



Værd at vide om depression

Til depressionsramte, pårørende, venner,
kollegaer og andre interesserede



SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed
arbejder for at skabe forståelse og tolerance for
mennesker med sindslidelse og deres pårørende

Værd at vide om depression

Til depressionsramte, pårørende, venner, kollegaer
og andre interesserede

Udarbejdet af Jørgen Møgeltoft

Udgivet af SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed

Værd at vide om depression

Til depressionsramte, pårørende, venner, kollegaer og andre interesserede

© SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed 2024

Alle rettigheder forbeholdes.

Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse
eller mangfoldiggørelse af dette hæfte eller dele heraf
er uden landsforeningens skriftlige samtykke ikke tilladt
ifølge gældende dansk lov om ophavsret

Tekst: Jørgen Møgeltoft
(revideret november 2009)

Fotos: Colourbox.com

Tryk: JYPA

Hæftet kan hentes i pdf-format på www.sind.dk

SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup

Telefon: 3524 0750
e-mail: landsforeningen@sind.dk
www.sind.dk
SIND findes også på facebook

Forord

“Værd at vide om depression” udkom første gang i 2001 og har i de forløbne år været værdsat som et nyttigt og let læst informationshæfte. Det henvender sig til depressionsramte, pårørende, venner, kolleger og andre interesserede.

Denne udgave er revideret, så der er medtaget ny viden om depressionssygdommen. Det gælder for eksempel afsnittet “Årsager til depression”. Endvidere er afsnittet “Behandling hjælper langt de fleste”

blevet væsentligt udbygget, og nye afsnit er tilføjet med overskrifterne “Depression er en hjernesygdom” og “Kan depression forebygges?”.

I den sidste del af hæftet findes to afsnit med praktiske oplysninger. Det ene hedder “Her kan man få mere at vide”, det andet “Her kan man søge hjælp og rådgivning.”

*SIND – Landsforeningen
for psykisk sundhed*

Indhold

Forord	3
Hvad er depression?	7
Fem historier fra det virkelige liv	9
Typiske symptomer på depression	11
Der er flere former for depression	13
Depression har ingen aldersgrænser	15
Hvordan stilles diagnosen?	17
Årsager til depression	19
Depression er en hjernesygdom	21
Hvordan kan omgivelserne hjælpe?	23
Risikoen for selvmord	25
Behandling hjælper langt de fleste	27
Kan depression forebygges?	33
Sådan kommer man i behandling	35
Her kan man få mere at vide	37
Her kan man hente hjælp og rådgivning	39





Hvad er depression?

Depression er en psykisk sygdom, der er så udbredt, at rundt regnet hver 20. dansker på et eller andet tidspunkt bliver ramt. Det svarer til ca. 250.000 mennesker. Der er lidt usikkerhed omkring dette regnestykke, fordi mange tilfælde af depression er "mørke-lagt" af de syge. Årsagen hertil kan være, at den syge ikke erkender sygdommen eller ikke ønsker den frem i lyset.

Men det er en kendsgerning, at depression er en reel folkesygdom – ligesom kræft og hjertesygdomme.

Derfor skal depressionssygdommen tages alvorligt.

Man kan sige, at sygdommen er meget demokratisk, fordi den kan ramme mennesker i alle aldre og i alle sociale lag. Børn. Unge. Voksne. Midaldrende. Gamle. Kendte mennesker og ukendte. Folk i høje stillinger og mere almindelige. Rige og fattige. Arbejdsløse. Indvandrere. Flygtninge.

Statistisk set bliver flere kvinder end mænd depressionsramte. Næsten dobbelt så mange kvinder som mænd. Men i langt de fleste tilfælde kan sygdommen helbredes eller lindres mærkbart. Det kræver, at sygdommen erkendes, af den syge selv og

af omgivelserne. Dette kan være svært, for sygdommen er jo ikke synlig på samme måde som for eksempel et brækket ben.

Men er det ikke meget normalt, at man kan føle sig trist, når livet går én imod? Jo, det er helt naturligt. Vi kan alle opleve modgang og sorger. Det kan være en kæreste eller ægtefælle, der skuffer eller svigter. En eksamen, hvor man dumper. Et job, man bliver fyret fra. En økonomi, der ikke hænger sammen. En livstruende sygdom. En alvorlig ulykke. Et eller flere dødsfald blandt de nærmeste. Det er alt sammen begivenheder, som kan gøre enhver nedtrykt. Og det er nu engang en del af livets vilkår.

Heldigvis er det også sådan, at de fleste af os kommer videre i vores tilværelse, selv om det kan være svært. Vi får nye kræfter og finder nyt livsmod. Vi ser nye muligheder og kan lægge det triste bag os.

Men hvis nedtryktheden og det dårlige humør bider sig fast, dag efter dag, måned efter måned – så er det tegn på, at nu handler det om sygdom. Mange depressionsramte har fortalt om, hvordan livet bliver en plage for dem. En brønd af håb-

løshed og fortvivlelse. En tilværelse uden mening.

Tungsind. Melankoli. Det var i gamle dage de mest almindelige betegnelser for depression. For historisk set har sygdommen været kendt fra tidernes morgen. Nu er den korrekte betegnelse: affektiv sindslidelse. Affektiv betyder følelsesbetonet.

Her skal det huskes, at depression kan variere meget. Lige fra lette former, der er forholdsvis nemme at behandle, til de helt svære og livstruende tilstande.

Desværre er der alt for mange, der ikke søger behandling, fordi de ikke selv er klar over, at de er "rigtigt" syge. Ofte går en depression upåagtet hen i alt for lang tid. Pårørende kan finde det naturligt, at et fa-

miliemedlem er trist og indesluttet efter personlig modgang: "Det går nok over". Venner og kolleger kan være usikre på, hvordan de skal reagere. Det er svært at tale om – i modsætning til en synlig, legemlig sygdom: "Jeg vil jo ikke virke påtrængende". Og den praktiserende læge kan fejltolke symptomerne, hvis en deprimeret patient kun klager over fysiske smerter.

Men det kan få livsfarlige konsekvenser. For depression er en af de sygdomme, der giver størst risiko for selvmord.

Til gengæld kan behandling hjælpe langt de fleste. Og jo før den syge kommer i behandling, jo større er muligheden for helbredelse. Ligesom når det gælder fx kræft og hjertesygdomme.



Fem historier fra det virkelige liv

At depressionssygdommen kan ramme enhver, viser disse fem historier fra det virkelige liv:

Karen, 41 år, har i mange år haft job som sygehjælper. Men nu stilles der nye krav fra myndighederne om de faglige kvalifikationer. Det betyder, at hun skal sætte sig på skolebænken og lære nyt teoretisk stof. Det er svært for hende, fordi hun hører til dem, der ikke er bogligt orienteret. Derfor gik hun ud af skolen i 9. klasse. Hun er enlig mor til to teenagebørn i den vanskelige alder. Hun har svært ved at fungere, som hun plejer, og det mærkes både på jobbet og i hjemmet. Hendes arbejdsgiver truer med at sige hende op, fordi hun har for mange sygedage. Selv føler hun sig fanget i en tilværelse, der ikke giver hende nogen glæde.

Erik, 39 år, er med mellemrum så nedtrykt, at han føler livet meningsløst. Andre gange er han i overstadigt humør og føler, at han kan erobre hele verden. I de sidstnævnte perioder er familien bekymret, fordi Eriks pengeforbrug stiger kraftigt og uansvarligt.

Han sover næsten ikke, arbejder konstant og snakker uafbrudt.

Erik har altså både op- og nedture.

Per, 65 år, har gentagne gange klaget over mavesmerter uden at fortælle, at han samtidig er deprimeret. Lægen ordinerede først medicin mod mavesmerterne, uden at det hjalp, og indstillede senere Per til operation. Per blev herefter opereret, skønt han i virkeligheden ikke fejlede noget i de indre organer. Den bagved liggende depression blev til gengæld fuldstændig overset.

Vivian, 35 år, gik til lægen på grund af depression og hovedpine, og lægen udskrev recept på antidepressiv medicin. Vivian fortsatte med at komme til kontrol, men lægen spurgte ikke til hendes livssituation i øvrigt. Faktisk havde Vivian et stort alkoholmisbrug, der gav alvorlige familiekonflikter og økonomiske problemer. Spørgsmålet var så, om depressionen eller alkoholproblemet kom først.

Jens, 79 år, mistede for et par år siden sin kone efter et langt og lykkeligt samliv. De fleste af hans gamle venner er også væk. Børnene bor langt væk, og han ser dem kun sjældent. Han siger nej tak til familiesammenkomster. For Jens er livet gået i sort, og han har mistet livslysten. Da avi-

serne begyndte at hobe sig op i postkassen, slog en nabo alarm. Politiet fandt Jens inde i huset – han havde hængt sig. I et kort afskedsbrev bad han om tilgivelse for sin handling og forklarede, at han følte sig fuldstændig fortabt.

De fem historier handler om vidt forskellige mennesker i vidt forskellige livssituationer. Men de har ét til fælles: depressions sygdommen.

Det er desværre for sent at hjælpe Jens. Men han kunne utvivlsomt være blevet hjulpet, hvis han i tide havde fået behandling for sin sygdom. Erfaringen viser, at langt de fleste kan hjælpes gennem forskellige former for behandling. Det forudsætter, at depressionen erkendes og tages alvorligt.

Lad os se på Karens tilfælde: En god veninde ledsagede hende til den praktiserende læge. Han gav hende en sygemelding og motiverede hende til at blive indlagt på en psykiatrisk afdeling. Den efterfølgende behandling med antidepressiv medicin og terapi førte til mærkbare forbedringer i løbet af nogle måneder. Bagefter gik hun på rekonvalescens, søgte og fik nyt job i et privat firma og har fået fornyet livslyst.

Erik havde en kollega, der selv havde familie med psykiske problemer. Kollegaen kunne se, at Erik havde brug for hjælp. Så

han tog en lang snak med Erik og fik ham til at opsøge den praktiserende læge, der henviste Erik til en psykolog. Psykologen ordinerede antidepressiv medicin i starten, men på et tidspunkt i behandlingsforløbet kunne Erik trække ned med medicinen og kan nu med psykologens terapeutiske hjælp styre sin sygdom.

Per blev selv klar over, at hans mavesmerter havde noget med psyken at gøre, fordi han allerede som barn fik ondt i maven, når han var bedrøvet over noget – eller bange. Nu fik han omsider åbnet for det virkelige problem: depressions sygdommen. Den var affødt af stress. Per kom i behandling og er i dag rask og velfungerende, men er også meget bevidst om, at han skal tage sig tid til at "falde ned" og undgå stress, når der dukker problemer op.

Vivians brug af antidepressiv medicin og hovedpinepiller blev efterhånden ledsaget af et behov for sovemedicin. Nu blev Vivians læge klar over, at der gemte sig nogle uløste problemer, som havde forbindelse med et for stort alkoholforbrug. Faktisk var Vivian alkoholiker og havde et misbrug, som hun havde været dygtig til at skjule. I dag er Vivian ude af sit misbrug og medlem af en forening, der tæller tidligere alkoholmisbrugere. Hun får dog fortsat antidepressiv medicin, men kun i mindre doser.



Typiske symptomer på depression

En depression er først og fremmest kendetegnet ved, at triste tanker overskygger alt andet. Men det er ikke kun følelser, tanker og adfærd, der berøres af en depression. Også det fysiske velvære påvirkes i negativ retning.

Typiske symptomer på depression kan være:

- Vedvarende tristhed og nedtrykthed
- Angst, tomhedsfølelse og irritation
- Nedsat energi, alt for stor træthed
- Uoverkommelighedsfølelse i dagligdagen
- Uforståelige humørsvingninger
- Mangel på interesse for det, man før satte pris på
- Tidlig opvågning, svært ved at falde i søvn
- Afbrudt søvn med deraf følgende negative tanker
- Følelse af håbløshed, skyld og hjælpeløshed
- Selvbebrejdelser og mangel på selvværd
- Mindre eller ingen sexlyst og orgasme problemer
- Dårlig hukommelse og koncentrationsbesvær
- Vanskeligheder ved at tage beslutninger
- Forstærket tendens til grådanfald
- Tanker om selvmord
- Kropslige symptomer, som ikke skyldes fysisk sygdom. Det kan fx være manglende appetit, vægttab, hovedpine, susen for ørerne, svimmelhed og forstoppelse.





Der er flere former for depression

Depressionssygdommen kan vise sig på flere måder og i forskellige sværhedsgrader. Det vil sige lige fra en let depression til den helt svære og livstruende. Imellem disse to ydergrænser findes adskillige varianter af sygdommen, som kommer ind under diagnosekategorien affektive (følelsesmæssige) sindslidelser.

Nogle mennesker kan have en afgrænset depressionsperiode en eller flere gange i livet. Andre kan have en såkaldt mani-depressiv eller – som den korrekte betegnelse nu er – bipolar lidelse (bipolar betyder to-polet), der giver både maniske og depressive svingninger.

Manien har mange ansigter. Det kan for eksempel være stærk opstemthed. Nedsat behov for søvn. Urealistisk selvopfattelse. Forøget trang til at tale – og tale og tale. Usædvanlig megen energi. Vilde ideer. Økonomisk uansvarlighed. Forøget social aktivitet. Aggression eller vrede, hvis den syge møder modstand over for en af de vilde ideer.

Modpolen i den bipolare lidelse – altså depressionen – kan ligeledes have man-

ge ansigter, men er oftest af alvorlig sværhedsgrad.

Andre depressionsramte har følt sig jævnt triste helt tilbage fra barndoms- og ungdomsårene, uden at det har holdt dem væk fra at deltage i arbejde og familieliv. Til gengæld kan sådanne ubehandlede depressionsformer vare hele livet og dermed nedsætte livskvaliteten unødigt. I diagnosesproget kommer denne depressionstype ind under betegnelsen dystymi.

Depression kan også – meget naturligt – optræde som ledsagende komplikation til en fysisk lidelse, fx ved langvarige eller kroniske legemlige sygdomme. At få besked om, at man har en dødbringende kræftsygdom, kan sende selv den stærkeste psyke til tælling.

I visse tilfælde – formentlig mellem 5 og 10 % – kan den deprimerede være plaget af vrang-forestillinger eller hallucinationer. Den syge kan føle sig ansvarlig – eller medansvarlig – for næsten alle ulykkelige hændelser blandt familie og venner, og tidligere ubetydelige fejltrin blæses op til store utilgivelige synder.





Depression har ingen aldersgrænser

Man kan få en depressionssygdom i enhver aldersgruppe. Sygdommen er ikke kun forbeholdt voksne, der står midt i livet.

Børn kan være alvorligt deprimerede. Sygdommen er tit ledsaget af hyperaktivitet og skoleproblemer. Andre kan være apatiske og måske have sove- og spisevan-skeligheder. Ofte er familieproblemer – sygdom og/eller konflikter – en medvirken-de årsag til børns depression.

Unge med depression kan opleve syg-dommen på en måde, der ligner de voks-nes. De kan fx føle tomhed i tilværel-sen, være usædvanligt triste, modløse og mangle selvtillid. Men der er også unge, som reagerer ved at være aggressive, løbe hjemmefra eller bruge alkohol og stoffer. En sådan adfærd kan være med til at dæk-ke over depressionssygdommen.

Ældre med depression byder ofte på diagnostiske problemer. Mange lider af en "skjult", dvs. ikke erkendt, depression. Hos en del ældre kan depression typisk fejltol-kes som senil demens. Et eksempel:

Fru Hansen tog det pænt, da hendes mand døde for et par år siden. Nu frygtede

de voksne børn, at deres mor var begyndt at blive dement. Hun græd over de mind-ste ting, hun virkede forvirret og glemsom, og hun kunne kun vanskeligt koncentrere sig. Men lægen, som undersøgte fru Han-sen, havde mistanke om depression. Ved samtalen kom det frem, at hun havde sav-net sin mand meget mere, end omgivel-serne vidste. Opmuntrende samtaler, fle-re familiebesøg og brug af antidepressive midler medvirkede til, at den gamle dame i løbet af få måneder var ude af sin depressi-on og igen fungerede godt.

I de senere år er det påvist, at ældre mænd er mere depressionstruede, end man tidligere vidste.

Depressionen kan udløses af fx afsked med arbejdsmarkedet og følelsen af, at nu kan man ikke bruges til noget – underfor-stået lønnet arbejde, der gennem hele livet indebar fast mødetid og samvær med kol-leger. Hvis hertil kommer tab af ægtefæl-le/samlever og efterfølgende ensomhed, forøges risikoen yderligere for en svær de-pression.





Hvordan stilles diagnosen?

Den, der selv opsøger sin praktiserende læge på grund af en ikke-erkendt depression, vil ofte klage over træthed, hovedpine eller søvnløshed. Patienten har derfor behov for en grundig undersøgelse, som omfatter de legemlige symptomer.

Undersøgelsen af kroppen er nødvendig for at få fastslået, om symptomerne skyldes fx nedsat blodprocent, lavt stofskifte, infektioner eller andre legemlige sygdomme, der kræver medicinsk behandling. Men samtidig kan undersøgelsen vise, om patienten lider af en ikke-erkendt depression. I den forbindelse skal det huskes, at visse typer medicin, bl.a. blodtryksmidler og beroligende præparater, kan medføre depression som bivirkning.

Hvis lægen får mistanke om depression, bør patienten spørges om, hvornår de legemlige symptomer begyndte, og hvor længe de har været til stede. Herved kan lægen muligvis danne sig et billede af, hvad der kan have ført til depression. Dødsfald i nærmeste familie, skilsmisse og fysisk sygdom er blandt de mest almindelige årsager. Det er meget vigtigt, at lægen taler

grundigt med patienten og er opmærksom på en eventuel selvmordsrisiko.

Den praktiserende læges vurdering kan føre til henvisning til speciallæge, dvs. psykiater eller psykolog, dels for at få fastslået korrekt diagnose, dels med henblik på professionel behandling.

En anden mulighed er, at den praktiserende læge vil anbefale indlæggelse på en psykiatrisk hospitalsafdeling.

Korrekt diagnosticering af en depressions sygdom er særdeles vigtig af hensyn til et vellykket behandlingsforløb. Men der er mange forskellige former for depression, lige fra de helt lette typer til de svære livstruende. Her vil vi nøjes med at fortælle, at depression hører til i kategorien affektive sindslidelser, dvs. sygelige forandringer i stemningslejet. En meget enkel inddeling ser sådan ud:

- Unipolar depression, som kan omfatte både enkeltstående og tilbagevendende sygdomsanfald.
- Dystymi, dvs. vedvarende nedtrykthed, kommer ind under denne kategori. Det samme gælder vinter- og fødselsdepressioner. Tidligere eksiste-

rede også begrebet endogen (indefra kommende) depression, men den er nu fjernet som officiel diagnose.

- Bipolar lidelse, mest kendt under betegnelsen manio-depressiv sygdom, dvs. skiften mellem mani og depression.

WHO (Verdenssundhedsorganisationen) har udarbejdet et omfattende register over

alle former for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Dette register, kaldet WHO ICD-10, findes i dansk oversættelse.

De enkelte sygdomsformer diagnosticeres ud fra dette register, som er inddelt i talstørrelser, begyndende med bogstavet F. Depressionssygdommen i alle varianter hører hjemme i kategorien fra F30 til F39.



Årsager til depression

Ved mange fysiske lidelser, fx hjertesygdomme, kræft, højt blodtryk eller sukkersyge kender vi ikke altid den nøjagtige årsag til, at man bliver syg. Det samme kan siges om depressions sygdommen.

Men der eksisterer stor viden om denne folkesygdom, baseret på forskning og erfaringer, og der er i nyere tid kommet øget fokus på depressions årsager og behandlingsmuligheder. Dette skal ses i lyset af, at sindslidelser ikke er nær så tabuprægede som tidligere. Engang var det noget, man ikke talte åbent om. Eller man omtalte ofte de syge som mennesker med "dårlige nerver".

I dag betragtes en psykisk lidelse gerne på linje med en fysisk, men med den forskel, at sygdommen har med sindet at gøre.

Arv og miljø kan være afgørende faktorer, når vi søger efter mulige depressions årsager. De mest alvorlige depressioner, især den bipolare (mani-depressive) sindslidelse, er ofte arveligt betinget, dvs. fra forældre eller endnu længere bagud i slægten. For eksempel viser tvillingundersøgelser, at hvis en enægget tvilling har en alvorlig

bipolar lidelse, er der stor risiko for, at den anden tvilling også vil blive berørt. Blandt tveæggede tvillinger er risikoen langt lavere.

Da enæggede tvillinger har samme arveanlæg, taler undersøgelsesresultaterne for, at der foreligger en arvelig disposition. Adoptionsstudier støtter resultaterne fra denne forskning.

Arvemæssigt spiller det også en vigtig rolle, at mange mennesker er født med en høj grad af psykisk sårbarhed. Dette bevirker en tilsvarende større følsomhed over for begivenheder og påvirkninger, som kan udløse depression.

Når det gælder miljømæssige årsager til depression, skal det forstås som det sociale miljø, dvs. familie- og arbejdsmæssige faktorer.

Børn vil naturligt blive stærkt påvirket af, hvordan dagligdagen i familien former sig. Er der en tryk og kærlig atmosfære? Eller utryghed og skænderier? Er der glæde og gode oplevelser? Eller det modsatte? Det er logisk, at sådanne forhold spiller en afgørende rolle for barnets psyke.

Barnet kan – hvis miljøet i hjemmet er dårligt – reagere på flere forskellige måder. Det kan blive uroligt og aggressivt. Eller det kan blive trist og isolere sig, fordi det er blevet depressivt.

Ungdomstiden er en videreførelse af barndomsårene. De samme faktorer spiller fortsat ind i den unges liv. Men hertil kommer alt det, der sker biologisk, både i den unges krop og hjerne. Nu kommer der ofte helt eksistentielle spørgsmål frem i den unges tankeverden. Hvad er meningen med livet? Er der overhovedet en mening? Hvad vil jeg med min fremtid? Og hvad med kærligheden?

Der er nok at tage stilling til. Også her er risikoen til stede for at blive deprimeret, især hvis et godt netværk med kammerater mangler, og selvværdsfølelsen er i bund.

I voksenalderen kan et stort antal depressioner udløses af kærlighedssorger, skilsmisse, dødsfald i nærmeste familie, mistet job og økonomiske problemer. Men ofte ligger der bag den "pludselige" depression en arvemæssig disposition, som har medført en sårbar psyke.

I nyere tid er stress kommet frem i lyset som en sygdomstilstand i sig selv, når der er tale om negativ stress, dvs. en vedvarende tilstand, hvor patienten får alvorlige sundhedsmæssige problemer, både fysisk og psykisk. Negativ stress har ofte depression som en af de psykiske følgesygdomme. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på den farlige sammenhæng, der kan være mellem stress og depression.

Det er også påvist, at flere kvinder end mænd rammes af depression. Men hvorfor? Et af svarene lyder, at kvinder ofte har

dobbeltarbejde, dvs. både ude og på hjemmefronten, og at mange kvinder er alene-mødre. Andre mener, at kvinder ikke er mere sårbare overfor depression end mænd, de tackler bare problemerne på en anden måde. Mens en hel del mænd reagerer på problemer med aggression, irritation og måske et overforbrug af alkohol, har kvinder ofte et andet reaktionsmønster. De er som regel mere åbne end mændene og erkender lettere deres følelser. Derfor er de også mere tilbøjelige til at søge hjælp – og har generelt mindre selvmordsrisiko end mændene.

Tidligere troede man, at mange kvinder var særligt udsat for depression omkring 50-års alderen, fordi børnene var flyttet hjemmefra. Men nyere undersøgelser viser, at der ikke er nogen højere frekvens af depression blandt kvinder i den alder. Hyppigst ser man depression hos kvinder i alderen mellem 25 og 45 år. I denne gruppe indgår også kvinder med fødselsdepression.

Sidst, men ikke mindst, skal årsager til depression ofte søges i, hvilket erhverv man arbejder i. En undersøgelse fra 2006, foretaget af Arbejdsmedicinsk Klinik i Århus, viser højere risiko for stress og depression hos mennesker, som har job i de såkaldte omsorgsfag. Det kan fx være pædagoger, lærere, socialrådgivere og sygeplejersker. I disse fag kan man blive følelsesmæssigt påvirket i en sådan grad, at stress og udbrændthed truer – med deraf følgende risiko for depression.



Depression er en hjernesygdom

Depression er en psykisk sygdom, der ligesom skizofreni og andre sindslidelser har forbindelse til hjernen. Det er herfra, vi har vores tanker. Positive eller negative. Glade eller triste. En klog mand – den romerske kejser og filosof Marcus Aurelius – sagde allerede for mere end to tusind år siden: "Dit liv er, hvad dine tanker gør det til." Det store problem for sindslidende er, at de ikke altid har styr på deres tanker. Det gælder også flertallet af depressionsramte.

Hjernen er et fantastisk kompliceret og følsomt organ. Selv om hjernen kun vejer mellem ca. 1300 og 1400 gram, rummer den skønsmæssigt ca. 100 milliarder nerveceller, hvortil kommer det tidobbelte antal støtteceller.

I hjernen dannes elektriske impulser samt nogle kemiske signalstoffer, der overføres mellem cellerne fra nervetråd til nervetråd. Disse signalstoffer – også kaldet neurotransmittere – er afgørende vigtige for, hvordan hjernen fungerer. Det samme er forbindelserne mellem de enkelte nervetråde. Hvis forbindelserne er i uorden, så påvirker det "trafikken" i hjernen negativt.

Af de forskellige signalstoffer regnes serotonin som det vigtigste, når det gælder risikoen for depression. Hvis overførselen af serotonin er på et lavere niveau end det normale, kan det medføre depression og andre psykiske problemer. Men for en ordens skyld kan det tilføjes, at hvis serotoninoverførselen er på et for højt niveau, kan dette også give psykiske problemer. I øvrigt forskes der stadig videre på hele dette område.

På det biologiske plan lider depressionsramte tillige under et utilfredsstillende søvnmønster. Den såkaldte REM-søvn, der er knyttet til drømmeaktiviteterne, fungerer mangelfuldt, og her kommer igen nedsat overførsel af signalstoffer ind i billedet.

Men der er stadig brug for meget mere viden om, hvad der præcist sker inde i den gråhvide substans, som de to hjernehalvdele består af. Vi ved, at den venstre hjernehalvdel typisk er "designet" for rationelle opgaver som sprog, logik, talbehandling og analyser, mens den højre halvdel varetager bl.a. rytmesans, musik, farver, billeder og kreativitet. Ligeledes er det påvist, at hjernens største bundt nervetråde, hjernebjæl-

ken, forbinder de to hjernehalvdele og dermed sætter os i stand til opfatte helheder og detaljer samtidigt. Ifølge nyere forskning ser det i øvrigt ud til, at de to hjernehalvdele om nødvendigt kan bytte funktioner.

Det ændrer ikke på det faktum, at der fortsat er store tvivlsspørgsmål tilbage i hjerneforskningen. For eksempel, om det er muligt at påvirke raske celler til at overtage døde eller syge cellers plads.

Resultaterne af en sådan forskning kan i gunstigt fald revolutionere behandlings-

mulighederne for både fysisk og psykisk syge. Det gælder naturligvis også depressionssygdommen, der i alle dens former er langt den største sindslidelse – og dermed også den dyreste for samfundet.

Den hidtidige økonomiske underprioritering af hjerneforskningen er i de senere år ved at ændre sig i positiv retning. Derfor lover den forstærkede forskningsindsats godt for både de sygdomsramte og deres pårørende.



Hvordan kan omgivelserne hjælpe?

Pårørende og venner kan opmuntre og støtte ved en lettere depression. I øvrigt skal man opretholde et normalt forhold og tro på, at den deprimerede vil blive rask igen. Det er også vigtigt, at man ikke er afvisende, kritiserende eller bebrejdende. Opmuntring, tillid, åbenhed og støtte er den bedste holdning. Man skal vise, at man sætter pris på den syge og undgå alt, som den deprimerede kan tolke som en afvisning.

Ligeledes skal man undgå alle bemærkninger, som kan forstærke den deprimeredes negative billede af sig selv. Frem for alt må man ikke opfordre ham eller hende til bare at "tage sig sammen". Det er lige præcis det, der er en umulighed for den syge, fordi det er en del af depressionssygdommen.

At være nær pårørende til en psykisk syg er hårdt arbejde. Det handler jo om følelser og ikke rationel fornuft. Og om sorg, afmagt, hjælpeløshed. Så det er vigtigt, at pårørende finder en måde at være gode hjælpere på. Det er en fordel at lære mere om den aktuelle sygdom og dens karakter.

Ligeledes er det en fordel, at man har – eller skaber sig – et netværk, hvor man kan tale med andre om problemerne. Det kan ske ved at tilslutte sig en af de foreninger, der har oplysning om psykiske sygdomme som hovedformål. Her kan man møde op til foredrag og konferencer – og man er blandt mennesker, som selv kender til at være i en pårørende-situation.

Med den større åbenhed omkring psykiske lidelser er det mere og mere almindeligt, at også arbejdsgiver og kolleger orienteres om en medarbejders sygdom. Præcis som det sker, når det handler om en fysisk lidelse. Det er vigtigt, at der på arbejdspladsen hersker et godt arbejdsmiljø, præget af venlighed og anerkendelse. Ofte er den depressionsramte en samvittighedsfuld medarbejder, som kan være meget værdifuld for virksomheden. Derfor bør han eller hun have mulighed for fleksible arbejdstider. Desuden kan arbejdsgiver og kolleger støtte den deprimerede medarbejder i at kontakte læge, så den korrekte diagnose kan blive stillet – og behandling blive påbegyndt.

Tilsvarende hjælp bør være en selvfølge, når det gælder ansatte på børneinstitutioner og undervisningssteder. Det stiller store krav om opmærksomhed og indlevelse

hos ledere og kolleger, og det forudsætter, at der eksisterer et værdigrundlag, som gør det muligt at opfylde disse krav.



Risikoen for selvmord

Tre historier fra det virkelige liv:

En 48-årig universitetslektor begik selvmord. Hans kolleger havde det sidste stykke tid mærket en reduceret arbejdskapacitet fra den afdødes side. At han skulle være deprimeret, kom som en overraskelse for de fleste.

En 50-årig landmandshustru havde i længere tid klaget over smerter forskellige steder i kroppen. Men lægen kunne ikke finde legemlige årsager til smerterne. Hun havde ikke fortalt lægen om sine triste følelser, og lægen henstillede til hendes mand at se gennem fingre med hendes smerter. Kort tid efter tog denne kvinde sit liv. Hun havde åbenbart oplevet mandens holdning til hendes smerter som en afvisning.

En 27-årig mandlig socialarbejder blev fundet dybt bevidstløs efter at have taget en overdosis medicin. Han blev reddet, men nogle måneder senere gentog han selvmordsforsøget, og denne gang lykkedes det. Han var skilsmissefar til en lille pige og efterlod sig et kortfattet afskedsbrev, hvori han skrev: "Undskyld, men jeg kan ikke klare det mere". Det første selvmordsforsøg var

i virkeligheden et råb om hjælp, men råbet blev åbenbart ikke hørt – eller forstået, så manden kunne få hjælp.

Et selvmord er næsten altid dybt chokerende for omgivelserne. Undren og selvbebrejdelser følger i kølvandet. "Hvordan kunne han/hun dog gøre noget så frygteligt?" "Hvis bare jeg havde vidst, at det stod så slemt til ...". Men én ting er sikkert: ethvert uventet selvmord er et dødsfald for meget.

Antallet af selvmord i Danmark lå i 2005 på mere end 700. Det er dobbelt så mange dødsfald som trafikulykker. Et lyspunkt er, at antallet af selvmord er blevet mere end halveret i løbet af de sidste 20 år.

Tallene viser også, at mænd har en højere selvmordsrisiko end kvinder.

Rundt regnet begår dobbelt så mange mænd som kvinder selvmord.

Endvidere kan man se, at selvmordshypigheden øges klart med alderen, og denne tendens er ligeledes mest udtalt for mænd.

Mens fuldbyrdede selvmord mest sker blandt mænd, er selvmordsforsøg til gengæld langt hyppigere blandt kvinder. Man regner med, at for hvert selvmord i Dan-

mark er der mindst 10 andre, som har forsøgt at tage livet af sig, oftest ved forgiftning med piller.

Tilbage til de tre triste historier. Trods de faldende selvmordstal er det stadig sådan, at depression er den hyppigste årsag til selvmord. Derfor er det vigtigt, at omgivelserne bliver opmærksom på nogle faresignaler i forbindelse med depression.

Hvis den deprimerede fortæller åbent om sine selvmordstanker, er der virkelig fare på færde. Hurtig indlæggelse på sygehus kan være nødvendig for at beskytte og hjælpe den syge. Selvmordsrisikoen er også stor, når en patient er på vej ud af en depression. Forklaringen er, at på dette tidspunkt begynder kræfterne at vende tilbage, men følelsen af håbløshed kan stadig være stor.

Hvis man har mistanke om, at en person går i selvmordstanker, bør man tage det op med vedkommende. Men selvfølgelig skal man gå forsigtigt og taktfuldt frem i denne sårbare og følelsesladede situation.

Hvis den deprimerede svarer bekræftende på, at han eller hun overvejer selvmord,

skal det tages alvorligt, og en hjælpeaktion – fx i form af et alvorligt ment tilbud om at gå med til lægen – bør iværksættes.

Det samme er tilfældet, hvis personen benægter selvmordstanker, og man stadig frygter, at disse tanker er til stede. Grunden til patientens benægtelse kan være, at han eller hun allerede har bestemt sig for at tage sit liv og ikke vil modtage hjælp. På dette tidspunkt er det vigtigt, at omgivelserne ikke stiller sig tilfredse med afglidende svar. Man skal prøve at få personen til selv at fortælle, om han eller hun føler, at der er en grund til at leve, om han/hun har nogle fremtidsplaner og tror på, at han/hun kan få hjælp mod sin sygdom. En lyttende, åben, tillidsfuld og støttende kontakt er meget betydningsfuld – og kan være livreddende.

I de senere år er der kommet øget fokus på selvmord, og der er oprettet et Center for Selvmordsforskning i Odense. Centret har udgivet et idékatalog, der fortæller om selvmordsforebyggelse og giver henvisning til undervisningsmuligheder.



Behandling hjælper langt de fleste

Der findes flere måder at behandle en depression på. Cirka 8 ud af 10 deprimerede kan hjælpes effektivt – og i mange tilfælde helbredes fuldstændigt. De, der ikke kan helbredes, kan få lindring og hjælp til at leve med sygdommen. Hvilken behandlingsform der skal vælges, afhænger af diagnosen, symptomerne samt patientens personlighed og alder.

Vi vil her omtale fem hovedtyper af behandlingsmuligheder. Det skal understreges, at ingen af disse muligheder behøver at stå alene. Tværtimod er det almindeligt, at fx medicinsk behandling og psykoterapi går hånd i hånd i et behandlingsforløb.

- Medicinsk behandling
- Psykoterapi
- ECT – elektrostimulatorisk behandling
- Rehabilitering (Recovery)
- Andre behandlingsmetoder

Medicinsk behandling

Der findes i dag mange forskellige antidepressive lægemidler. De kan inddeles i tricykliske, som er af ældre type, nyere antidepressiva og stemningsstabiliserende præparater.

Hovedreglen er, at svært deprimerede får ordineret antidepressive medikamenter, så snart diagnosen er stillet. Medikamenterne findes i forskellige styrkegrader og kan ordineres i doser, der er afpasset til den enkelte patient. De nyere midler kaldes ofte "lykkepiller". Det er en fejlagtig betegnelse, for pillerne skaber i sig selv ikke lykke. Men de kan påvirke hjernefunktionerne på en måde, der skaffer lindring og mulighed for også at kunne behandle terapeutisk, så den deprimerede får livsmodet tilbage.

De ældre tricykliske medikamenter bruges stadig og er virkningsfulde mod depression, men ledsages ofte af ubehagelige bivirkninger. Som eksempler kan nævnes tørhed i munden og tørst, lettere synsforstyrrelser, vandladningsbesvær og forstoppelse. Ved tørhed i munden er god tandhygiejne vigtig for at undgå tandproblemer. Bivirkningerne kan også være mere alvorlige, især hvis der også tages andre lægemidler. Så det er vigtigt, at lægen er omhyggelig, inden der udskrives recept. Bivirkningerne har i øvrigt til følge, at de tricykliske midler i stigende omfang afløses af nyere antidepressive medikamenter.

Af de nyere antidepressive medikamenter er de såkaldte SSRI-præparater (selektive serotonin genoptagelseshæmmere) de mest almindelige. De har færre bivirkninger end de ældre tricykliske medikamenter, og bivirkningerne er ofte forbigående.

Den nyeste generation af antidepressive midler omfatter præparater med lidt forskellig virknings- og bivirkningsprofil. Almindeligvis har disse præparater kun få bivirkninger og god behandlingseffekt.

Men da der er forskel på, hvordan man individuelt reagerer på brug af medicin, kan det blive nødvendigt at forsøge med forskellige slags medikamenter for at finde frem til den behandling, som passer bedst til den enkelte.

Af hensyn til risikoen for tilbagefald er det vigtigt, at patienten ikke standser den medicinske behandling fra den ene dag til den anden, selv om han eller hun føler sig rask. Det anbefales som hovedregel, at der efter ophør af symptomer efter en førstegangs depression gennemføres en efterfølgende forebyggende (profylaktisk) behandling af 9 måneders varighed. Ved andengangs depression anbefales flerårig forebyggende behandling, og ved hyppigere anfald kan livslang behandling være nødvendig.

Til den sidste type medikamenter – de stemningsstabiliserende – hører Litium, der især bruges ved den bipolare tilstand, som præges af mani og depression. Endvidere er Litium almindelig som forebyggende medicin mod nye udbrud af sygdom. Men Litium hører til de ældre præparater og har en alvorlig bivirkningsrisiko, så derfor vinder nyere midler også i stigende grad indpas her.

Psykoterapi

Forskellige former for psykoterapi er den vigtigste behandling for de fleste depressionsramte. Ofte kombineres behandlingen med brug af antidepressiv medicin for at opnå de bedste og mest stabile resultater. Efterfølgende må nogle fortsætte med den medicinske behandling, måske i lang tid, mens andre kan slippe medicinen på et tidspunkt, hvor den psykoterapeutiske behandling har vist sig at være dokumenteret virkningsfuld. At tage beslutninger her kræver professionel bistand.

Den psykoanalytiske metode er stadig den mest kendte og benyttede terapiform. I nyere tid bruges også udtrykket psykodynamisk for at markere, at metoden ikke kun er gammeldags "freudiansk", men tilpasset moderne tid med ønsket om tydelige resultater af behandlingen.

Ved psykoanalytisk/dynamisk behandling kan starten være, at den deprimerede får fremlagt og drøftet sine problemer grundigt med behandleren. I nogle tilfælde kan det være nødvendigt at gå tilbage til klientens barndom og ungdom, så man kan få afdækket tidligere ubehagelige oplevelser, der indvirker på den deprimeredes nuværende liv. Ofte kan det også være en god idé, at den syge får sin eventuelle partner med til samtalen, som måske kan føre til, at begge kommer i parterapi.

I nyere tid har den såkaldt kognitive adfærdsterapi (kognitiv betyder erkendelsesmæssig) vundet terræn som behandlingsform. Behandleren koncentrerer sig om hurtigt at få den deprimerede til at se sig selv i et mere positivt lys og få ændret personens skæve selvopfattelse. Det gælder

om at være til stede i nutiden og lære at tænke mere optimistisk om sig selv og sin fremtid. For mange kan denne terapiform være en farbar vej frem til bedre at kunne bryde negative tankemønstre og dermed hele sin adfærd.

ECT – elektrostimulatorisk behandling

Da mange antidepressive medikamenter har god effekt, er ECT, dvs. elektrostimulatorisk behandling, blevet mindre almindelig, selv om det er en hurtig og meget virksomhedsfuld behandlingsform ved visse typer af svære depressioner.

Men tidligere – i 1940-50'erne – blev ECT desværre brugt alt for ukritisk. Betegnelsen var dengang elektrochok, og bivirkningerne var store og skræmmende. Behandlingsformen fik derfor et meget dårligt ry, som blev underbygget i filmen "Gøgereden".

Siden er der sket så meget inden for brugen af ECT, at det dårlige ry er ufortjent. Den gunstige behandlingseffekt indtræder meget hurtigt, ofte efter 1-2 uger. Behandlingen er god for især ældre patienter, som af forskellige grunde ikke tåler – eller reagerer på – medicinske præparater. Endvidere kan behandlingen med fordel anvendes til depressive patienter, der er gået faretruende ned i vægt, plages af selvmordstanker eller har alvorlige vrangforestillinger, og hvor hurtig behandlingseffekt kan være af livsvigtig betydning.

ECT-behandling gives i dag kun under fuld narkose. Virkningen tilskrives en bedre blodtilførsel til hjernen og stimulering af bl.a. serotoninoverførslen. Bivirkningerne kan være lettere hukommelsesforstyrrelser, som kan vare fra nogle få dage op til 2-3

måneder efter behandlingen. Der er dog aldrig påvist varige hukommelsestab eller hjerneskade efter disse behandlinger, som almindeligvis strækker sig over 6-10 gange.

Rehabilitering (Recovery)

Rehabilitering var indtil for nylig kendt under betegnelsen Recovery. Metoden bygger på, at selv alvorligt psykisk syge, der før blev betragtet som uhelbredelige – fx patienter med skizofreni – kan komme sig helt eller delvis efter sygdommen. Det dokumenteres af omfattende videnskabelige undersøgelser.

Rehabilitering handler om, at den syge skal have hjælp til at genvinde magten over sit eget liv. Hvordan? Gennem den kendsgerning, at næsten ingen er 100% erobret af sin sygdom. Derfor skal den uberørte del bruges til hel eller delvis helbredelse. Det kan ske gennem respekt for patientens individuelle tolkning af sin sygdom, begrænset medicinering, støtte til det sociale netværk – og ikke mindst stimulering af håbet om helbredelse. Alt det forudsætter empati – indlevelse – hos behandlerne.

Rehabilitering er indtil nu især taget i brug ved hospitalsbehandling af svært sindslidende, specielt ved skizofreni. Men meget taler for, at metoden også kan bruges i depressionsbehandling, hvilket forudsætter videreuddannelse af behandlerne, både på hospitalerne og dem udenfor.

Andre behandlingsmetoder

I nyere tid er der kommet behandlingsformer frem, som kan supplere eller – i lettere tilfælde – helt erstatte de almindelig ved-

tagne metoder. Det interessante er, at adskillige af disse nye metoder ikke alle er så nye endda.

Musikterapi blev for eksempel brugt for mere end 3.000 år siden, da det gamle Israels første konge, Saul, i perioder blev angrebet af "onde ånder", som gjorde ham vanvittig og farlig for sine omgivelser. Fårehyrden David – der senere blev Sauls efterfølger – blev så tilkaldt, og han kunne med sit vidunderlige harpespil påvirke kongens urolige sind i en gunstig retning.

I dag er musikterapi anerkendt som en god supplerende behandlingsform. Fx er den såkaldte Mozart-effekt blevet populær som både dulmende og opmuntrende terapi.

Haveterapi er ligeledes dokumenteret som en helbredende terapiform. Her er Sverige længere fremme end vi. I den skånske by Alnarp er oprettet en terapihave, hvor stressede og deprimerede mennesker kan restituere sig ved at opleve havens glæder – såning, plantning, dyrkning i "egen" have. Fysioterapeut og psykoterapeut er knyttet til projektet. Det sker i et 12-ugers lægeordineret forløb, betalt af den svenske sygesikring. Måske en idé, der kan overføres til danske forhold?

Lysterapi i vintertiden er ligeledes anerkendt som velegnet behandlingsform. Terapien er meget enkel, fordi den kun kræver en speciel lampe – og lidt tid til at sidde foran lampen. Terapien udføres på nogle få hospitaler, men man kan også selv købe den specielle lyslampe og sidde hjemme med den. Man kan endda arbejde ved skrivebordet samtidig.

Dokumenteret virkningsfuldt er kostændringer og motion. Det er velkendt, at sådanne livsstil-forbedringer kan påvirke fysikken gunstigt, ligesom vi omvendt har sikker viden om, at rygning er sundhedsfarlig. Men også på det psykiske plan har en ny og bedre levevis stor effekt. Mange kan fx løbe eller cykle fra det, eksperterne kalder forsænket stemningsleje, dvs. dårligt humør. Og igen kommer et gammelt ord til sin ret: Et sundt sind i et sundt legeme.

Afstressning og meditation er andre terapiformer, som oven i købet kan praktiseres ved egen hjælp. Når det nu er en kendsgerning, at stress kan skade både det legemlige og psykiske velbefindende, så gælder det om at trappe ned på stressfremkaldende faktorer. Det kan være lettere sagt end gjort i en moderne, hæslblæsende kultur – men det kan være umagen værd at omstrukturere sin tilværelse.

Meditation med stilhed, tid til at tænke positive tanker og gå ind sit sind er en terapiform, kendt fra oldtiden. Der findes særlige meditationsteknikker, ofte baseret på gamle metoder fra Østen, som man kan blive oplært i, hvis man ønsker det.

Sjælesorg er en form for samtaleterapi, som foregår i enerum mellem en præst og én, der søger hjælp i en krisesituation. Det foregår ved, at man bestiller tid til en fortrolig samtale med præsten, som i kraft af uddannelse og menneskekundskab forstår at lytte, trøste og rådgive.

En helt anderledes behandlingsmetode er kommet frem i de senere år. Den hedder TMS og betyder Transkraniel Magnetisk Stimulation. Kort fortalt går metoden ud på, at man ved hjælp af en kraftig magnet får

et magnetfelt ind gennem kraniet, sådan at de elektriske impulser inde i hjernen påvirkes. Der er ikke konstateret ubehag eller bivirkninger ved denne metode, som udelukkende har til formål at give antidepressiv effekt.

Inden for det, man kalder alternative eller komplementære behandlingsmetoder, findes der også flere muligheder. Aku-

punktur. Massage. Afspænding. Vitamin- og kosttilskud. Hypnose.

Vi skal ikke her komme nærmere ind på disse muligheder, men opfordre til, at den interesserede selv søger mere oplysning og udviser en vis forsigtighed, især når det gælder ukritisk brug af vitamin- og kosttilskud samt hypnose.





Kan depression forebygges?

Det er bedre at forebygge end at helbrede, siger et gammelt ord, og det er jo så sandt, som det er sagt. Men kan depression overhovedet forebygges?

Igen må vi skelne mellem – på den ene side – den naturlige sorg og nedtrykthed, der uundgåeligt følger af en traumatisk begivenhed, fx et uventet dødsfald i den nærmeste familie, og på den anden side en vedvarende glædesdræbende tilstand af tristhed i lettere eller sværere grad.

I det første tilfælde er det en helt naturlig proces. Beroligende medicin, ambulante psykologhjælp og trøstende samvær med familie og venner kan bidrage til at komme videre i tilværelsen inden for en overskuelig tid. Måske var det en udmærket skik, at man i gamle dage viste sin sorg efter en nærtståendes død ved at bære et sort armbind? Det skabte forståelse og medfølelse i en sorgfuld situation.

Men ved vedvarende eller tilbagevendende tristhed er der tale om en sygdom: depression. Den kræver behandling, der kan være livsvigtig, sådan som det er påpeget i de foregående afsnit.

Hvis man vil prøve at forebygge sygdommen, er dette ofte en svær, men ikke altid håbløs opgave.

Her kan professionel hjælp fra en psykiater eller psykolog være nødvendig. Er der alvorlige barndoms- og ungdomstraumer? Frem i lyset med dem. Få dem behandlet og bearbejdet. Først da kan man forholde sig til, hvad man selv kan gøre for at forebygge. Adskillige af mulighederne er enslydende med, hvad der er omtalt i det foregående afsnit "Behandling hjælper langt de fleste". Lad os opsummere og supplere nogle vigtige punkter:

- Pas på stressniveauet.
- Dyrk motion eller idræt. Regelmæssigt – og gerne hver dag.
- Gennemfør kostændringer med sundere mad og mange vitaminer.
- Brug eventuel lysterapi i vintertiden.
- Undgå isolation. Familie- og vennenet skal plejes – og måske udvides.
- Brug tid på samvær i interesseprægede foreninger.
- Dyrk glæden ved en have, hvis der er mulighed for det.

- Måske er der skjulte kunstneriske talenter? Det er værd at prøve.
 - Brug en gammeldags notesbog til at skrive ideer, tanker og oplevelser ned i.
 - Husk at stimulere den humoriske sans. Smil og latter er sundt for sjælen.
 - Hold fest, når der er en god anledning til det. Eventuelt på sammen-skuds basis.
 - Støt og glæd andre, fx ved frivilligt arbejde som støtteperson eller bisidder.
- Værsgo – der er frit valg på alle hylder. Så det er bare med at komme i gang.



Sådan kommer man i behandling

De fleste depressioner kan indledningsvis tages op i en samtale med den alment praktiserende læge, der så kan henvise til en praktiserende psykiater eller faguddannet psykolog.

Men når det drejer sig om mennesker, der er dybt deprimerede, lider af selvmordstanker, er sengeliggende og måske hverken spiser eller drikker – så kan en hurtig hospitalsindlæggelse være livsnødvendig. Det samme gælder for alvorligt deprimerede mennesker, som ikke har nogle nære pårørende. De har behov for tilsyn og omsorg. Derfor er det vigtigt, at den syge selv eller en anden, der har indsigt i den deprimeredes tilværelse, omgående kontakter den praktiserende læge, som vil kunne vurdere, hvad der vil være bedst at gøre i det enkelte tilfælde.

På plejehjem kan der være ældre, som er deprimerede og behøver behandling. Men ofte forveksles både familie og plejepersonale den syges tilstand med alderspræget demens. Det er uheldigt, og derfor bør den tilsynsførende læge under sine besøg være opmærksom på at få stillet en korrekt diagnose. Endvidere vil det være

en fordel, at plejepersonalet efteruddannes i større omfang end nu.

Et anden mulighed for at få behandling er i de distriktspsykiatriske centre, hvor der er ansat psykiatere, psykologer og sygeplejersker. Her kan i en del tilfælde gives periodisk depressions-behandling og hjælp på ambulant basis. Lægehenvielse kræves. Desværre er der store forskelle på centrenes kapacitet og faglige kompetencer. Man kan håbe, at der på landsbasis sker forbedringer også inden for denne del af sundhedssektoren.

Lad os endnu engang fastslå betydningen af, at depressionsramte kan få hurtig og kvalificeret hjælp. Sygdomserkendelse, sygdomsindsigt og tro på, at behandling nytter, er det første skridt på vejen. Vi håber, at dette hæfte kan være til gavn i den fortsatte indsats.





Her kan man få mere at vide

For den videbegærlige er der mange muligheder, når det gælder mere udførlige oplysninger om depression. Det kan anbefales at gå på biblioteket og låne bøger om emnet. Her er forslag til nogle bogtitler:

- *Depression. Symptomer, årsager og behandling.* Redigeret af Jes Gerlach. PsykiatriFondens Forlag 2006, 316 sider. Bogen er skrevet af en tværfaglig gruppe af eksperter, og den indeholder en stor mængde opdaterede oplysninger om depressionssygdommen i alle dens aspekter. Henvender sig til syge, pårørende, behandlere og andre inden for social- og sundhedsvesenet.
- *Depression. En almindelig sygdom. Symptomer, årsager og behandlingsmuligheder.* Af Danuta Wassermann. Hans Reitzels Forlag 2000. 314 sider. Forfatteren er en af Skandinaviens førende forskere og klinikere. Som titlen fortæller, giver bogen grundig indføring i emnet. Den danske psykiater, professor Per Bech, har varmt anbefalet bogen.
- *Depression – en folkesygdom. Hvorfor bliver man deprimeret? Hvad er depression og angst? Hvordan behandles depression?* Redigeret af Poul Videbech. Forlaget Orion 2002, 135 sider. Bogen indeholder en række informative artikler, skrevet af eksperter og hentet fra Internettet på søgetjenesten www.NetDoktor.dk.
- *At overvinde depression. En selvhjælpsguide på grundlag af kognitiv adfærdsterapi.* Af Paul Gilbert. Forlaget Klim, 2005, 353 sider. Som titlen lægger op til, er hensigten med denne bog at give den depressionsramte læser muligheden for selv at gøre noget ved sygdommen. Det sker dels ved at forklare, hvad depression er, dels ved at stille forskellige teknikker og metoder op, som kan bruges i selvhjælpsarbejdet. Men det bør understreges, at det kan være vanskeligt – i mange tilfælde umuligt – at være selvbehandlende som depressionsramt.
- *Lykketyvene. Hvordan man overvinder depression.* Af Torkil Berge og Arne Reipål. Dansk Psykologisk Forlag, 2005,

302 sider. En selvhjælpsbog, baseret på tanken om, at depression er som en tyv, der stjæler lykken. De norske forfattere, der begge er kliniske psykologer, er i deres hjemland blevet prisbelønnet for bogen. Herhjemme har Isabelle Miehe-Renard varmt anbefalet den.

- *Depression. En bog til trøst og forklaring.* Af Finn Abrahamowitz. Forlaget Høst & Søn 2001, 133 sider. Bogen er skrevet som en let tilgængelig og overskuelig brugsbog, der har bud til depressionsramte og pårørende. Forfatteren erkender, at det kan være svært at komme ud af depressionens mørke, men fremhæver også mulighederne for at lette den psykiske smerte.
- *Ud af mørket. En bog om depressioner.* Af Miki Agerberg. Forlaget Fremad 1998, 300 sider. Forfatteren, der er videnskabsjournalist, har selv været ramt af depressioner. Han besluttede efterfølgende at skrive om sine egne og andres erfaringer – og om, hvordan man kan få hjælp til at komme ud af mørket.
- *Helvedes malstrøm. En bog om depressionens anatomi.* Af Andrew Solomon. Forlaget Gyldendal 2006, 741 sider. Det er unægtelig en moppedreng af en bog, men for den vidensøgende læser er der til gengæld masser af

dybtgående og vidtspændende information, skrevet af en forfatter, der selv har haft depression helt inde på livet.

- *Depressioner. Naturlig behandling.* Af Carsten Vagn-Hansen. Forlaget Hovedland 2006, 235 sider. Forfatteren er kendt som erfaren læge, radiodoktor og TV-læge. Han kritiserer overdreven udskrivning af medicin, fordi den ofte har skjulte bivirkninger og gør brugerne passive. Derfor anbefaler han at anvende en lang række naturlige behandlingsmetoder, lige fra samtale- og psykoterapi, motion, musik- og meditationsteknik til brug af plantemedicin, lypåvirkning og udvalgte vitamin- og mineraltilskud.

Dette var eksempler på bøger om depression. Men udbuddet er langt større, ikke mindst, når det gælder personlige beretninger om at være depressionsramt.

Endvidere kan man hente værdifulde informationer i medlemsblade fra foreninger som fx SIND, PsykiatriFonden og Depressionsforeningen (se henvisninger i næste kapitel "Her kan man hente hjælp og rådgivning").

Endelig er der som tidligere nævnt Internettet, hvor fx www.Netdoktor.dk har eksperter tilknyttet, der skriver om alle former for sindslidelser, herunder naturligvis også depressionssygdommen.



Her kan man hente hjælp og rådgivning

Hvad gør man, når en depression sender én helt ned i den psykiske kælderetage? Først og fremmest er det godt at vide, at der er hurtig hjælp og rådgivning at hente. Dernæst skal man ikke betænke sig på at gribe telefonen eller gå på nettet og få kontakt. Husk, at der er tale om sygdom, og der er ikke noget at skamme sig over.

Her er nogle muligheder:

- SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed, tlf. 70 23 27 50, www.sind.dk
- Linien, tlf. 35 36 26 00
- Livslinien, tlf. 70 20 12 01, www.livslinien.dk

- Psykiatrifonden, tlf. 39 25 25 25, www.psykiatrifonden.dk
- Depressionsforeningen, tlf. 33 12 47 74, www.depressionsforeningen.dk
- Angstforeningen, tlf. 70 27 92 94, www.angstforeningen.dk
- OCD Foreningen, tlf. 70 26 06 76, www.oed-foreningen.dk

Der er flere andre muligheder, fx at gå på nærmeste psykiatriske skadestue. Eller hvis sygdomsudbruddet ikke er livstruende, så kontakt praktiserende læge og få henvisning til behandling. Det vigtigste er at tage depressionssygdommen alvorligt – og få sat en behandling i gang.





Mia Kristina Hansen, formand for SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed

SIND har brug for din hjælp

I **SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed** kæmper vi for bedre vilkår for mennesker med sindslidelse og deres pårørende. Vi har brug for din hjælp!

SIND skaber mange fællesskaber og venskaber. Ved at støtte **SIND**, kan du gøre en forskel og bidrage til, at mennesker med sindslidelse får bedre livsmuligheder, bliver taget mere alvorligt, føler sig mindre isolerede, stigmatiserede og marginaliserede.

SIND kan også hjælpe dig. Ring til vores landsdækkende telefonrådgivning for mennesker med sindslidelse og deres pårørende: **7023 2750**.

Send os et bidrag. Hver krone kan gøre en forskel!



Støt SIND
[SIND.dk/bidrag](https://sind.dk/bidrag)



Bliv medlem
[SIND.dk/medlem](https://sind.dk/medlem)



Få hjælp
[SIND.dk/faa-hjaelp](https://sind.dk/faa-hjaelp)