och göra det relativt snabbt. Det kan också justera de långsamma strukturförändringar som hela tiden pågår i olika nervkretsar. Nervcellers trädliknande utseende ombildas ständigt genom att en del av dess grenar växer ut och andra krymper ihop. Nya förbindelser mellan nervceller skapas och gamla försvinner. På cellernas grenar finns dessutom mottagare (receptorer) som liknar antenner och som fångar upp signalämnena som strömmar mot dem. Dessa receptorer nybildas och tillbakabildas ständigt, ökar och minskar i antal. Mönstret av kontakter i hjärnans nervkretsar anpassar sig på detta sätt till våra erfarenheter och till förändringarna i den yttre situationen.

## Regleringen satt ur spel

Den här regleringen är ytterst komplicerad, och därmed också mycket skör. Den kan inte fungera utan små störningar, och dessa störningar kan lätt öka så kraftigt att funktioner går i baklås.

Regleringen av den finare hjärnstrukturen ser ut att ha misslyckats vid depression. Den ständiga justeringen av kontakterna mellan nervceller har inte kunnat åstadkomma en bättre anpassning till den

yttre situationen, utan tvärtom lett till en ökad oförmåga att hantera den. Många typer av receptorer på cellytorna ter sig utbrända. Främre delen av vänster hjärnhalva ser ut att ha hamnat i ett utmattningstillstånd med kraftigt minskad aktivitet. De nervceller i hippocampus som normalt svarar på stresshormonstegringen har tagit skada och kan inte reagera som tidigare. Mängden stresshormon ökar därför till extremt hög nivå och kan inte justeras ned till normal nivå igen. De klockor i hjärnan som styr dygnsrytmen kan inte längre samordnas med varandra.

Hjärnan klarar inte längre att gå tillbaka till sitt normaltillstånd, och depressionen tycks nu leva sitt eget liv. Det går inte att ”rycka upp sig” ur den. Det tar i varje fall mycket längre tid än vad som skulle vara ändamålsenligt.

Först efter veckor, månader eller år börjar hjärnans förmåga att återgå i normal aktivitet återvända. Symtomen på depression tonar då bort. Men sårbarheten för depression har som regel blivit större än tidigare. Nya depressionsperioder följer därför ofta, och överaktiviteten i amygdala brukar finnas kvar.



## Behandlingsmöjligheter

Numera kan depressioner behandlas med mycket goda resultat. Med korrekt behandling kommer de flesta helt ur sin depression, och framtida perioder kan förebyggas.

Nya mer skraddarsydda läkemedel har tagits fram. Teknik för ljusbehandling har tillkommit. Specifika psykoterapier har utvecklats. Kunskapen om hur olika behandlingsmetoder ska användas och kombineras har också ökat.

Dessutom har kunskapen fått en bredare spridning. Läkare lyckas bättre med att ställa diagnosen. Den ställdes dubbelt så ofta 1997 som 1990. Men det är fortfarande vanligt att depressioner inte diagnosticeras. Och utan korrekt diagnos blir behandlingen ineffektiv.

Många som har en egentlig depression söker hjälp för besvär som de har svårt att tolka. De tänker inte själva på att de kan vara deprimerade. Och besvären kan vara svåra att beskriva i sin helhet. De riskerar att inte få rätt diagnos, och följderna blir oftast att behandlingsförsöken kommer att riktas mot någon av depressionens yttringar. De kan då t ex få sömnmedel mot sömnsvårigheterna, lugnande medel mot oron eller magkatarrmedicin mot magbesvären.

Symtomen kan också förväxlas med den reaktion som kan drabba människor som utsatts för svåra motgångar eller förluster. Råd och stöd ges på ett sätt som kan vara värdefullt vid normala krisreaktioner, men som inte fungerar vid verklig depression om de inte samordnas med medicinering. Ibland tolkas besvären som symtom på ”neuros”, och inte så sällan inleds en ambitiös samtalsterapi, som sedan visar sig resultatlös.

De metoder man har för behandling av depression är specifika, och har en genomgripande effekt som märks på ett helt annat sätt än om patienten enbart får symtomdämpande mediciner eller stödjande samtal.

Behandlingsmetoderna är visserligen många, men man kan inte välja hur som helst mellan dem. Ljusbehandling t ex är framför allt effektivt vid typiska vinterdepressioner.

Den följande beskrivningen av depressionsbehandling handlar till stor del om läkemedel. Antidepressiva läkemedel har en helt dominerande roll i modern behandling. En del patienter och anhöriga blir förvånade över det, känner intuitivt att det måste vara fel med läkemedel. Frågan tas därför upp mer ingående i ett senare avsnitt.



## En historisk tillbakablick

Depressionssjukdomen har följt mänskligheten genom dess historia. Den har haft många namn, bl a "melankoli", vilket betyder "svart galla". Man trodde länge att sjukdomen hade att göra med "den svarta gallan" och försökte behandla den med olika dieter och droger. Men utan att lyckas. I början av 1900-talet kunde man med vissa läkemedel dämpa den deprimerades ångest och sömnsvårigheter, inte mer. Det var först på 1950-talet som genombrotten började komma.

I början av 50-talet provade man ett nytt läkemedel för behandling

av tuberkulos. Det visade sig inte vara särskilt effektivt mot patientens lungsjukdom. Men man gjorde en oväntad upptäckt. Patienter som varit nedstämda blev gladare och rörligare. Av en slump hade man tagit fram det första läkemedlet som var effektivt mot depression. Medlet hette iproniazid och var en stark MAO-hämmare.

MAO är ett ämne som finns i nervceller och som håller nere mängden av en del signalämnen, bl a serotonin och noradrenalin. Ett läkemedel som hämmar MAO får motsatt effekt. Mängden av dessa signalämnen ökar.

Ett antal MAO-hämmande läkemedel framställdes. Många var mycket effektiva, särskilt mot depressioner som präglades av kraftig trötthet, ökad sömn, ökad aptit och ökad känslighet för andras attityder. Men preparaten hade också allvarliga biverkningar som kunde utlösas av en del födoämnen. Patienter som medicinerar med dessa läkemedel måste därför hålla diet.

På senare år har man lyckats kringgå det problemet. Så kallade MAO-A-hämmare har framställts. Ett sådant medel, Aurorix, har registrerats i Sverige. Patienterna behöver inte hålla diet och vara rädda för de blodtrycksförhöjningar som de traditionella MAO-hämmarna kan ge. Men det är osäkert om preparatet har samma kraftfulla effekt och specifika verkningsprofil som de traditionella MAO-hämmarna.

## **De tricykliska antidepressiva läkemedlen**

På 1950-talet prövades ett annat nytt läkemedel (imipramin). Man tänkte sig att det skulle kunna användas vid behandling av schizofreni. Men det fungerade inte på de schizofrena symtomen så som man hoppats. Istället kunde man se något som man inte väntat sig. De som var deprimerade kom ur sin depression under medicineringen.

Efter denna upptäckt gick utvecklingen snabbt. Imipramin började säljas som antidepressivt medel under namnet Tofranil. Man försökte få fram ännu bättre medel genom att göra små förändringar i den kemiska strukturen. På så sätt kom en mängd nya läkemedel till. Antalet preparatnamn blev stort. Förutom Tofranil: Tryptizol, Saroten, Sensaval, Surmontil, Anafranil osv.

Kemiskt sett är de här preparaten mycket lika varandra. De är som syskon i en familj, som kommit att kallas ”tricykliska antidepressiva”. De är också ganska lika varandra då det gäller verkningar och biverkningar. De har även likheter med nyare preparat. Behandlingsprinciperna som gäller för de tricykliska preparaten, t ex inledningen med låga doser, gäller också för mer moderna medel.

## **Att undvika biverkningar**

Medan den positiva effekten av antidepressiva läkemedel börjar märkas först efter några veckors medicinering, är det tvärtom med biverkningarna. De är mest kännbara i början av medicineringen, och minskar sedan successivt. Det tar en viss tid innan nervsystemet ställer om sig, så att biverkningarna minskar och den positiva effekten framträder.

I normala doser av dessa preparat behöver man inte vara rädd för några farliga biverkningar, t ex för att olika organ i kroppen ska ta skada. Inte heller behöver man vara rädd för beroende. Antidepressiva medel är inte beroendeframkallande.

Däremot kan de tricykliska medlen ge olika obehag som trötthet, yrsel, muntorrhet, svårigheter att kasta vatten, förstoppning, ökad aptit och viktuppgång. De flesta av de här biverkningarna avtar visserligen efter en tid, men för många som medicinerar med dem fortsätter obehagen att vara betydande. Det kan då vara klokast att byta preparat. Medicineringen får inte bli ett självplågeri.



## Nya behandlingsmöjligheter

Då det första tricykliska preparatet (Tofranil) började användas, visste man inte mycket om hur det påverkade hjärnan. Men att det hade märkliga effekter var uppenbart, och en intensiv forskningsverksamhet drogs igång.

Numera vet man att de tricykliska preparaten påverkar flera av hjärnans sk signalämnen. De flesta av dessa omedelbara effekter är troligen helt onödiga. De kanske mest ger biverkningar. Men två av effekterna, de på signalämnena noradrenalin och serotonin, har

säkerligen med de positiva resultaten att göra. Sådana slutsatser ledde till att man började försöka framställa läkemedel med mer renodlade effekter.

Intresset kom alltmer att koncentreras till serotonin. Banor av nervceller som använder serotonin som signalämne, fungerar som ett slags termostat i hjärnan. De tycks reglera upplevelsen av obehag och behag, aktivitetsnivån, sömnen, aptiten, smärtkänsligheten osv. Troligen leder en låg serotoninfunktion i hjärnan lätt till olika psykiatriska sjukdomstillstånd, främst depression. Men det kan också vara helt andra regleringsmekanismer i hjärnan som fungerar dåligt och som leder till depression, medan serotoninbanorna kanske mest motverkar den störning som uppstått. I vilket fall har serotonin uppenbarligen med saken att göra.

## **Selektiva serotoninupptagshämmare**

En grupp nya preparat utvecklades. De kallas ”selektiva serotoninupptagshämmare”. (För att uttrycka det enklare kallas de ofta för SSRI, förkortningen av det engelska ”Selective Serotonin Reuptake Inhibitor”). De är skraddarsydda för att nästan enbart påverka serotoninfunktionen i hjärnan. Andra signalsystem lämnas till största delen ifred. Problemet med biverkningar är därför mycket mindre än med de tricykliska preparaten. De flesta patienter känner inte av några eller bara obetydliga biverkningar.

Men biverkningar förekommer. I början av medicineringen känner en del illamående och somliga kan få sömnsvärigheter. Om man börjar med tillräckligt låg dos blir det emellertid sällan något egentligt obehag.

Vid höga doser får en del besvär av sömnhet och ökad sömn. Det kan göra det nödvändigt att sänka dosen. Sexuella svårigheter, främst i form av minskad sexuell lust och svårigheter att få utlösning eller orgasm, förekommer.

I Sverige registrerades i snabb följd fem selektiva serotonin-upptagshämmare: Cipramil (citalopram), Fevarin (fluvoxamin), Fontex (fluoxetin), Seroxat (paroxetin) och Zoloft (sertralin). Det som står före parenteserna är de försäljningsnamn som preparaten hade då de registrerades. På varje förpackning som säljs anges dessutom namnet på den aktiva substansen. Det är namn som här står inom parentes. Senare har ett preparat registrerats som innehåller vänsterformen av citalopram-molekylen, escitalopram (Cipralext).

Sedan patenttiden gått ut för de fyra första av de här preparaten, kan också andra företag sälja samma substans, men då med andra försäljningsnamn. När detta skrivs har antalet sådana namn blivit stort och växlar också relativt snabbt. Namnen på substanserna är emellertid oförändrade.

## Läkemedlens molekyler kan liknas vid våra händer

Många föreställer sig att ett läkemedel bara kan renas så långt att den aktiva substansen består av en bestämd kemisk molekyl. Men riktigt så är det inte. Ett läkemedel består av molekyler som har en tredimensionell form. De kan liknas vid våra händer. Vi har inte en utan två händer, en högerhand och en vänsterhand. Och det är bara en av dem som passar in i en högerhandske.

Liknelsen är träffande eftersom naturen utnyttjar molekylernas tredimensionella form på samma sätt. Ett signalämne är t ex en molekyl som ska passa som hand i handske i kontaktpunkterna (receptorer) på den mottagande cellen. Här är det bara endera höger- eller vänsterformen av molekylen som passar in. I naturens levande organismer produceras därför bara den version som har rätt passform.

Många av dagens läkemedel innehåller en blandning av höger- och vänsterformer. Det kan få till följd att bara hälften av molekylerna har den önskade effekten. Den andra hälften kan vara en oskyl-

dig följeslagare som inte har någon effekt alls. Men den kan också ha effekter som man inte önskar sig. Den kan ge biverkningar och den kan blockera utrymmet för sin syskonmolekyl. Därför vill man att framtida läkemedel enbart ska innehålla den av molekylen två spegel-former som har de önskade effekterna.

Cipramil innehåller citalopram-molekyler i en blandning som till hälften består av vänsterformen, S-citalopram (escitalopram), och till hälften av högerformen, R-citalopram. Det är den förra som är den effektiva serotoninupptagshämmaren. Den finns nu renframställd i Cipralex.

### **Vad är det som åstadkommer den antidepressiva effekten?**

Vi vet något så när vad olika antidepressiva läkemedel gör då de kommer in i hjärnan. Cipralex, som är den mest selektiva av serotoninupptagshämmarna, verkar i stort sett bara på ett sätt. De nerver som utsöndrar signalämnet serotonin påverkas. De hindras från att suga tillbaka en del av det serotonin som de duschat ut över intilliggande nervceller. Mängden serotonin som verkar på serotoninreceptorerna (mottagarna) ökar därmed. Den förändringen sker inom en timme efter det att man tagit en första tablett.

Men varför hävs inte depressionen lika snabbt? Det brukar ju kräva flera veckors daglig medicinering. Serotoninupptagshämmningen tycks sätta igång en kedjereaktion som först så småningom häver depressionen.

De nervceller som stimulerats av serotoninökningen påverkas på många sätt. Deras förmåga att reagera på signaler från andra delar av nervsystemet ändras. Senare leder den ökade serotoninstimuleringen också till att mönstret av kontakter mellan nervcellerna justeras i de nervkretsar som berörs. Kanske är det detta som orsakar den antidepressiva effekten.



Men det tycks vara möjligt att nå en sådan sluteffekt längs många vägar. Ett exempel är det antidepressiva medlet Edronax. Det påverkar, åtminstone inledningsvis, inte serotoninssystemet, utan noradrenalinssystemet, som är ett annat av hjärnans reglerande system.

Olika behandlingsmetoder som är effektiva mot depression kan skilja sig mycket från varandra när det gäller den inledande effekten. Men slutresultatet kan ändå bli detsamma. Struktur och känslighet i vissa nervkretsar justeras så att stämningsläge, aktivitetsnivå och dygnsrytm åter regleras normalt.

## Läkemedel med flera angreppssätt

Utvecklingen av selektiva serotoninupptagshämmare medförde ett stort steg framåt för de praktiska möjligheterna att behandla depressioner. Ganska snart därefter lanserades också andra typer av antidepressiva läkemedel. De flesta av dem har inte en enda utan två eller flera direkta effekter på hjärnans serotonin- och noradrenalin-system. Efexor t ex är en upptagshämmare som verkar selektivt både på serotonin- och noradrenalinssystemet. Läkemedel som Remeron påverkar direkt vissa av de receptorer (mottagare) som normalt fångar in och reagerar på serotonin eller noradrenalin.

Man kan tänka sig att läkemedel som på det här sättet verkar via flera angreppssätt borde ha en mer kraftfull antidepressiv effekt än de som bara har en enda direkt effekt. Men det har hittills varit svårt att påvisa säkra skillnader. De vetenskapliga studier som publicerats är inte tillräckliga om man vill försöka peka ut ett bästa preparat. Intryck från praktiskt patientarbete är inte att ett preparat generellt är bättre än ett annat. När patienter får byta preparat och själva finna ut vad som fungerar bäst för dem, visar det sig ofta att en patient föredrar ett visst preparat medan en annan föredrar ett helt annat. Individer är olika. Positiva effekter och biverkningar gör sig gällande på olika sätt.

Det går inte att i förväg säga vad som kommer att fungera bäst för en viss patient. Det gäller istället att ha en långsiktig plan för att kunna pröva sig fram när det behövs. Det medel som väljs när en antidepressiv behandling inleds handlar mest om vad en läkare blivit förtrogen med. Man bör välja ett preparat som brukar vara effektivt och som inte brukar ge besvärande biverkningar. Därefter gäller det att ha tålamod. Man ska veta att man kan känna av biverkningar i det inledande skedet och att de brukar börja klinga av efter några dagar, och att det kan dröja flera veckor innan positiva effekter framträder. Det är möjligt att det kan visa sig att man bör byta preparat så småningom. Men gör man det för snabbt är det svårt att dra några slutsatser från det man gör.

## Den inledande doseringen

För att undvika de obehag som många kan känna i början av medicineringen ska man börja med en relativt låg dos och sedan, om så behövs, höja den långsamt. Då det gäller Ciprallex kan de flesta börja med 10 mg per dag, t ex till frukost. Om man är rädd för att drabbas av inledande biverkningar kan man starta med en halv tablett (5 mg) per dag. Om den dosen inte ger några nämnvärda obehag under de första dagarna, höjer man dosen till en tablett, dvs 10 mg.

Efter 2–3 veckor brukar man börja ana en förbättring. Vissa personer märker det emellertid inte ens då. Det kan ta upp till 4–6 veckor, ibland ännu längre tid.

Den fortsatta förbättringen utvecklas som regel snabbare, men oftast tar det ytterligare några veckor innan depressionen är helt hävd. Efter de första 4 veckorna brukar det vara lämpligt att justera dosen så att medicineringen blir tillräckligt effektiv. Ofta blir slutdosen 10–20 mg per dag.

Målet är inte att uppnå en på förhand given dos. Vad som är den effektivaste dosen varierar så kraftigt från patient till patient att man

måste pröva sig fram. Målet med dosjusteringarna är att uppnå ett *fullständigt* hävande av depressionen. Det är detta, och inte dosen i sig, som måste vara rättesnöret.

För att kunna styra behandlingen så att den leder till en fullständig och stabil förbättring är det viktigt att följa förändringarna av symtombilden. Dagboksanteckningar är ofta till hjälp. Man kan skriva ned en lista över de symtom man har, och ”pricka av” hur de förändras.

Alla depressionssymtom ska försvinna helt, det är målet. Förbättringen kan visa sig på många sätt:

Förmågan att känna verklig glädje, lust och intresse ska återkomma. Man ska känna sig piggare, bli mer aktiv och kunna uppleva arbetsglädje. Många upplever en ökad inre styrka. Självförtroendet förbättras. Man ska känna sig lugnare, ha bättre tålamod, kunna uppleva harmoni, sova hyggligt, äta normalt och kunna hantera motgångar och svårigheter på ett helt annat sätt än under depressionsperioden.

Ett vanligt fel vid depressionsbehandling är att man nöjer sig med att konstatera en viss förbättring, trots att en lätt sänkning av stämningläget kvarstår i form av t ex irritabilitet och sårbarhet. Man riskerar då att hamna i ett kroniskt tillstånd av milda depressionsymtom.

## **Om resultatet blir otillfredsställande**

För tillfredsställande behandlingsresultat krävs tillräcklig dos. Eftersom den varierar kraftigt, måste man pröva sig fram, och vara beredd att höja dosen om den önskade behandlingseffekten uteblir. Om man trots hög dos inte får de resultat man vill ha, bör man antingen prova med att byta preparat eller kombinera olika läkemedel.

Byter man preparat kan det vara lämpligt att pröva ett medel som ger direkt effekt på såväl serotonin- som noradrenalinsystemet. Man kan t ex pröva upptagshämmaren Efexor. Då man kombinerar preparat försöker man lägga till ett läkemedel som har en annan

verkningsmekanism än det första. Lämpliga tillägg till serotoninupptagshämmare kan vara:

*Remeron.* Det finns många typer av receptorer (mottagare) för noradrenalin och serotonin. Vissa av dem blockeras av Remeron, ett medel som inte är en upptagshämmare. En fördel med Remeron är att det ofta förbättrar sömnen, en nackdel är att det kan ge en aptitökning och icke önskad viktuppgång.

*Buspar.* Detta läkemedel stimulerar en speciell typ av serotoninreceptorer. Det kan därmed öka en del av serotoninfunktionen. Många fallbeskrivningar tyder på att man kan få bukt med svårbehandlade depressioner genom att använda Buspar som ett tillägg till ett serotoninupptagshämmande medel. Men en vetenskaplig studie visar att mycket av en sådan förbättring också kan bero på att man med psykologiska medel motverkar uppgivenhet och förmedlar hopp. Den psykologiska delen av antidepressiv behandling är alltid viktig.

## **Hur länge ska man medicinera mot en depressionsepisod?**

De flesta patienter förbättras relativt snabbt efter den inledande medicineringen på 2–4 veckor. När de senare känner sig helt besvärsfria, uppkommer frågan om de ska fortsätta med tablettorna, och i så fall hur länge.

Problemet är att det är en långvarig förändring i hjärnan, som givit upphov till depressionssymtomen. Medicineringen fungerar som en motvikt och kan få de flesta helt besvärsfria. Men för att vidmakthålla den balansen, måste medicineringen fortsätta så länge de depressionsframkallande förändringarna i hjärnan kvarstår.

Om man slutar medicinera på ett för tidigt stadium, återkommer depressionssymtomen. Många patienter råkar ut för det. De slutar med tablettorna eftersom de känner att de fungerar normalt och utan besvär. De upplever medicineringen som onödig och har kanske inte fått fullständig information.

För att undvika sådana här återfall, rekommenderas en fortsatt medicinering med oförändrad effektiv dos under minst 6 månader efter förbättringen.

## **Förebyggande behandling**

För att motverka framtida depressionsperioder är det för det första viktigt att häva den aktuella perioden så effektivt som möjligt. Risken är annars att hjärnans sårbarhet för framtida depressionsperioder ökar.

För det andra bör man satsa på en förebyggande medicinering om depressionsperioder visat sig vara återkommande. Världshälsorganisationen har rekommenderat förebyggande medicinering om man under den senaste 5-årsperioden haft tre eller fler depressionsperioder.

Tidigare var man i behandlingen av depression oftast ensidigt inriktad på att häva den aktuella depressionsperioden. När nya perioder kom fick patienterna åter börja medicinera. Man hade inte förstått vikten av förebyggande medicinering.

Nyare forskningsrön har lett till att perspektivet ändrats helt. Idag uppfattar man depression som en oftast mycket långvarig, ja i princip livslång sjukdom, som har symtom som uppträder i perioder. Om sjukdomen visat sig med flera perioder, bör man medicinera oavbrutet under många år. Ofta bör medicineringen vara livslång. Den ska sikta på att vidmakthålla ett normalt stämningsläge mer än att behandla återkommande depressionsperioder.

Att läkare tidigare ordinerade antidepressiva läkemedel bara under perioder, berodde till stor del på att man då inte visste bättre. En annan orsak var besvären med de biverkningar som de tricykliska preparaten gav. Det var svårt att i längden stå ut med muntorrhet, förstoppning och annat. Att den nya generationen läkemedel har så



pass få biverkningar är därför mycket gynnsamt. Under en förebyggande långtidsmedicinering bör man helst inte känna av några biverkningar över huvud taget.

Den dos som man bör använda vid förebyggande medicinering är troligen densamma som den som krävdes vid behandlingen av den senaste depressionsperioden. Den dos man blev bra på, ska man alltså fortsätta med. Samtidigt kan det vara svårt att säkert veta vilken dos som behövdes under depressionsperioden. Den man tog kanske var onödigt hög. Men i praktiken är det sällan svårt att komma fram till vad som är lämplig dos för långtidsbehandlingen. Också här gör man så småningom försiktiga dosjusteringar.

Många uppfattar talet om ”livslång medicinering” som något mycket negativt. Rent praktiskt behöver det inte vara det, och det hela är heller inte märkligare än behandlingen av många andra kroniska sjukdomar. Men om man ändå upplever det så, kan man alltid nöja sig med att ta en tidsperiod i sänder. Det viktiga är i vilket fall att man kommer överens med sin läkare om en långsiktig och regelbunden kontakt.

Om man efter några års besvärsfrihet vill pröva att sätta ut preparatet, bör det göras mycket långsamt, eftersom ett eventuellt misslyckande inte bör tillåtas bli för plågsamt. Ett år kan betraktas som en lagom lång tid för ett utsättningsförsök.

Litium används sedan länge som förebyggande medicinering vid bipolär sjukdom. Har man haft någon period med påtaglig överaktivitet kan litium vara att föredra framför antidepressiva läkemedel. Men också vid en ren depressionssjukdom fungerar ofta litium mycket bra som förebyggande medel. Det läkemedel som oftast används heter Lithionit.



## Andra behandlingsmetoder

### Ljusbehandling

Många människor drabbas av depressioner som ständigt, år efter år, infinner sig under den mörka årstiden. Dessa depressioner börjar ofta under en viss bestämd höstmånad och försvinner lika punktligt en viss tid under senvintern eller våren. Under sommarhalvåret är de flesta besvärsfria.

Sådana vinterdepressioner kännetecknas också av att besvären ökar under mulna och mörkare dagar, och av att de minskar eller försvinner om man gör en resa till soliga trakter. Många sover och äter mer än normalt under depressionsperioderna.

För patienter med den här typen av depression kan ljusbehandling vara den effektivaste behandlingen. Under vinterhalvåret behöver de dagligen, eller nästan dagligen, ett tillskott av ljus för att fungera normalt. Det finns speciella lysrör och ljuskärmar att köpa.

För att pröva ljusbehandlingens effekt kan patienter på många psykiatriska kliniker erbjudas att sitta i ett ljusrum eller använda någon annan ljuskälla. Efter ganska kort tid brukar man märka en tydlig förbättring om ljusbehandling är rätt behandlingsmetod. Är den det, blir det sedan nödvändigt att ordna ett sådant dagligt tillskott av ljus för de kommande mörka årstiderna. Det lämpligaste kan vara att man själv köper en utrustning som man kan ha i hemmet.

## ECT

Elbehandling eller ECT (Electro Convulsive Treatment) är den äldsta av de effektiva behandlingsmetoder som finns inom psykiatrin. Den är mer än 60 år gammal.

Tidigt kom den i vanrykte. När det visade sig att metoden var effektiv vid depressioner och manier, använde man den också vid de flesta andra psykiatriska sjukdomar, mot vilka man då inte hade någon effektiv behandling. Misslyckandena blev därför många.

Till vanryktet bidrog också att ECT på den tiden gavs utan narkos och muskelavslappande medel. Det såg skrämmande ut. Föreställningar spreds också om att elbehandling syftade till att framkalla chock- och skräckupplevelser.

Men med dagens teknik är ECT en tekniskt avancerad och mycket skonsam behandling som ges under narkos. Man ger som regel 2–3 behandlingar i veckan och sammanlagt 6–8 behandlingar.

ECT är ofta den mest effektiva av alla antidepressiva behandlingsmetoder och numera använder man den framförallt när läkemedelsbehandling inte ger tillfredsställande resultat.

Ett problem med ECT är att effekten inte sitter i så länge som man skulle önska. Risken för återfall är stor. Det är därför nödvändigt med uppföljande antidepressiv medicinering.

## Psykoterapier

Länge trodde man att det fanns två typer av depressioner, psykogena och endogena. Den första antogs orsakad av motgångar, konflikter eller liknande psykiska påfrestningar, och skulle därför, trodde man, behandlas med psykoterapi. Den andra antogs ha "inre" orsaker, förändringar i hjärnans funktion, och skulle därför behandlas med läkemedel.

Men snart visade det sig att läkemedel fungerade lika bra antingen man kunde finna psykiska orsaker till depressionen eller inte, medan vanlig psykoterapi oftast gav dåliga behandlingsresultat också då man tyckte sig se klara psykiska orsaker. Det gick inte att skilja ut två typer av depression så som man tänkt sig.

Många deprimerade som inte förbättrats i långvarig psykoterapi, visade en snabb förbättring sedan de börjat medicinera. Många psykiatrer drog slutsatsen att psykoterapi måste vara verkningslöst vid depressionsbehandling.

Under de senaste årtiondena har emellertid två nya mer skräddarsydda psykoterapier utvecklats, vilka har visat sig vara verkningsfulla.

Men, frågar sig en del, om nu depressionssjukdomen orsakas av en sårbarhet i vissa system i hjärnan, t ex av en svag funktion i serotoninsystemet, hur skulle då psykoterapi kunna påverka detta? Vi hamnar lätt i ett antingen-eller-tänkande. Hos de flesta som är inne i en depressionsperiod, påverkas stämningsläget ständigt, liksom hos den friske, av händelserna i omvärlden, i varje fall om depressionen inte är mycket djup. Det är därför rimligt att tänka sig att psykologiska metoder också kan användas i behandlingen.

De två nyare psykologiska behandlingsmetoderna kallas ”kognitiv terapi” och ”interpersonell terapi”.

*Kognitiv terapi* tar fasta på den deprimerades negativa tankar och föreställningar. Negativa tankar är inte bara symtom på en depression. Tankarna i sig påverkar också stämningsläget, känslan av oro, oföretagsamheten osv. I den kognitiva terapin lär man sig att bemöta sina egna negativa tankemönster med förnuftsresonemang.

Man brukar också ta upp frågor om hur depressionen påverkar patientens beteende och i vad mån detta beteende kan förvärra depressionen. Oföretagsamhet, sängläge och utsuddad dygnsrytm kan t ex öka depressionens djup. Går det att upprätthålla någon form av vardagsrutiner utan att kraven känns övermäktiga? När man under kognitiv terapi också tar upp sådana frågor om beteendet och försöker påverka det brukar man tala om *kognitiv beteendeterapi*.

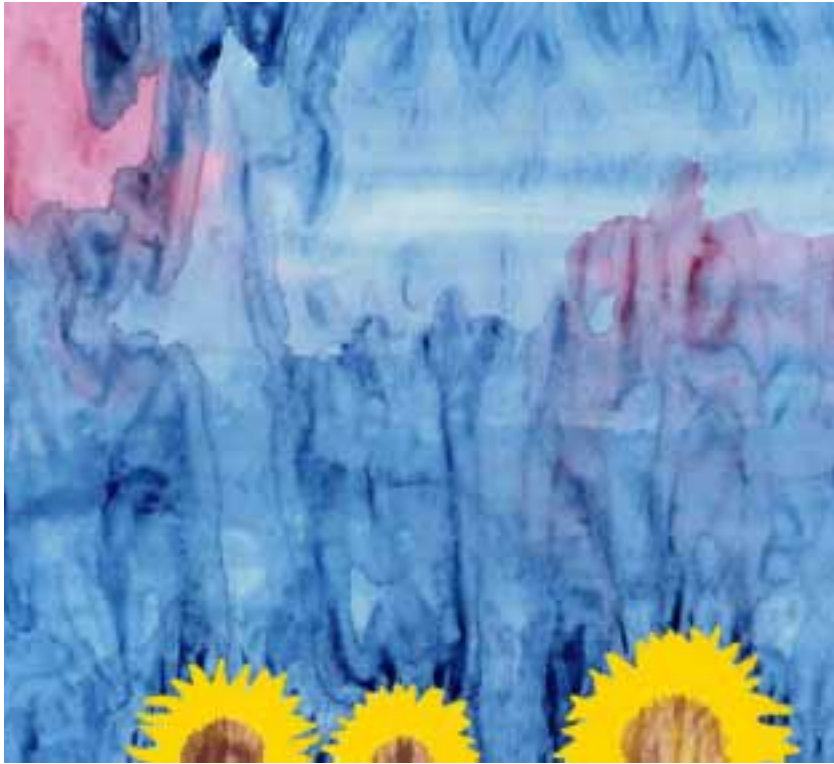
*Interpersonell terapi* arbetar med patientens beteende i relation till andra, framförallt de närstående. Pessimismen, passiviteten, irritabiliteten och annat som präglar depressionen, påverkar kontakten med andra och skapar problem. Svårigheter i relationer, oavsett orsaken, fördjupar lätt depressionen och kan bidra till att utlösa depressionsperioder.

I behandlingen kartläggs de relationsproblem som finns och man väljer att arbeta med något eller några av dem. Arbetet går ut på att skapa mer konstruktiva sätt att hantera situationerna, förändra det depressiva sättet att tänka, känna och handla.

De två psykoterapimetoderna är knappast effektivare än läkemedelsbehandling. En stor amerikansk studie tyder på motsatsen. Men här är inte det väsentliga vad som är effektivast, utan att själva kombinationen av läkemedelsbehandling och en effektiv psykoterapi kan ha stora fördelar för många. Dessutom finns det situationer, t ex pågående graviditet, där det kan vara klokt att försöka utan läkemedel.



*Psykodynamisk terapi* är den vanligaste psykoterapimetoden i Sverige. Mer än i kognitiv och interpersonell terapi betonas här frågor om omedvetna motiv i sättet att agera. Den är mindre direkt och praktiskt inriktad, undersöker mer individens utveckling och handlar mer om möjligheten att nå insikt om de omedvetna strategier som utvecklats för att hantera pressande situationer. Kanske har t ex en persons undfallenhet och orimliga krav på sig själv till slut lett till allt större svårigheter att hantera problem och bidragit till att depressioner utvecklats. Många har funnit att de haft nytta av psykodynamisk terapi. Det gäller också personer som har återkommande depressioner. Tyvärr finns det inte någon vetenskaplig utvärdering av vad psykodynamisk terapi kan ha för specifikt värde vid behandling av depression. Men det finns skäl att tro att denna psykoterapi-metod kan ha ett värde för många som komplement till behandling med läkemedel.



## Medicinering – kan det lösa problem?

Det mesta av det som skrivs och sägs om depressionsbehandling handlar om medicinering. Detta upplevs av många som onaturligt. En depression ter sig ofta så alldaglig och kopplad till livets normala påfrestningar, att eventuell medicinering verkar främmande. ”Man kan väl inte lösa problem med hjälp av mediciner”, säger en del.

Förmågan att lösa svårigheter och problem är något så centralt i hela problematiken, att det är värt att ägna den frågan extra utrymme.

Jämfört med övriga däggdjur, har människan en enastående förmåga att anpassa sig till förändringar i omgivningen. Människans förmåga att lösa problem har gjort henne oerhört flexibel och framgångsrik i försöken att förändra sin livsmiljö.

Orsaken är inte bara att människohjärnan klarar av ett intelligent logiskt tänkande. Människans färdigheter beror också på hur hennes långsiktiga och medvetet utformade tankar och planer samordnas med känslomässigt färgade reaktioner och stämningar. Olika emotionella reaktioner riktar in vår uppmärksamhet och vårt beteende. Och finstämda förskjutningar i stämningsläget styr vår tendens att reagera med vissa typer av emotionella reaktioner. Parallellt med det regleras vår aktivitetsnivå. Det är förskjutningar som anpassas till situationerna i omgivningen.

Alltefter förändringarna i den yttre situationen inriktas beteendet ömsom på en avvaktande, passiv och reflekterande återhållsamhet, och ömsom på en aktiv, engagerad, beslutsam och risktagande aktivitet. I vissa tider krävs eftertanke och återhållsamhet. I andra tider initiativ och beslutsamhet.

## **Problemlösning och förskjutningar i stämningsläget**

Det vi brukar kalla ”stämningsläget” är en del av vår beredskap för handling. Tidvis sänks det och tidvis höjs det. Det bidrar till att vi under vissa perioder tenderar att avstå från det förhastade och att vi under andra perioder är mer benägna till entusiasm och energisk aktivitet.

I olika motgångar och besvikelser ter det sig naturligt att vi först upplever en känsla av obehag och att det följs av en sänkning av stämningsläget. Känsloläget tvingar oss att tänka och grubbla kring det som hänt. Eventuellt kan vi känna oss försatta in i ett tvångsmässigt och meningslöst ältande kring problem. Vi kan uppleva hur vi vrider

och vänder på frågorna. Senare kan vi ofta se hur detta ändå lett till något meningsfullt och värdefullt: komplicerade frågor mognar.

I nästa fas är det naturligt att vår uppmärksamhet börjar koncentreras på frågan om hur vi ska kunna förändra situationen. Stämningssläget börjar höjas. Obehaget som fått oss att stanna upp tonas ned och energi mobiliseras för att lösa problemen. Vi måste då kunna koppla bort och skjuta undan andra mindre angelägna problem.

I en sista fas kan stämningssläget höjas ytterligare. Vi ska då kunna fatta beslut och våga ta oss an också obehagliga uppgifter, våga ta risker, ha energi och självtillit. Och slutligen måste vi vara uthålliga och målmedvetna i det vi gör.

## **Depression och mani**

Så länge dessa förskjutningar i stämningssläget (de olika beredskapslägena för handling) sker normalt och ändamålsenligt, tänker vi inte mycket över det hela. Vi uppfattar det bara som naturligt. Men vid en egentlig depressionsperiod eller en manisk episod är förskjutningarna i stämningssläget förstärkta och dåligt anpassade till den yttre situationen. De är definitivt inte ändamålsenliga.

## **Depressionsperiodens effekt på problemlösandet**

De flesta som är deprimerade upplever starkt att problem hopar sig, samtidigt som det tycks omöjligt att ta sig an problemen. Farhågorna och bekymrandet får det mesta att te sig mörkt och påträngande. Det är svårt att skilja mellan väsentligheter och bagatellfrågor. Det går inte att koncentrera sig på en fråga i sänder och inte att koppla bort det som borde vara bagateller. Obeslutsamheten, bristen på företagsamhet och känslan av otillräcklighet hindrar dessutom de initiativ som krävs. Det känns svårt att ta itu med något. Förmågan att vara aktiv, beslutsam och energisk saknas.

## Problemlösande vid en manisk period

Depressionsperiodens motsats, en manisk period, försvårar också möjligheterna att lösa problem. Men på ett helt annat sätt. En manisk period kännetecknas av kraftigt ökad energi och företagsamhet. Den som är manisk tar sig oftast an en mängd projekt, har ett stegrad självförtroende, fattar snabba beslut, tar risker till överdrift, gör saker snabbt och utan att tänka sig för i förväg. Det mesta blir orealistiska projekt. Mycket dras igång som inte kan slutföras och mycket av det som blir gjort löser inte problem, utan skapar nya. Den nödvändiga eftertänksamheten och förmågan att stanna upp saknas.

## Sjukliga och normala förskjutningar av stämningläget

Både depressionen och manin kan göra det lättare för oss att förstå vad det normala pendlandet i stämningläget betyder för vår förmåga att lösa problem.

I depressionerna känner vi igen de obehag och den uppbromsning som är till nytta för oss efter negativa händelser. Men vid en depression är det som om detta reaktionsmönster fastnat. ”Depressionen lever sitt eget liv”. Den blir långvarig, drivs till ytterlighet och blir destruktiv, långtifrån ändamålsenlig.

I manin känner vi igen den entusiasm och energi som så ofta hör samman med mänsklig kreativitet. Men vid manin drivs detta beteendemönster till det extrema. Det blir onormalt långdraget och skadligt istället för ändamålsenligt.

## Normalt – sjukligt. Var går gränsen?

Vissa händelser sänker normalt stämningläget, t ex en förlust av någon närstående eller upprepade motgångar. Andra händelser höjer genomgående stämningläget, t ex framgångar och uppskattning från andra.



Lika välkänt för alla är att svåra påfrestningar, t ex långdragna och svårlösliga konflikter, ofta leder till kraftigare sänkningar av stämningsläget.

Gränsen kan då verka suddig mellan det som är en depressionsjukdom och det som är en normal sänkning av stämningsläget. Men trots det är det sällan svårt att ställa diagnosen ”depression”, när en riktig undersökning väl genomförs.

Om en normal nedstämdhetsreaktion blir djup, tar vi ofta till olika metoder för att ”rycka upp” oss. Vi anstränger oss för att tänka mer logiskt. Vi kan t ex tycka att vi har lagt oss till med överdrivet negativa föreställningar och försöker motverka det. Vi kan tycka att vi måste göra försök för att förändra vår hållning till närstående för att komma förbi onödiga konflikter. Vi försöker reda ut problem och se dem på nya sätt. Och vi kan göra något som brukar stimulera oss för att inte fastna i det negativa.

Många deprimerade försöker göra samma sak, men utan att lyckas. Också personer i deras omgivning kan säga till dem att de måste ”ta sig samman”. Man tycker att något måste göras, och tänker då på det normala sättet att ta sig vidare ur en nedstämdhet.

Eftersom den deprimerade oftast inte klarar att ”rycka upp sig”, kan sådana uppmaningar förvärra situationen istället för att förbättra den. Skuld känslorna och känslan av att vara otillräcklig och utanför ökar.

Men skillnaden mellan en normal nedstämdhetsreaktion och en egentlig depression är ändå inte knivskarp. Åtminstone vid milda depressioner är den egna förmågan att höja stämningsläget oftast inte helt borta. Att det finns en rest av sådan förmåga, gör det också möjligt att behandla vissa depressioner med kognitiv eller interpersonell psykoterapi.

Dessa psykoterapier är effektivare än ingen behandling alls och det är väsentligt att använda dem där det är lämpligt, oftast som

komplement till medicinering. Men ju djupare en depression är, desto mindre effekt har psykologiska behandlingsmetoder. Vid en stor jämförande undersökning visade sig läkemedel vara effektivare än psykoterapi, och den skillnaden blev tydligare ju svårare depressionerna var.

## **Medicinering, den "naturliga" behandlingen?**

När antidepressiv medicinering föreslås upplever många det som negativt. En del kan t o m tycka att det är kränkande. Det är som om deras försök att få rätsida på sin situation blivit ifrågasatt. Deras känsla av hjälplöshet förstärks. De vill inte ha något lock lagt över problemen.

Reaktionen är mycket begriplig. Vid en depression riktas ens uppmärksamhet på ett plågsamt sätt mot ouppklarade problem. Man känner sig utsatt och frustrerad, plågas av sviktande självkänsla och känner att man förlorat kontrollen över sin tillvaro. Många vill i det läget först och främst reda ut denna härva av tankar, känslor och impulser, och vill ha hjälp med det. Här liknar depressioner ofta en normal men svår krisreaktion.

Inte så få av dem som hört att det finns antidepressiva läkemedel har svårt att tänka sig att en sådan medicinering skulle kunna vara något "naturligt". Med "naturlig" menar de som regel en behandling som "går till roten med det onda" och behandlar orsakerna.

Intuitivt tror många att antidepressiva mediciner verkar avtrubbande på tankar och känsloupplevelser, dvs de tror att medicinerna kommer att dämpa den del av hjärnbarken som ger oss ett medvetande. Men antidepressiva läkemedel minskar inte reaktionsförmågan, dämpar inte intellektet, och hindrar en inte ens från att kunna uppleva negativa känslor.

Vid antidepressiv medicinering brukar man efter några veckors

behandling kunna märka en tydlig successiv förbättring. Den som varit deprimerad ter sig mer rörlig, öppen och spontan. Förmågan att känna glädje, lust och intresse återkommer. Tålamodet ökar och irritabiliteten försvinner, liksom stresskänslan. Självförtroendet förbättras. Det blir allt lättare att tänka klart och att koncentrera sig. Man känner sig piggare och tar fler initiativ. Förbättringen ter sig ofta omvälvande. Många säger att de nu kan "vara sig själva". Det ligger nära till hands att tro att antidepressiva läkemedel påverkar något mycket grundläggande i depressionssjukdomen.

Många har ändå svårt att tänka sig att medicinering skulle vara bra för dem. Det känns onaturligt, och som en kapitulation. Man vill vara medveten (dvs kunna använda den del av hjärnbarken som får oss att känna medvetande), vill klara saker själv (dvs medvetet påverka situationer via hjärnbarken), och ha kontroll (via hjärnbarken). Problemet med den inställningen är att man bortser från att andra delar av hjärnan också är aktiva, utanför vårt medvetande.

## **Tolkningar inom och utanför vårt medvetande**

När vi försöker hantera en situation som blivit plågsam för oss, då har, som vi tidigare varit inne på, både amygdala och hjärnbarken aktiverats. Det är visserligen inte bara de här två områdena i hjärnan som är av intresse då man vill förstå vad som händer vid en depression. Men samspelet mellan dem illustrerar varför vi har så svårt att föreställa oss att vår hjärna använder andra redskap än den medvetna delen av hjärnbarken.

När vi granskar vårt förhållande till omvärlden och de minnen, känslor och tankar som väcks, aktiverar vi nervkretsar i främre delen av vänster hjärnbark. Denna struktur matas ständigt med tolkningar från andra delar av hjärnan. Den sammanför dessa tolkningar och bearbetar dem ytterligare.

På det sättet kan vi bli medvetna om oss själva och vår omvärld, försöka tolka olika sammanhang och planera för framtiden. Men vårt medvetande har bara tillgång till den bearbetning som sker just i denna begränsade del av hjärnbarken. Det mesta av hjärnans informationshantering pågår samtidigt i helt andra nervkretsar, och av den aktiviteten förnimmer vi ingenting. Den snabbaste utvärderingen av negativa händelser i vår omgivning sker i amygdala. Om amygdala tolkar situationen som negativ, sänder den information om det till hjärnbarken, som därefter aktiveras och får oss att uppleva obehagskänslor. Vår uppmärksamhet koncentreras då till det negativa i situationen. Vi blir medvetna om det, aktiverar minnen och försöker klagöra för oss själva vad som är obehagligt.

Hjärnbarken har svårt att dämpa amygdalas ökade aktivitet. Det är, som alla vet, svårt att viljemässigt stänga av känslor. Det är tvärtom lättare för hjärnbarken att *aktivera* amygdala. Våra tankar utlöser lätt emotioner. Det går dessutom fler nervbanor från amygdala till hjärnbarken än i motsatt riktning. Amygdalas inflytande över hjärnbarken är det som dominerar.

Trots det brukar en överaktivitet i amygdala bara bli tillfällig. De regleringsmekanismer som tenderar att driva fram en tillbakafjädring gör sig snart gällande. Det kan ske så snart hjärnbarkens närmare kontroll (vårt medvetna granskande) av situationen visar att det som är obehagligt kan övervinnas.

## Den överaktiva amygdala

Men vid depression fungerar inte denna normala reglering. Amygdala kan inte sänka sin aktivitet till normal nivå. Hjärnbarkens medvetna bearbetning kan därför inte komma vidare till en fas av aktivt problemlösande. Det blir svårt eller omöjligt för en att avbryta granskningen av situationens negativa sidor och de egna bristerna. Man

fortsätter att försöka finna fel hos sig själv och andra, oroar sig, irriterar sig, grubblar och ältar. Kanske är den bild av omvärlden som man skapar sig korrekt. Kanske är den en konstruktion gjord under inflytande av att överaktiviteten i amygdala inte dras ned på normalt sätt. Man kan i varje fall inte komma vidare, inte se konstruktiva alternativ.

De antidepressiva läkemedlen påverkar de regleringsmekanismer, som är satta ur spel, så att de åter börjar fungera. Ju effektivare en sådan behandling är, desto bättre justeras överaktiviteten i amygdala ned till normal nivå. Ens förmåga att lösa problem kan därmed återställas. Medicineringen löser naturligtvis i sig inte några problem i ens situation, men hjälper en att göra det. Den kan inte och avser inte att ersätta mänskliga samtal och mänskligt stöd, men är ändå hörnstenen i behandling av depression.