# Udredning af depression

## - hos børn, unge og voksne

Version 1.0

**GODKENDT**

**Faglig godkendelse**

7. januar 2025 (DMPG)

**Administrativ godkendelse**

10. januar 2025 (Retningslinjesekretariatet)

**REVISION**

Planlagt: 1. januar 2028

**INDEKSERING**

DMPG, depression, udredning.

# Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje ..... 2
1. Anbefalinger (Quick guide) ..... 3
2. Introduktion ..... 5
3. Grundlag ..... 6
4. Referencer ..... 17
5. Metode ..... 19
6. Monitorering ..... 23
7. Bilag ..... 24

# Om denne kliniske retningslinje

Regionernes sundhedsdirektører og psykiatridirektører har besluttet, at der skal arbejdes systematisk med at udvikle kvaliteten på psykiatriområdet, og at arbejdet med fordel kan organiseres og gennemføres med inspiration fra kræftområdet (Danske Multidisciplinære Cancer Grupper - DMCG´erne). I forlængelse heraf har direktørkredsen besluttet, at der skal udvikles nye evidensbaserede retningslinjer inden for psykiatriområdet med bistand fra Retningslinjesekretariatet i SundK og med anvendelse af den model, der anvendes der. Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMPG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet.

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på psykiatriområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og anvendte metoder (kapitel 5).

Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens (typisk systematiske reviews og randomiserede studier) og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens (ekspertkonsensus). Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter ”Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations”, findes her.

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

Retningslinjeskabelonen er udarbejdet på baggrund af internationale kvalitetskrav til udvikling af kliniske retningslinjer som beskrevet af både AGREE II, GRADE og RIGHT.

# 1. Anbefalinger (Quick guide)

## Anamnese

1. **Det er god klinisk praksis at sikre en tryg og tydelig ramme for udredningen (D)**
2. **Indhent oplysninger om familiære dispositioner, herunder særligt uni- og bipolar lidelse, øvrige psykiske tilstande, rusmiddelbrug, selvmordsforsøg, og selvmord (D)**
3. **Afdæk sociale forhold, der er associeret med forekomst, varighed og effekt af behandling ved depression (D)**
4. **Spørg til tidligere og aktuelle belastende livsbegivenheder (D)**
5. **Spørg til ændring i livskvalitet og funktionsevne herunder deltagelse i praktiske, uddannelses- og arbejdsmæssige samt sociale aktiviteter (D)**
6. **Spørg til tidligere depressive episoder og alvorsgrad samt andre psykiatriske diagnoser, herunder indlæggelser og tidligere behandlinger (D)**
7. **Spørg til tidligere symptomer på mani, hypomani eller blandingstilstande (D)**
8. **Afdæk rusmiddelbrug hos både unge og voksne, der udredes for depression (D)**
9. **Indhent oplysninger om alle former for tidligere behandlingsforsøg (D)**
10. **Vurdér patientens aktuelle medicin, inkl. håndkøbsmedicin og illegalt erhvervet medicin, ift. symptomerne (D)**
11. **Spørg til selvmordstanker og vurdér selvmordsrisiko (D)**
12. **Instrumenter til vurdering af selvmordsrisiko bør kun anvendes som et supplement til den systematiske klinisk vurdering (D)**
13. **Der skal foretages en vurdering af aggressive tanker og adfærdsmønstre, hvor dette skønnes relevant (D)**

## Somatisk udredning

14. **Indhent anamnese om somatiske tilstande, og iværksæt udredning og behandling ved behov (D)**

15. **Objektiv undersøgelse skal omfatte blodtryk, højde (hos børn og unge) og vægt og bør suppleres med objektiv undersøgelse jævnfør anamnesen, herunder neurologisk undersøgelse ved mistanke om organisk/cerebral ætiologi (D)**

16. **Der skal suppleres med relevante parakliniske undersøgelser (D)**

17. **Udvis særlig opmærksomhed på forekomst af depression hos patienter med kroniske somatiske lidelser (D)**

## Diagnose, differentialdiagnoser og psykiatrisk komorbiditet

18. **Diagnosen bør stilles af en kvalificeret kliniker med erfaring i udredning af affektiv lidelse, fx en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, eller en specialpsykolog i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri (D)**

19. **Udredningen af depression bør ikke foretages isoleret, men kun ved samtidig afdækning og vurdering af øvrig psykopatologi (D)**

20. **Diagnosen depression stilles ved klinisk vurdering af samtlige kerne- og ledsagesymptomer og varighed i henhold til ICD-10 (D)**

21. **Anvend validerede depressionsskalaer til kvantificering af de depressive symptomer som fundament for monitorering af behandlingseffekt (C)**

# 2. Introduktion

Unipolar depression (herefter depression) hører til blandt de mest omkostningstunge og hyppigt forekommende psykiske lidelser. Denne retningslinje vedrører udredning af depression hos børn, unge og voksne i psykiatrisk regi i det danske sundhedsvæsen, dvs. i hospitalspsykiatrien samt i psykiatrisk og børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis. Retningslinjen hviler på en metodisk gennemgang og kvalitetsvurdering af aktuelle internationale guidelines, samt - hvor det har været relevant - systematiske reviews, metaanalyser og primærlitteratur på området.

Retningslinjen rummer i alt 21 anbefalinger, der spænder fra optagelse af anamnese, diagnostisk interview, differentialdiagnostik, til afklaring af psykiatrisk og somatisk komorbiditet. Retningslinjen følger således opbygningen af en almindelig journaloptagelse.

Ved læsning af retningslinjen vil man finde, at mange anbefalinger er graderet som styrke D. Det skyldes, at de punkter der skal berøres under udredningen af depression vidtgående er baseret på tradition og klinisk konsensus, og at effekten af at afklare spørgsmålet sjældent er direkte videnskabeligt undersøgt. Trods dette vil mange af disse punkter være solidt evidensbaserede på de specifikke områder, hvilket reflekteres i anbefalingernes ordlyd. Idet der er tale om et generelt vilkår for alle anbefalingerne er dette rationale ikke anført selvstændigt ved hver enkelt anbefaling.

## Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret indsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

## Patientgruppe

Patienter, der præsenterer sig med depressive symptomer i psykiatrisk/børne- og ungdomspsykiatrisk regi, dvs. i hospitalspsykiatrien samt i psykiatrisk og børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis. Hvor intet andet er nævnt, gælder anbefalingerne på tværs af aldersgrupper (børn, unge, voksne og ældre).

## Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i psykiatrien, dvs. læger, psykologer, og andre sundhedsprofessionelle, der arbejder med udredning af depression. Retningslinjen omfatter ikke almen praksis, da der pågår et selvstændigt arbejde om udredning af depression i Dansk Selskab for Almen Medicin. Det forventes at dette arbejde vil lade sig inspirere af nærværende retningslinje.

# 3. Grundlag

## Anamnese

1. **Det er god klinisk praksis at sikre en tryg og tydelig ramme for udredningen (D)**
2. **Indhent oplysninger om familiære dispositioner, herunder særligt uni- og bipolar lidelse, øvrige psykiske tilstande, rusmiddelbrug, selvmordsforsøg, og selvmord (D)**
3. **Afdæk sociale forhold, der er associeret med forekomst, varighed og effekt af behandling ved depression (D)**
4. **Spørg til tidligere og aktuelle belastende livsbegivenheder (D)**
5. **Spørg til ændring i livskvalitet og funktionsevne herunder deltagelse i praktiske, uddannelses- og arbejdsmæssige samt sociale aktiviteter (D)**
6. **Spørg til tidligere depressive episoder og alvorsgrad samt andre psykiatriske diagnoser, herunder indlæggelser og tidligere behandlinger (D)**
7. **Spørg til tidligere symptomer på mani, hypomani eller blandingstilstande (D)**
8. **Afdæk rusmiddelbrug hos både unge og voksne, der udredes for depression (D)**
9. **Indhent oplysninger om alle former for tidligere behandlingsforsøg (D)**
10. **Vurdér patientens aktuelle medicin, inkl. håndkøbsmedicin og illegalt erhvervet medicin, ift. symptomerne (D)**
11. **Spørg til selvmordstanker og vurdér selvmordsrisiko (D)**
12. **Instrumenter til vurdering af selvmordsrisiko bør kun anvendes som et supplement til den systematiske klinisk vurdering (D)**
13. **Der skal foretages en vurdering af aggressive tanker og adfærdsmønstre, hvor dette skønnes relevant (D)**

#### Ad anbefaling 1-2

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne hviler på tilsvarende konsensusbaserede anbefalinger i 11 internationale kliniske retningslinjer, (1-11) af henholdsvis høj (2, 4, 6-8, 10) moderat kvalitet (1, 9) og lav (3, 11) kvalitet.

## Patientværdier og – præferencer

Det antages, at de fleste patienter og pårørende, vil være interesserede i at medvirke til en grundig anamnese, hvor der tages hensyn til individuelle forhold og baggrund. Der vurderes ikke at være skadevirkninger ved dette.

## Rationale for anbefalingen

De kliniske rammer danner basis for indhentning af valide og tilstrækkelige oplysninger i anamnesen, og gode rammer bidrager til en terapeutisk alliance, som er vigtigt for behandlingen. Man bør informere om formål med samtalen; afdække patientens og de pårørendes forventninger og observationer; informere om tavshedspligten og evt. underretningspligt, og tage hensyn til evt. sproglige, kognitive og mentale udfordringer, f.eks. tolkebehov.

Patientens baggrund bør tages i betragtning ift. kulturelle og andre identitetsskabende forhold. Depression kan have forskellige præsentationsformer i forskellige kulturer og subkulturer, ligesom det er forskelligt, hvor kulturelt acceptabelt det er at tale om depressive symptomer, hvorfor der bør tages højde for dette. Der er begrænset evidens på dette område, men der er tale om god klinisk praksis, som ikke har væsentlige skadevirkninger.

Ovenstående harmonerer ligeledes med lovgivning, herunder Sundhedslovens krav om patientens inddragelse og sundhedspersoners tavshedspligt, Lægeløftet, Forvaltningsloven og Barnets Lov mv.

Der er høj evidens for øget forekomst af depression hos personer, der er familiært disponeret til affektiv sindslidelse og andre psykiatriske tilstande, og for at selvmord i familien medfører øget selvmordsrisiko.

## Bemærkninger og overvejelser

Hos børn og unge bør man indhente information både i samtale med barnet alene og fra flere informanter for at sikre valide og tilstrækkelige informationer. Det samme gælder voksne og ikke mindst personer, der af andre årsager ikke kan bidrage i tilstrækkeligt omfang med aktuelle og anamnestiske oplysninger (f.eks. personer med demens, lavt kognitivt funktionsniveau eller somatisk sygdom, der medfører nedsat evne til at huske eller formidle oplysninger). Hos børn og unge med komorbide tilstande, f.eks. autisme eller ADHD, må interviewet tilpasses barnets kommunikative stil og evner.

**Ad anbefaling 3**

## Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen hviler på gennemgang af tre internationale kliniske retningslinjer (1, 2, 4), hvoraf især Nationalen VersorgungsLeitlinie (4) berører området. De øvrige har ingen direkte anbefaling vedr. sociale forhold, der dog nævnes i epidemiologiske beskrivelse af forekomsten. Der er foretaget supplerende søgninger på sammenhæng mellem sociale forhold og højere forekomst af depression og betydning af de listede forhold for behandlingseffekt. Der er dog ikke fundet litteratur i disse søgninger, som specifikt understøtter anbefalingen.

### Rationale for anbefalingen

Det er af væsentlig betydning at afdække de socioøkonomiske faktorer, der har betydning for udvikling af depression eller for effekten af den behandling, der kan tilbydes. Socioøkonomiske forhold indgår i helhedssynet og kan fungere som led i en individuelt tilpasset behandling og vurdering af relevante terapeutiske forslag. De relevante sociale forhold, der bør spørges til, omfatter uddannelse, samlivsstatus, netværk og ensomhedsproblemstillinger, økonomiske ressourcer, herunder om der foreligger egentlig fattigdom, erhvervs- eller uddannelsestilknytning, og boligsituation (1, 2, 4, 12-17). For børn og unge er det endvidere vigtigt at få afdækket, om der er aktuel psykisk lidelse og/eller rusmiddelbrug hos forældrene, da dette kan have betydning for udredning og behandlingseffekt (11).

**Ad anbefaling 4-5**

## Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne hviler på gennemgang af fire internationale kliniske retningslinjer, hvoraf tre er af høj (2, 4, 8) og en er af lav kvalitet (3). Der er foretaget yderligere søgning på systematiske reviews og metaanalyser, da de internationale retningslinjer i beskeden grad har anbefalinger direkte relateret til anamneseoptagelsen. Der er ikke identificeret litteratur i denne søgning, som understøtter anbefalingerne specifikt, hvorfor de har styrke D.

## Patientværdier og – præferencer

Der antages, at de fleste patienter gerne vil fortælle om de aspekter af deres tilværelse, der er påvirket af depressionen, om det liv der leves og de forhold, som er blevet vanskelige at håndtere. Der vurderes ikke at være nogen negativ effekt forbundet med afdækning af disse forhold.

## Rationale for anbefalingen

Der er klar evidens for betydningen af tidligere belastende begivenheder under opvækst, skolegang og voksenliv ved forekomsten af depression. Der er fx. overbevisende belæg for, at en belastet barndom (defineret ved fysisk, seksuel- eller følelsesmæssigt misbrug, familiær konflikt, vold eller forsømmelse) er en risikofaktor for depression (2-4) og tilbagevendende depressive episoder (18). Oplevelse af mobning og racisme er også forbundet med forekomst at depression (2, 3, 8). I vurdering af børn og unge bør man altid spørge direkte til mobning (herunder digital mobning eller krænkelser) og overgreb (8) samt skærmvaner og brug af sociale medier generelt.

Der er ligeledes stærk evidens for betydningen af aktuelle belastende livsbegivenheder ved forekomsten af depression, fx. alvorlig sygdom, samlivskriser, familiære problemer, afskedigelse, økonomiske problemer, vold, mobning, overgreb, og skole-og uddannelsesmæssige problemer. Patienter med depression, der oplever belastende livsbegivenheder, har dårligere prognose sammenlignet med patienter uden. Styrken af sammenhængen stiger med flere begivenheder. Alvorlige skænderier/tvister, problematisk gæld, skilsmisse, at være offer for en voldsforbrydelse eller at miste sit arbejde er alle forbundet med dårligere prognose (18).

Depression er forbundet med nedsat livskvalitet og funktionstab. En grundig diagnostik bør rumme både afdækning af de diagnostiske symptomkriterier og en vurdering af den subjektive forpinthed og tab af funktionsevne både socialt, praktisk og i fht. uddannelse og job (4, 7, 9, 10).

**Ad anbefaling 6-7**

## Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne er baseret på tilsvarende konsensusbaserede anbefalinger i seks internationale kliniske retningslinjer (4, 6, 7, 10, 19, 20) af høj kvalitet og en af lav kvalitet (3).

## Patientværdier og – præferencer

Det antages, at de fleste patienter og pårørende vil være interesseret i at medvirke til en grundig anamnese, hvor tidligere psykiske symptomer tages i betragtning.

## Rationale for anbefalingen

Information om tidligere diagnosticerede eller ikke-diagnosticerede depressive, hypomane eller maniske episoder er nødvendige for at vurdere den aktuelle tilstand, herunder vurderingen af, om der er tale om en tilbagevendende depression eller en bipolar tilstand. Behandlingsfremkaldte (hypo)mane symptomer kræver en revurdering af diagnosen. Der er solid epidemiologisk evidens for, at en betydelig procentdel af patienter med unipolar depression senere diagnosticeres med bipolar lidelse.

Særligt hos børn og unge er det vigtigt at sikre sig, om der har været tidligere symptomer på mani eller hypomani, da den depressive episode så vil være første kliniske tegn på et bipolart forløb, der ofte vil debutere i ungdomsårene. Symptomer på hypomani kan hos børn være mere subtile end dem, man observerer hos voksne.

**Ad anbefaling 8**

## Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne om rusmiddelbrug hviler på tilsvarende konsensusbaserede anbefalinger i 12 retningslinjer (1-10, 19, 20) af henholdsvis høj (2, 4, 6-8, 10, 20) moderat (1, 9) og lav (3) kvalitet.

## Patientværdier og – præferencer

Det antages, at de fleste patienter og pårørende vil være interesseret i at medvirke til en grundig anamnese, hvor der tages hensyn til individuelle forhold og baggrund. Forfattergruppen er opmærksom på, at emnet kan være sårbart.

## Rationale for anbefalingen

Rusmiddelbrug er en hyppig psykiatrisk komorbiditet til depression, som kan medføre nedsat adhærens til behandling. Desuden udgør rusmiddelbrug en risikofaktor for depression, medfører en dårligere behandlingseffekt, og er en risikofaktor for suicidalitet samt for kognitive forstyrrelser. Rusmiddelbrug vil ofte have karakter af selvmedicinering, og patienten bør derfor udspørges om, hvilke positive effekter alkohol eller

stoffer har for patienten, idet det kan give vigtige oplysninger om patientens psykiske lidelse. Hos patienter med rusmiddelbrug anbefales det således at drøfte, hvordan rusmiddelbruget har påvirket udviklingen, forløbet og sværhedsgrad af deres depression.

### Bemærkninger og overvejelser

Der kan med fordel anvendes struktureret afdækning af rusmiddelforbruget med AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) og DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test). Disse tests afspejler de diagnostiske kriterier for skadeligt brug og afhængighed i ICD-10 og kan bruges til at screene for rusmiddelproblemer bl.a. i psykiatriske populationer. AUDIT består af 10 spørgsmål. DUDIT består af 11 spørgsmål. Det tager ca. 10 minutter at gennemføre screeningen. Ved hvert spørgsmål gives point og pointene bruges til at vurdere, hvor alvorligt rusmiddelproblemet er. AUDIT (21) og DUDIT (22) er korte afkrydsningsspørgeskemaer, som kan anvendes som interview eller evt. udfyldes af patienten. Der er defineret cut-off værdier for hhv. risikofyldt brug, skadelig brug og afhængighed, som kan anvendes til at anskueliggøre problemets omfang over for patienten og ift. behov for yderligere udredning og behandling. I klinisk praksis indgår scoren som en del af det samlede billede, men er ikke i sig selv tilstrækkeligt til at stille en rusmiddelsdiagnose.

AUDIT er valideret blandt børn fra 12 år, og DUDIT fra 11 år. Det er vigtigt at være opmærksom på, at cut-off værdierne er defineret væsentlig lavere for børn og unge end for voksne.

**Ad anbefaling 9-10**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne om medicin hviler på tilsvarende konsensusbaserede anbefalinger i 10 retningslinjer (1-10) heraf otte af høj kvalitet (2, 4, 6-10), to af moderat kvalitet (1, 5) og en af lav kvalitet (3).

### Patientværdier og – præferencer

Det antages, at de fleste patienter og pårørende vil være interesseret i at medvirke til en grundig anamnese, hvor der tages hensyn til individuelle forhold og baggrund.

### Rationale for anbefalingen

Al farmakologisk og non-farmakologisk tidligere behandling og støttetiltag bør afdækkes og effekten beskrives. Indhentning af oplysninger om den aktuelle og tidligere medicinering er til gavn for vurdering af tilstanden og for tilrettelæggelse af behandling. Det er centralt at afklare om den medicin patienten behandles med (f.eks. opstart af hormonel prævention, medicin mod akne og immunmodulerende medicin), eller tidligere har været behandlet med, kan være årsag til nogle af de depressive symptomer. Da medicin metaboliseres forskelligt både af genetiske og andre årsager er det vigtigt, særligt for risikopræparater såsom lithium og tricycliske antidepressiva, at plasmamonitorere lægemidlet. Desuden kan der være interaktioner mellem præparater så nedbrydningen accelereres eller hæmmes. Endelig er det nødvendigt at være opmærksom på bivirkninger som ofte opstår snigende og ikke nødvendigvis tillægges lægemidlet af patienten.

**Ad anbefaling 11-12**

## Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 11 hviler på konsensusbaserede anbefalinger i seks internationale kliniske retningslinjer af henholdsvis høj (6, 19, 20, 23) moderat (1) og lav kvalitet (3). Anbefaling 16 hviler på konsensusbaserede anbefalinger i fire internationale kliniske retningslinjer af høj kvalitet (2, 6, 19, 23).

## Patientværdier og – præferencer

Det antages, at langt de fleste patienter accepterer udredning for selvmordsrisiko.

## Rationale for anbefalingen

Selvmordstanker, -planer -og forsøg er meget udbredte blandt patienter med depression. Derfor skal en risikovurdering indgå i udredningen. Grundlaget for vurdering af selvmordsrisiko er en klinisk vurdering af patienten som baseres på en struktureret kortlægning af de vigtigste risikofaktorer for selvmord, såsom tidligere selvmordsforsøg og psykiatrisk diagnose. Kortlægningen omfatter også at identificere, om patienten har eller har haft selvmordstanker, selvmordsplaner, selvskadende adfærd eller andre tegn på suicidalitet. Derudover indgår det at kortlægge patientens livssituation, funktionsniveau og sociale netværk, som kan være beskyttende faktorer. Det indgår i vurderingen, om patientens eventuelle afstandtagen til selvmordstanker og -planer er troværdige i forhold til anamnesen og den kliniske tilstand.

En liste over risikofaktorer for selvmord ved patienter med depression findes i Bilag 1.

Der mangler evidens for, at instrumenter til vurdering af selvmordsrisiko har tilstrækkelig pålidelighed til at forudsige fremtidige selvmord eller selvmordsforsøg. Instrumenterne kan derfor kun bruges som hjælpemiddel til at kortlægge vigtige risikofaktorer for selvmord.

**Ad anbefaling 13**

## Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen om vurdering af risiko for aggression hviler på en tilsvarende konsensusbaseret anbefaling i en international klinisk retningslinje af høj kvalitet (19).

## Patientværdier og – præferencer

Det antages, at langt de fleste patienter accepterer vurdering af aggressive tanker og adfærdsmønstre.

## Rationale for anbefalingen

Depression kan i sjældne tilfælde være forbundet med fare for andre, særligt ved psykotisk depression. At spørge ind til aggressive tanker og adfærdsmønstre under den indledende udredning kan forbedre identificeringen af patienter, der er i øget risiko for aggressiv adfærd. Derfor er anbefalingen formuleret med ”skal” på trods af anbefalingens styrke.

Hos børn og unge kan irritabilitet være et fremherskende symptom, som altid bør vurderes, ligesom det kan maskere det sænkede stemningsleje.

## Somatisk udredning

**14. Indhent anamnese om somatiske tilstande, og iværksæt udredning og behandling ved behov (D)**

**15. Objektiv undersøgelse skal omfatte blodtryk, højde (hos børn og unge) og vægt og bør suppleres med objektiv undersøgelse jævnfør anamnesen, herunder neurologisk undersøgelse ved mistanke om organisk/cerebral ætiologi (D)**

**16. Der skal suppleres med relevante parakliniske undersøgelser (D)**

**17. Udvis særlig opmærksomhed på forekomst af depression hos patienter med kroniske somatiske lidelser (D)**

**Ad anbefaling 14-17**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne hviler på tilsvarende konsensusbaserede anbefalinger i 12 internationale kliniske retningslinjer, hvoraf især "Referenceprogram for unipolar depression hos voksne" (1) af moderat kvalitet berører området. Denne er krydschecket med de øvrige retningslinjer (4, 10, 19) som er af høj kvalitet. Fra Nationalen VersorgungsLeitlinie (4) er tilføjet forhold om reproduktiv kontekst for kvinder og medtaget somatiske forhold i forbindelse med behandling af depression. For børn og unge er især anvendt en national svensk klinisk retningslinje, der er klassificeret som af lav kvalitet (11).

### Patientværdier og – præferencer

Det antages, at langt de fleste patienter vil være interesserede i at få afdækket eventuelle somatiske forhold af betydning for korrekt diagnostik, differentialdiagnostik, behandling og prognose. Der vurderes ikke at være større skadevirkninger ved dette, men brede, parakliniske undersøgelser kan medføre tilfældige fund, falsk positive resultater, og bidrage til overdiagnostisk.

### Rationale for anbefalingen

Somatiske forhold kan have væsentlig betydning for udvikling af depressive symptomer, årsagsforhold, diagnostik, differentialdiagnostik og behandling. Det er påvist i et stort dansk registerstudie, at en lang række medicinske sygdomme øger risikoen for affektiv lidelse (24). Der er ligeledes enighed om, at komorbide somatiske tilstande hos individer med depression kan påvirke behandlingseffekt og-varighed, idet de øger risikoen for behandlingsrefraktære depressive tilstande (2, 7, 23). Dette kan forværres, hvis de somatiske tilstande ikke behandles sufficient (23). Depression er forbundet med en øget forekomst af medicinske

sygdomme og øget mortalitet. Endelig er der en øget risiko for polyfarmaci, og dermed lægemiddelinteraktioner, i tilfælde af somatisk komorbiditet hos individer med depression (23).

Differentialdiagnostisk er det oftest relevant at udspørge patienten om neurologiske symptomer og symptomer på stofskiftesygdom. Risikofaktorer for vitaminmangel, ringe ernæringstilstand og evt. graviditet og menopause-status bør afdækkes.

Ved udredning af depression anbefales at spørge ind til aktuel livsstil inklusive søvnvaner og søvnforstyrrelser (7, 11) og om nødvendigt, at opfatte søvnforstyrrelser som selvstændige behandlingsmål (3). Der er en sammenhæng mellem søvnforstyrrelser/døgnrytmeforstyrrelser og depression og herunder er søvnforstyrrelser en selvstændig risikofaktor for depression og suicidalitet (4, 5, 10). Derfor er det vigtigt at spørge om tidligere og aktuelle søvnforstyrrelser, inklusive søvnapnø (25), da det giver mulighed for at rådgive om livstilændringer inklusive søvnhygiejne (3, 11).

Ligeledes anbefales der en grundig vurdering af somatiske tilstande hos børn og unge, der udredes for depression (2, 8). Børn præsenterer ofte mere diffuse somatiske komorbide symptomer end voksne (19). Som det ses hos voksne, vil somatisk komorbiditet ofte medvirke til et behov for øget behandlingsintensitet (2), og ubehandlede somatiske tilstande kan bidrage til behandlingsresistente depressive tilstande (2).

## Bemærkninger og overvejelser

Følgende blodprøver bør som minimum indgå i udredningen hos voksne:

- Hæmatologiske kvantiteter (hæmoglobin, thrombocytter og leukocytter)
- "Væsketal" (natrium, kalium og creatinin)
- "Levertal" (ALAT og basisk fosfatase)
- HbA1c
- Lipidprofil (triglycerid, total-cholesterol, HDL og LDL)
- Thyreoidea-prøver (TSH)
- Totalt calcium
- C-reaktivt protein (CRP)

Ved mistanke om mangeltilstande kan tillægges B12-vitamin (cobalamin), folat og D-vitamin (S-25-OHD). Ved mistanke om calcium forstyrrelser suppleres med ioniseret calcium og evt. PTH.

Hos børn og unge (<18 år) bør der foretages laboratorieprøver efter klinisk vurdering. Der foreligger ikke guidelines af høj kvalitet med håndfaste kriterier for, hvornår man bør foretage parakliniske test, men der er klinisk konsensus for, at tærsklen bør være lav, da depression ofte er associeret med somatisk sygdom. Det anbefales, at man foretager paraklinisk udredning fx hvis: 1) der er klinisk mistanke om somatisk årsag, 2) symptombilledet er atypisk, eller 3) behandlingen med antidepressiva ikke virker efter 3 måneder (11).

Blodprøver som må overvejes er:

- Hæmatologiske kvantiteter (hæmoglobin, thrombocytter og leukocytter)
- "Væsketal" (natrium, kalium og creatinin)
- "Levertal" (ALAT)
- B12-vitamin (cobalamin) og folat

- D-vitamin (S-25-OHD)
- HbA1c
- Thyreoidea-prøver (TSH)
- C-reaktivt protein (CRP)
- Transglutaminase IgA

Øvrige undersøgelser:

- Der bør altid tages elektrokardiogram (EKG) ved mistanke om hjertesygdom hos patienter over 50 år. Der bør tages EKG før opstart af langt de fleste antidepressive lægemidler
- MR- eller CT-scanning af hjernen er indiceret ved mistanke om organisk cerebral patologi. Typen af scanning afhænger af den kliniske situation
- Elektroencephalografi (EEG) er indiceret ved anfaldsfænomener eller mistanke herom

Såfremt de relevante undersøgelser foreligger fra henvisende enhed og er mindre end 3 måneder gamle gentages de ikke, medmindre der er særlige grunde til dette.

## Diagnose, differentialdiagnoser og psykiatrisk komorbiditet

18. **Diagnosen bør stilles af en kvalificeret kliniker med erfaring i udredning af affektiv lidelse, fx en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, eller en specialpsykolog i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri (D)**

19. **Udredningen af depression bør ikke foretages isoleret, men kun ved samtidig afdækning og vurdering af øvrig psykopatologi (D)**

20. **Diagnosen depression stilles ved klinisk vurdering af samtlige kerne- og ledsagesymptomer og varighed i henhold til ICD-10 (D)**

21. **Anvend validerede depressionsskalaer til kvantificering af de depressive symptomer som fundament for monitorering af behandlingseffekt (C)**

**Ad anbefaling 18-21**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne om diagnosticering hviler på anbefalingerne i seks kliniske retningslinjer, hvoraf tre er af høj kvalitet (2, 7, 26), to er af moderat kvalitet (1, 23), og en er af lav kvalitet (3).

### Patientværdier og – præferencer

Det antages, at de fleste patienter vil være interesseret i at medvirke til klinisk interview og vil værdisætte, ud

over undersøgelsen af symptomer, undersøgelsen af daglig funktion og oplevet livskvalitet.

## Rationale for anbefalingen

At stille diagnosen unipolar depression er vanskelig grundet de ofte uspecifikke symptomer og den høje forekomst af komorbiditet. Det er afgørende for at stille diagnosen depression, at der er tale om en episodisk tilstand og derfor ændringer ift tidligere forhold.

Hos voksne er typiske differentialdiagnoser til unipolar depressiv lidelse demens, delir, organiske affektive sindslidelser, skizofreni, bipolar lidelse, dystymi, tilpasningsreaktion, angstlidelser, personlighedsforstyrrelse og opmærksomhedsforstyrrelse. Hos børn og unge skal man have særlig fokus på angstlidelser, obsessiv-kompulsiv lidelser, spiseforstyrrelser, rusmiddelbrug, opmærksomhedsforstyrrelser, autismespektrum-forstyrrelser, adfærdsforstyrrelser og indlæringsvanskeligheder.

Bemærk at listen ikke er udtømmende. En mere detaljeret gennemgang og beskrivelse findes i Bilag 2.

Kategoriseringen består derudover af sværhedsgrad ved registrering af antal kerne- og ledsagesymptomer (Bilag 3) samt klassificeringen efter forløb og varighed, der danner grundlaget for behandlingsanbefalingerne. Det er af særlig betydning at afdække, om der foreligger melankoliforme og/eller psykotiske symptomer, idet det har betydning for behandlingsvalg hos voksne.

## Bemærkninger og overvejelser

Diagnostik af depression er kompleks pga. de tidvist uspecifikke symptomer og den høje grad af komorbiditet. Diagnosen bør derfor stilles af en kvalificeret kliniker med erfaring i udredning af affektiv lidelse, fx en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, eller en specialpsykolog i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. Hvis diagnosen stilles af en specialpsykolog skal vurderingen af evt. somatisk komorbiditet sikres. Erfarne uddannelseslæger og uddannelsespsykologer kan under supervision varetage udredning og diagnostik af depression, ligesom andre faggrupper kan bidrage i en tværfaglig vurdering.

Anvendelse af det semi-strukturerede diagnostiske interview Present State Examination (PSE) (27) kan være relevant i særlige situationer (differential diagnostisk usikkerhed, mistanke om alvorlig psykiatrisk komorbiditet, og/eller udredning på højt specialiseret niveau). PSE er den forkortede version af Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (28), som afdækker og definerer de enkelte symptomer og tegn, som bl.a. indgår i de diagnostiske ICD-10 kriterier (29).

Hos børn og unge er psykiatrisk komorbiditet meget hyppig. Det er derfor helt afgørende, at alle de diagnostiske kriterier for depression afdækkes omhyggeligt, samt at der sker en grundig screening for komorbiditet. Dette kan fx sikres ved anvendelse af et semistruktureret diagnostisk interview, hvorfor dette anbefales, når der er mistanke om væsentlig komorbiditet eller et uklart symptombillede. PSE kan anvendes hos unge, og Kiddie-SADS og DAWBA kan anvendes til både børn og unge. Udredning og behandling af komorbiditet bør ske sideløbende med udredning og behandling for depression. Dog kan det være påkrævet af behandle alvorlig depression før endelig udredning af komorbiditet er mulig, da de depressive symptomer både kan skygge for og ligne anden symptomatologi. Depression hos børn og unge opstår ofte sekundært til anden psykopatologi, fx udviklingsforstyrrelse.

Der henvises til Bilag 3 for en oversigt over ICD-10 kriterierne. ICD-10 klassificerer sværhedsgraden på baggrund af antallet af tilstedeværende symptomer i kategorierne: let, moderate og svær (29).

I klinisk sammenhæng kategoriseres depressionens sværhedsgrad ud fra en samlet vurdering af symptomtyngde, påvirkningen af funktionsevne, selvmordsrisiko og andre faktorer, såsom varighed, forløb og antal tidligere episoder (3, 7).

Til bestemmelse af sværhedsgraden af depression og monitorering af behandlingseffekt hos voksne kan der yderligere anvendes interviewinstrumentet Hamilton Depressionsskala 17-item (HAM-D17) (30). HAM-D subskalaen med 6 items (HAM-D6) er meget sensitiv over for ændringer i sværhedsgraden af depression (31). Den er nemmere at anvende i klinisk praksis og er i øvrigt egnet til vurdering af sværhedsgraden af depression hos ældre, inklusiv ældre med demens (25).

HAM-D17 kan også anvendes til unge til vurdering af sværhedsgrad og/eller behandlingseffekt, men man skal være opmærksom på, at skalaen ikke er valideret til denne aldersgruppe (<18 år). Hos børn og unge i alderen 6-17 år kan anvendes Mood and Feelings Questionnaire til vurdering af sværhedsgrad og/eller behandlingseffekt ved udfyldelse af barn/ung og forældre (32).

Til vurdering af funktionsevne hos voksne kan f.eks. anvendes Functional Assessment Short Test (FAST) (33). Hos børn og unge kan man anvende C-GAS (34) eller GAF (35).

# 4. Referencer


1. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. 2007.(M)
2. Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023;62(5):479-502.(H)
3. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2021;55(1):7-117. (L)
4. Nationale VersorgungsLeitlinie. Nationalen VersorgungsLeitlinie – Unipolare Depression. 2022. (H)
5. Lam RW, Kennedy SH, Parikh SV, MacQueen GM, Milev RV, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Introduction and Methods. Can J Psychiatry. 2016;61(9):506-9. (M)
6. Malaysian Health Technology Assessment Section (MaHTAS). Management of major depressive disorder 2019; Second edition. 2019. (H)
7. National Institute for Health Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. 2022. (H)
8. National Institute for Health Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management. 2019. (H)
9. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, Glad-Pc Steering G. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. Pediatrics. 2018;141(3). (M)
10. Alan J. Gelenberg, Marlene P. Freeman, John C. Markowitz, Jerrold F. Rosenbaum, Michael E. Thase, Madhukar H. Trivedi, et al. PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Major Depressive Disorder (Third Edition). 2010. (H)
11. Jarbin HZ M, Henrikson, Linda Halldner; Hallerbäck, Maria Unenge; Kantzer, Anne-Katrin. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av depression. In: ungdomspsykiatri. Stockholm; 2024. (L)
12. Xiang Y, Cao R, Li X. Parental education level and adolescent depression: A multi-country meta-analysis. J Affect Disord. 2024;347:645-55.(2a)
13. Kohler CA, Evangelou E, Stubbs B, Solmi M, Veronese N, Belbasis L, et al. Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. J Psychiatr Res. 2018;103:189-207.(2a)
14. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. BMC Psychiatry. 2018;18(1):156. (2a)
15. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. J Affect Disord. 2020;274:880-96. (2a)
16. Ronnblad T, Gronholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B, et al. Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Scand J Work Environ Health. 2019;45(5):429-43. (2a)
17. Buckman JEJ, Saunders R, Stott J, Cohen ZD, Arundell LL, Eley TC, et al. Socioeconomic Indicators of Treatment Prognosis for Adults With Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2022;79(5):406-16. (1a)
18. Buckman JEJ, Underwood A, Clarke K, Saunders R, Hollon SD, Fearon P, et al. Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. Clin Psychol Rev. 2018;64:13-38. (2a)
19. Silverman JJ, Galanter M, Jackson-Triche M, Jacobs DG, Lomax JW, 2nd, Riba MB, et al. The American

Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults. Am J Psychiatry. 2015;172(8):798-802. (H)
20. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. 2021. (H)
21. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. Alcohol Clin Exp Res. 2003;27(1):67-73.
22. Hildebrand M. The Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A Review of Recent Research. J Subst Abuse Treat. 2015;53:52-9.
23. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. Can J Psychiatry. 2016;61(9):510-23. (H)
24. Momen NC, Ostergaard SD, Heide-Jorgensen U, Sorensen HT, McGrath JJ, Plana-Ripoll O. Associations between physical diseases and subsequent mental disorders: a longitudinal study in a population-based cohort. World Psychiatry. 2024;23(3):421-31.
25. Korner A, Lauritzen L, Abelskov K, Gulmann NC, Brodersen AM, Wedervang-Jensen T, et al. Rating scales for depression in the elderly: external and internal validity. J Clin Psychiatry. 2007;68(3):384-9.
26. Gelenberg AJ. Using assessment tools to screen for, diagnose, and treat major depressive disorder in clinical practice. J Clin Psychiatry. 2010;71 Suppl E1:e01. (H)
27. Wing JK, Birley JL, Cooper JE, Graham P, Isaacs AD. Reliability of a procedure for measuring and classifying "present psychiatric state". Br J Psychiatry. 1967;113(498):499-515.
28. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Arch Gen Psychiatry. 1990;47(6):589-93.
29. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992.
30. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol. 1967;6(4):278-96.
31. Bech P, Gram LF, Dein E, Jacobsen O, Vitger J, Bolwig TG. Quantitative rating of depressive states. Acta Psychiatr Scand. 1975;51(3):161-70.
32. Eg J, Bilenberg N, Costello EJ, Wesselhoeft R. Self- and parent-reported depressive symptoms rated by the mood and feelings questionnaire. Psychiatry Res. 2018;268:419-25.
33. Sletved KSO, Schwarz RM, Kessing LV, Vinberg M. [Not Available]. Ugeskr Laeger. 2023;185(45).
34. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry. 1983;40(11):1228-31.
35. Aas IH. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). Ann Gen Psychiatry. 2011;10:2.
36. O'Sullivan R, Inouye SK, Meagher D. Delirium and depression: inter-relationship and clinical overlap in elderly people. Lancet Psychiatry. 2014;1(4):303-11.
37. Krynicki CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2018;137(5):380-90.
38. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J Biol Psychiatry. 2013;14(5):334-85.
39. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. BMC Psychiatry. 2017;17(1):302.

# 5. Metode

## Litteratursøgning

Litteratursøgningen til denne kliniske retningslinje er foretaget i perioden 6. december 2023 - 1. juli 2024. Der er foretaget fire systematiske litteratursøgninger: 1) En søgning efter kliniske retningslinjer fra 2007 til 6. december 2023, 2) en opdateret søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og meta-analyser) fra 2018 til 20. marts 2024, 3) en emnespecifik søgning om ensomhed efter sekundærlitteratur fra 2018 til 11. juni 2024 og 4) en emnespecifik søgning om sværhedsgrad af depression efter sekundærlitteratur fra 2014 til 1. juli 2024. Der er siden på baggrund af høringssvar inddraget en ny svensk retningslinje publiceret juli 2024 (ref nr (11)). Søgeprotokollerne er tilgængelige ved kontakt til Retningslinjesekretariatet på rkkp.retningslinjesekretariatet@rm.dk.

Derudover blev der søgt ad hoc via referencer og google efter yderligere referencer.

## Litteraturgennemgang

Forfattergruppen har anvendt systemet COVIDENCE til at understøtte udvælgelsen af litteratur. Krzysztof Gbyl, Christoffer Cramer Lundsgaard og Aake Packness har været med til at udvælge retningslinjer. De artikler som er valgt ud, er kvalitetsvurderet af Retningslinjesekretariatet ved hjælp af validerede instrumenter. Guidelines er kritisk vurderet ved AGREE II, systematiske reviews ved AMSTAR, diagnostiske tests studier ved QUADAS-2, prognostiske studier ved QUIPS, observationelle studier ved ROBIN-I og RCT-studier ved ROB 2. Studiernes evidensniveau og styrke blev efterfølgende vurderet – vurderingen fremgår i parentes efter referenceangivelsen i litteraturlisten.

I vægtningen af inddraget evidens fra guidelines har forfattergruppen lagt vægt på kvaliteten vurderet ved AGREE II. Forfattergruppen har ekstraheret anbefalinger fra guidelines med relevans for emnet, sammenholdt dem med hinanden og kvaliteten og på den måde diskuteret sig frem til den bedst mulige syntese.

## Formulering af anbefalinger

Speciallæge Krzysztof Gbyl var formand for forfattergruppen frem til marts 2024, hvor Anders Jørgensen overtog formandskabet sammen med Aake Packness. Forfattergruppen har på grund af emnets omfang og antallet deltagere været opdelt i to undergrupper for henholdsvis anamnese samt diagnostik og differentialdiagnostik. Der har været afholdt en blanding af videomøder og fysiske møder, hvor der på grundlag af de tilgængelige retningslinjer og evidens er formuleret en række anbefalinger til emnet. Anbefalingerne har været drøftet dels i undergrupperne, dels samlet. Ordlyden i anbefalingerne er gennemgående drøftet, herunder de såvel positive som negative konsekvenser anbefalinger kan have. Anbefalingerne og deres ordlyd er godkendt af forfattergruppen på et fysisk møde d. 29. august 2024 inden retningslinjen blev sendt i høring (se nedenfor).

## Interessentinvolvering

Der har ikke været patienter eller pårørende direkte involveret i udarbejdelsen af nærværende retningslinje.

Retningslinjen har i høringsfasen været sendt til relevante patientforeninger.

Generalsekretæren for Danske Depressionsforening har dog deltaget i forfattergruppemøderne.

## Høring

Retningslinjen har været i høring i fire uger fra 1. oktober til 30. oktober 2024. Der er modtaget høringssvar fra 12 interessenter. Retningslinjen er revideret af formandskabet på baggrund af høringssvarene bistået af Rikke Wesselhøft og Merete Sørensen med gennemgang vægtet på det børne- og ungdomspsykiatriske område og Klaus Martiny vedr. søvn. Det reviderede oplæg er efterfølgende fremsendt til forfattergruppen 29. november, drøftet og godkendt med enkelte mindre rettelser på et virtuelt møde den 10. december 2024.

## Godkendelse

### Faglig godkendelse:

DMPG'en godkender det faglige indhold i retningslinjen og beslutter processen i den eksterne høring. Lægedirektør Forum godkender herefter retningslinjen, for at vurdere implementeringsmuligheder - og udfordringer. Ikke som en kontrolmekanisme, men som en måde at sikre økonomisk og organisatorisk opbakning til retningslinjerne, og dermed understøtte succesfuld implementering i praksis.

Retningslinjen er fagligt godkendt den 7. januar 2025.

### Administrativ godkendelse:

Retningslinjen er godkendt af Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer den 10. januar 2025.

## Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Det vurderes ikke, at de anførte anbefalinger vil udløse en betydelig merudgift. De anførte minimumsblodprøver indgår allerede altovervejende i de eksisterende regionale retningslinjer.

## Behov for yderligere forskning

Unipolar depression er et heterogent syndrom med mange mulige præsentationsformer, differentialdiagnoser og komorbiditeter. I lighed med andre psykiske lidelser er der foreløbigt ikke etableret objektive biologiske parametre, der kan støtte diagnosticeringen af depression. Det er imidlertid muligt, at nye teknologier som kunstig intelligens, der kan håndtere store mængder data om den enkelte patient, herunder genetiske data, vil kunne øge den diagnostiske sikkerhed ved at kombinere individuelle datakilder på nye måder. Det er vigtigt at understrege, at sådanne metoder ville skulle afprøves igennem traditionelle randomiserede studier, idet det ikke på forhånd er givet, at nye teknologier vil have positiv effekt for patienterne.

Depression er forbundet med en betydelig diagnostisk instabilitet, idet mange patienter, der debuterer med depression, diagnosticeres med andre psykiske lidelser over tid. Det er således muligt at en mere langvarig opfølgning af patienter, der debuterer med depression, vil kunne give en større diagnostisk sikkerhed og

bidrage til at gribe de patienter, hvor tilstanden udvikler sig i en ny diagnostisk retning. Denne hypotese ville kunne undersøges forskningsmæssigt i forskellige studiedesigns.

## Forfattere og habilitet

Efter anbefaling fra Retningslinjesekretariatet blev der nedsat en større forfattergruppe. Denne var tilstræbt at repræsentere de primære aktører på området (specialiseret offentlig psykiatri, almen praksis, patientforeninger børne- og ungdomspsykiatri samt psykologer). Det har ligeledes været et centralt ønske, at forfattergruppen udgøres af klinikere.

Medlemmer af forfattergruppen:

- Aake Packness, sygeplejerske ph.d., Region Sjælland
- Anders Jørgensen, overlæge, ph.d., kliniske forskningslektor, Psykiatrisk Center København
- Claus Rendtorff, speciallæge i almen medicin
- Christine Spielberg Beyer, BU-psykolog, PC Glostrup
- Christoffer Cramer Lundsgaard, YL, ph.d. stud., PC Glostrup
- Hans Mørch Jensen, praktiserende speciallæge i psykiatri, Region Hovedstaden
- Gustav Bizik, overlæge, ph.d., AAUH Psykiatrien
- Klaus Martiny, professor, overlæge, ph.d., dr.med., PC København
- Maj Vinberg, professor, overlæge, ph.d., dr.med., PC Nordsjælland
- Mette Kragh, sygeplejerske, ph.d., Region Midt
- Merete Juul Sørensen, praktiserende speciallæge i BU-psykiatri, Region Midt
- Morten Ronnenberg Møller, Generalsekretær for Depression Foreningen
- Nikolaj Ladegaard specialpsykolog, ph.d., AUH Psykiatrien
- Vibe Gedsø Frøkjær, professor overlæge, PC København
- Rikke Wesselhøft, forskningsleder og ledende overlæge BUP, Syddansk Universitet, Region Syddanmark

Herudover har forfattergruppen fået sekretærbistand af Line Fønss, PA og forskningssekretær, generøst stillet til rådighed af PC Glostrup. Formandskabet er meget taknemmelig.

Jf. Habilitetspolitikken indsættes nedenstående tekst og link:

For detaljerede samarbejdsrelationer henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger

Samlet vurdering af habilitet for forfattergruppen: Ingen interessekonflikter.

## Plan for opdatering

Retningslinjen omfatter ikke tidlig opsporing af depression hos særligt disponerede grupper f.eks. i almen praksis, da der pågår et selvstændigt arbejde i Dansk Selskab for Almen Medicin om dette emne. Retningslinjen forventes derfor opdateret på dette område ved kommende revisioner. Retningslinjen vil desuden blive tilpasset ICD-11, når dette bliver relevant. Retningslinjen planlægges opdateret i januar 2028 i regi af DMPG-depression.

## Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 1.0 af skabelonen.

# 6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra Dansk Depressionsdatabase i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer.

Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, herunder hvilke specifikke processer og resultater der monitoreres i databasen.

# 7. Bilag

## Bilag 1 - Særlige risikofaktorer for selvmord i forbindelse med en depressiv episode er:

Ikke-modificerbare faktorer:

- Ældre mænd
- Tidligere selvmordsforsøg
- Historik af selvskadende adfærd
- At være en seksuel minoritet
- Familiehistorik af selvmord
- Historik af juridiske problemer

Symptomer og livsbegivenheder:

- Aktive selvmordstanker
- Håbløshed
- Psykotiske symptomer
- Angst
- Impulsivitet
- Sværhedsgraden af depression
- Psykomotorisk agitation*
- Lavt selvværd*
- Stressfulde livsbegivenheder såsom tab af nærtstående* eller økonomisk stress (f.eks. konkurs) og viktimisering
- Manglende social støtte

Komorbide tilstande:

- Rusmiddelsdiagnose (især alkohol relateret)
- Posttraumatisk stresslidelse
- Samtidige personlighedsforstyrrelser (især klynge B personlighedsforstyrrelser)
- Kroniske smertefulde medicinske tilstande (f.eks. migrænehovedpine, gigt)
- Kræft

(6, 23)

## Bilag 2 - Differentialdiagnostik

**Demens (F00-F03)**

Differentialdiagnosen mellem demens og depression kan være udfordrende, da begge tilstande kan præsentere sig med kognitive forstyrrelser. Mistanken om en mulig dementiel udvikling eller egentlig demenstilstand opstår typisk hos ældre patienter. Depressive patienter kan opleve kognitive vanskeligheder, der ligner dem ved demens, såsom problemer med hukommelse og koncentration. Der er dog flere kliniske træk, der kan hjælpe med at skelne mellem de to tilstande.

Hos patienter med depression er kognitive forstyrrelser ofte forbundet med nedsat indsats og øget oplevelse af manglende evne. Depressive patienter kan rapportere manglende evne til at tænke eller huske, men de viser ikke de kortikale dysfunktioner (f.eks. afasi, apraksi, agnosi), der er karakteristiske for demenssygdomme. Derimod erkender patienter med demens, især i de mere fremskredne stadier, typisk ikke deres kognitive svigt, da deres indsigt er nedsat. Det skal bemærkes, at en demensdiagnose generelt ikke bør stilles hos en aktuelt deprimeret patient, eftersom depressive symptomer kan imitere demenssymptomer og således give falsk positivt resultat.

Ref.: (1, 10)

**Delir (F05)**

Differentialdiagnosen mellem delir og depression kan være udfordrende, da begge tilstande kan præsentere sig med kognitive forstyrrelser. Delir er en akut konfusionstilstand, der typisk udvikler sig over timer til dage og ofte er forbundet med en underliggende medicinsk tilstand, mens depression udvikler sig mere gradvist over uger og ofte er relateret til psykologiske stressorer.

Hos patienter med delir ses ofte en akut ændring i opmærksomhed og bevidsthedsniveau, hvilket adskiller sig fra depression, hvor sådanne ændringer ikke er lige så markante. Kognitive forstyrrelser ved depression er ofte forbundet med nedsat indsats og en følelse af manglende evne, mens patienter med delir kan udvise desorientering og forvirring om tid og sted.

Delir kan også præsentere sig med affektive forstyrrelser såsom angst, frygt, depression og irritabilitet, men disse symptomer er ikke centrale elementer i diagnosen, som det er tilfældet ved depression. I delir ses ofte en betydelig forstyrrelse i søvn-vågen cyklus med fragmentering eller omvendt søvnmønster, mens depression typisk involverer initial eller sen insomni.

Ref.: (36)

**Organiske affektive sindslidelser (F06.3)**

Differentialdiagnosen mellem organiske affektive sindslidelser og unipolar affektiv sindslidelse kan være udfordrende, da begge tilstande kan præsentere sig med depressive symptomer. Før en diagnose af unipolar depression kan stilles, skal en organisk ætiologi udelukkes.

Hos patienter med organiske affektive sindslidelser er symptomerne ofte forbundet med en underliggende medicinsk tilstand, såsom primær cerebral lidelse, systemiske sygdomme, der sekundært afficerer hjernen,

eksogene toksiske substanser eller hormoner, endokrine lidelser eller andre somatiske sygdomme. Disse patienter kan præsentere sig med lignende depressive symptomer som ved unipolar depression, såsom vedvarende tristhed, tab af interesse, søvnforstyrrelser og kognitive vanskeligheder.

Der er dog flere kliniske træk, der kan hjælpe med at skelne mellem de to tilstande. Organiske affektive sindslidelser viser ofte yderligere symptomer, der ikke ses ved unipolar depression, såsom neurologiske udfald og ændringer i bevidsthedsniveau. Desuden kan symptomerne på organiske affektive sindslidelser ofte forbedres ved behandling af den underliggende medicinske tilstand, mens unipolar depression typisk kræver psykologisk behandling og/eller antidepressiva.

En grundig anamnese med inddragelse af pårørende om muligt, somatisk vurdering, inklusive laboratorieprøver og evt. billeddiagnostik, er essentiel for at identificere en mulig organisk årsag til de depressive symptomer.

Ref: (1)

**Skizofreni (F20)**

Differentialdiagnosen mellem skizofreni og unipolar depression kan være udfordrende, især i de tidlige stadier, hvor negative symptomer ved skizofreni og depressive symptomer kan overlappe. Begge tilstande kan præsentere sig med anhedoni, nedsat energi, manglende motivation og social tilbagetrækning, hvilket gør det vanskeligt at skelne mellem dem. Der er dog også væsentlige forskelle. Symptomer som lavt humør, selvmordstanker og pessimisme er karakteristiske for depression, mens talefattigdom og affektiv fladhed har større specifik betydning for negative symptomer ved skizofreni.

Patienter med skizofreni udviser ofte nedsat erkendelse af deres kognitive svækkelser og symptomer, hvilket er mere almindeligt og udtalt end hos patienter med depression. En undtagelse er dog psykotisk depression, hvor vrangforestillinger kan forstyrre sygdomsindsigten markant. Psykotiske symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger er karakteristiske for skizofreni, mens de sjældent optræder ved unipolar depression, og disse symptomer kan derfor hjælpe med at skelne mellem de to lidelser.

Ved psykotisk depression kan vrangforestillinger og hallucinationer forekomme, hvilket yderligere komplicerer differentialdiagnosen. Disse symptomer er ofte stemningskongruente, hvilket vil sige, at de afspejler patientens depressive tilstand, som eksempelvis vrangforestillinger om skyld, værdiløshed eller at være en byrde. De kan dog sjældnere have stemningsinkongruent karakter. Hvis hallucinationer er til stede, involverer de ofte stemmer, der kritiserer eller anklager patienten. De psykotiske symptomer ved skizofreni fremstår ofte mere bizarre og usandsynlige i deres natur. Endvidere vil de psykotiske symptomer ved depression være tidsmæssigt sammenfaldende med ændringen i stemningslejet.

Ref.: (1, 37)

**Bipolar lidelse (F31)**

Differentialdiagnosen mellem bipolar affektiv sindslidelse og unipolar depressiv lidelse kan være kompleks, da begge tilstande kan præsenteres med samme symptomer. For at stille diagnosen unipolar affektiv sindslidelse må der ikke tidligere have været episoder med hypomani, mani eller blandingstilstand. Hos patienter med

bipolar affektiv sindslidelse er episoder med mani eller hypomani, kendetegnet ved løftet stemningsleje, øget energi, selvovervurdering, nedsat søvnbehov og impulsiv adfærd. Disse episoder skifter ved bipolar affektiv sindslidelse med perioder med depression, der ligner dem, der ses ved unipolar depression.

En blandingsepisode kan præsentere sig med symptomer, der både inkluderer depressive og maniske træk, hvilket gør det udfordrende at skelne den fra en ren depressiv episode så kan være præget af svær agitation og uro. Depressive symptomer i en blandingsepisode kan kvalitativt ligne dem ved en depressiv episode, såsom tristhed, tab af interesse, skyldfølelse og nedsat energi. I en blandingsepisode forekommer der ofte flere depressive symptomer samtidigt med eller hyppigt skiftende med flere maniske symptomer som irritabilitet, tankemylder, øget taletrang eller øget aktivitet.

En grundig anamnese og vurdering af patientens tidligere episoder med stemningslejeændringer er essentiel for at stille den korrekte diagnose. Det er særligt vigtigt at inkludere pårørende i udredningsprocessen ved mistanke om bipolar lidelse, da de kan give værdifulde oplysninger om patientens tidligere adfærdsmønstre og stemningslejeændringer, som patienten selv måske ikke kan huske eller er opmærksom på.

Ref.: (1, 10, 38)

**Dystymi (F34.1)**

Differentialdiagnosen mellem dystymi og unipolar depressiv lidelse kan være udfordrende, da begge tilstande indebærer depressive symptomer. Dystymi, også kendt som vedvarende depressiv lidelse, er karakteriseret ved en kronisk form for depression, hvor symptomerne varer i mindst to år med konstant eller hyppig tilbagevendende forstemning , men ofte med en mindre intensitet end ved unipolar depression.

Hos patienter med dystymi ses depressive symptomer såsom tristhed, tab af interesse, lavt selvværd og håbløshed. Disse symptomer er ofte mindre udtalte, men ofte mere langvarige sammenlignet med de akutte episoder af svær depression, der ses ved unipolar depressiv lidelse.

Forskellen mellem dystymi og unipolar depressiv lidelse ligger primært i symptomernes varighed og intensitet. Mens unipolar depression typisk involverer mere alvorlige og invaliderende symptomer, som kan opstå pludseligt og skal vare i mindst to uger, er dystymi kendetegnet ved milde til moderate depressive symptomer, der vedvarer over en længere periode uden signifikante remissioner.

Det er vigtigt at gennemføre en grundig anamnese for at vurdere varigheden og karakteren af de depressive symptomer. Involvering af pårørende i udredningsprocessen kan være særligt nyttig, da de kan give værdifulde oplysninger om patientens langvarige humørmønstre og funktion, som patienten selv måske ikke fuldt ud er klar over eller kan rapportere præcist.

Ref.: (4).

**Tilpasningsreaktion (F43.2)**

Tilpasningsreaktion og depressiv episode kan præsentere sig med lignende symptomer som tristhed, tab af interesse, skyldfølelse, søvnforstyrrelser og nedsat energi, hvilket kan gøre differentialdiagnosen vanskelig.

Tilpasningsreaktion opstår som en reaktion på en identificerbar psykosocial stressor, med symptomer der

debuterer inden for tre måneder og er relativt kortvarige. Symptomerne er typisk mindre alvorlige og aftager, når individet tilpasser sig stressoren eller stressoren fjernes.

Depressive episoder kan opstå uden en specifik udløsende faktor og er ofte mere vedvarende og gennemgribende, med alvorlige symptomer som håbløshed og selvmordstanker.

Forskellen mellem tilpasningsreaktion og depressiv episode ligger i symptomernes varighed, alvorlighed og relation til en identificerbar stressor. Ved tilpasningsreaktion er der en klar sammenhæng med en stressor, og symptomerne aftager typisk med tiden, mens depressive episoder er mere vedvarende og omfattende uden nødvendigvis at være udløst af en specifik stressor. Hvis kriterierne for depression er opfyldt, skal der stille en depressions diagnose.

Ref.: (10).

**Angsttilstande (F40-F41)**

Differentialdiagnosen mellem angsttilstande og unipolar depressiv lidelse kan være kompleks, da disse tilstande deler flere centrale symptomer såsom angstsymptomer, irritabilitet, søvnforstyrrelser og koncentrationsbesvær. Størstedelen af patient med depression har angst men det indgår ikke i diagnosekriterierne for depression. Angsttilstande, som omfatter generaliseret angstlidelse, panikangst og fobier, kan ofte koeksistere med depression, hvilket gør en korrekt vurdering afgørende for at guide til målrettet behandling og forbedre patientudfald.

Angst og depression har både unikke og overlappende symptomer. For eksempel er vedvarende angst og bekymring centrale symptomer ved angsttilstande, mens vedvarende tristhed og tab af interesse eller glæde er kendetegnende for depression. Når begge tilstande er til stede, er det vigtigt at behandle depressionen primært, da depression ofte kan forværre angsttilstanden og påvirke patientens evne til at håndtere angstsymptomer.

Hos patienter med angsttilstande kan symptomer som hjertebanken, svedeture, rysten, svimmelhed og en følelse af forestående katastrofe (panikfølelse) være fremtrædende. Disse somatiske symptomer ses ogs ved navnlig sværere depression.

En del patienter med depression viser sig at have bestående angstlidelser som har været tilstede i hele voksenlivet og som kan kræve selvstændig behandling når de depressive tilstande er lettet.

Ref.: (1).

**Personlighedsforstyrrelse (F60)**

Differentialdiagnosen mellem personlighedsforstyrrelser og unipolar depressiv lidelse kan være udfordrende, da personlighedsforstyrrelser ofte præsenterer symptomer, der overlapper med depression. Personlighedsforstyrrelser er karakteriseret ved vedvarende mønstre af adfærd og oplevelser, der afviger markant fra kulturelle normer, og som begynder i ungdommen eller tidlig voksenalder.

Depressive symptomer kan forværre eller ligne træk ved personlighedsforstyrrelser, hvilket kan komplicere den diagnostiske proces. For eksempel kan personer med borderline personlighedsforstyrrelse opleve intens

tristhed, tomhed og selvmordstanker, der ligner symptomer på depression. Ligeledes kan personer med undvigende personlighedsforstyrrelse præsentere med lavt selvværd og social tilbagetrækning, som også ses ved depression.

For at skelne mellem personlighedsforstyrrelser og unipolar depressiv lidelse er det vigtigt at overveje symptomernes varighed og konteksten, hvori de opstår. Personlighedsforstyrrelser viser vedvarende mønstre af adfærd og følelsesmæssige reaktioner, der er stabile over tid og på tværs af forskellige situationer. I kontrast hertil er depressive episoder ved unipolar depression ofte mere afgrænsede i tid og kan udløses af specifikke livsbegivenheder eller stressorer.

En anden forskel ligger i patientens selvopfattelse og indsigt. Personer med depression kan ofte identificere en periode, hvor de følte sig anderledes eller normalt fungerende, mens personer med personlighedsforstyrrelser typisk ikke oplever denne kontrast, da deres adfærdsmønstre og følelsesmæssige reaktioner har været stabile gennem livet.

Det er også vigtigt at overveje interpersonelle relationer. Personer med personlighedsforstyrrelser har ofte vedvarende problemer i deres relationer med andre, hvilket kan inkludere intense og ustabile forhold eller undgåelse af sociale interaktioner. Disse mønstre er mindre typiske for unipolar depression, hvor sociale problemer ofte er et resultat af de depressive symptomer snarere end en del af en vedvarende adfærdsmæssig tendens.

En grundig anamnese og vurdering af patientens livslange adfærdsmønstre og relationer er nødvendig for at skelne mellem depression og personlighedsforstyrrelser. Involvering af pårørende i udredningsprocessen er særligt vigtig, da de kan give værdifuld information om patientens adfærdsmønstre og følelsesmæssige reaktioner over tid, som patienten selv måske ikke er bevidst om eller kan rapportere nøjagtigt.

Ref.: (10).

**Opmærksomhedsforstyrrelse (F90)**

Differentialdiagnosen mellem ADHD og depression kan være udfordrende, da begge tilstande kan præsentere sig med symptomer på opmærksomhedsproblemer og energimangel, og nedsat arbejdsevne. Begge tilstande kan også føre til social tilbagetrækning, hvilket kan komplicere den diagnostiske proces.

Problemer med opmærksomhed og koncentration ved ADHD er vedvarende over tid fra barndommen (er ikke episodiske) og er derfor ikke tidsmæssigt knyttet til ændringer i humør eller energi. Hos patienter med ADHD er opmærksomhedsproblemer og lav energi ofte relateret til vanskeligheder med tidshåndtering, organisering og gennemførelse af opgaver. Disse symptomer er typisk ikke relateret til humørforstyrrelser. Patienter med ADHD kan også udvise impulsivitet og rastløshed, hvilket ikke er karakteristisk for depression, selvom patienter med agiteret depression kan forveksles. Derudover har personer med ADHD ofte en vis erkendelse af deres opmærksomhedsproblemer, men kan undervurdere alvoren eller konsekvenserne af deres symptomer.

Depressive patienter oplever derimod ofte symptomer som lavt humør, håbløshed, selvmordstanker og en generel mangel på energi og motivation. Kognitive forstyrrelser ved depression er ofte forbundet med nedsat indsats og øget oplevelse af manglende evne. Depressive patienter rapporterer ofte en manglende evne til at

tænke eller huske og er typisk mere tilbøjelige til at være opmærksomme på og bekymrede over deres symptomer sammenlignet med patienter med ADHD og er plaget af selvbebrejdelser.

Det er vigtigt at bemærke, at mens både ADHD og depression kan præsentere sig med lav energi og manglende motivation, er der specifikke symptomer som hyperaktivitet og impulsivitet i ADHD, der adskiller sig fra depressionens karakteristiske træk som håbløshed og selvmordstanker.

Ref: (39).

## Bilag 3 - Kerne- og ledsagesymptomer efter ICD

| Symptom | Karakteristika | Sværhedsgrad | | |
|---|---|---|---|---|
| **Kernesymptomer** | | **Antal symptomer** | | |
| Nedtrykthed | * Nedslåethed, fortvivlelse; ufølsomhed over for positive og negative begivenheder, hurtig irritabilitet, følelse af overvældelse.<br>* ofte i kombination med følelser af angst/frygt for fremtiden og usikkerhed<br>* Ændring i humør fra dag til dag uanset livsbetingelser<br>* Karakteristiske daglige udsving, f.eks. udtalt "morgen trist" | ≥ 2 | ≥ 2 | = 3 |
| Nedsat lyst eller interesse | * Ingen interesse eller engagement i hverdagens aktiviteter (job, husstand)<br>* Ingen interesse eller nydelse i tidligere hobbyer og fritidsaktiviteter<br>* Fald i aktivitetsniveau | | | |
| Nedsat energi, øget trætbarhed [1] | * Forsømmelse af- og hurtig udmattelse ved simple hverdagsaktiviteter (husholdning, personlig hygiejne)<br>* Ingen interesse for sociale kontakter<br>* Tilbagetrækning | | | |
| **Ledsagesymptomer** | | | | |
| Tænke- eller koncentrationsbesvær | Begrænsning i tænkning<br>* Besvær med at træffe beslutninger eller ubeslutsomhed<br>* tilbagevendende grublerier, selvtvivl og ængstelse | ≥ 1 | ≥ 3 | ≥ 5 |
| Nedsat selvværd og selvtillid [2] | * Tab af tillid til egne evner, f.eks. på arbejde, i sociale kontakter, i fritidsaktiviteter eller husførelse | | | |
| Selvbebrejdelser eller skyldfølelse | * Selvbebrejdelse<br>* Urealistiske/overdrevne skyldfølelser i en faglig eller social sammenhæng | | | |
| Psykomotorisk agitationt eller hæmning | * Indre uro, følelse af at være ”oppe og køre”<br>* Rastløshed, taletrang<br>* Ordknaphed, stille monoton tale, langsom tale<br>* Forsinkede reaktioner, langsomme bevægelser, nedsatte mimik | | | |
| Håbløshed[3] | * Urealistisk pessimistiske fremtidsforventninger, herunder til prognose<br>* Generelt negativt selv- og verdensbillede og følelse af håbløshed | | | |
| Søvnforstyrrelser | * Søvnløshed<br>* Vanskelighed ved at sove igennem, tidlig opvågning, og indsovningsbesvær<br>* Sjældent hypersomni: øget søvn i løbet af dagen, langvarig nattesøvn | | | |
| Forstyrret appetit | * Følelse af at måtte tvinge sig selv til at spise<br>* Betydeligt vægttab | | | |
| Tanker om død eller selvmord | * Ønske om at dø hurtigt af en uhelbredelig sygdom eller en ulykke<br>* Mere eller mindre konkrete overvejelser for aktivt at afslutte sit eget liv<br>* delvis relateret til vrangforestillinger og hallucinationer: f.eks. overbevisning om, at man kun gennem sin egen død kan redde familien eller betale af på en stor gæld | | | |
| Varighed mere end to uger | | √ | √ | √ |
| | | Let | Moderat | Svær |
| | Psykotiske symptomer | F32/33.0 | F32/33.1 | F32/33.2<br>F32/33.3 |

1 I ICD-11 er nedsat energi ikke et af kernesymptomerne, men et af de ledsagende symptomer.
[2] I ICD-11 er selvværd/selvtillid og skyldfølelse/værdiløshed sammenfattet som ét kriterium.
[3] "Håbløshed" er ikke inkluderet som et selvstændigt kriterium i ICD-10; I ICD-11 er det nyt som et yderligere kognitivt symptom.

Ref: (4).