

# Maniske symptomer hos depressive patienter i almen praksis



Camilla Brinkmann Bak-Ipsen  
Christina Hebsgaard Bjerg  
Ninna Grønhøj Skovgård

FT 61  
Vejleder: Annemette Bondo Lind

## **Indholdsfortegnelse**

<b>Introduktion</b>	<b>s. 3</b>
Case	<b>s. 3</b>
Hypotese	<b>s. 4</b>
Forskningsspørgsmål	<b>s. 4</b>
<b>Baggrund</b>	<b>s. 4</b>
Diagnosticering	<b>s. 4</b>
Psykometriske tests	<b>s. 6</b>
Farmakologisk behandling	<b>s. 6</b>
<b>Metode</b>	<b>s. 7</b>
Journalaudit fra praksis; kvantitative data	<b>s. 7</b>
Interview i praksis; kvalitative data	<b>s. 8</b>
<b>Resultater</b>	<b>s. 8</b>
Journalaudit fra praksis; kvantitative data	<b>s. 8</b>
Interview i praksis; kvalitative data	<b>s. 8</b>
<b>Diskussion</b>	<b>s. 10</b>
Kliniske implikationer	<b>s. 11</b>
Styrker og svagheder	<b>s. 11</b>
<b>Konklusion</b>	<b>s. 12</b>
<b>Referencer</b>	<b>s. 13</b>
<b>Bilag 1</b>	<b>s. 15</b>

## Introduktion

I almen praksis ser man mange patienter med depressive symptomer, og diagnosen depression stilles ofte. Den estimerede livstidsrisiko er på 17-18 %<sup>1</sup>. Sundhedsstyrelsen angiver prævalensen til 150.000 danskere, der opfylder kriterierne for depression, som angivet i den internationale sygdomsklassifikation, ICD-10<sup>1</sup>.

Hos patienter, der klager over kernesymptomerne på depression (forsænket stemningsleje, nedsat lyst og nedsat energi) er det nærliggende at udrede nærmere og stille diagnosen unipolar depression eller major depressive disorder (MDD). De let til moderat deprimerede patienter forventes behandlet i almen praksis, hvorimod de svært deprimerede kan have behov for at blive behandlet ved psykiater. Mange af de deprimerede behandles med antidepressiv medicin, hvorfor det især er vigtigt, at indikationen for behandlingen er på plads<sup>2</sup>.

McIntyre et al.<sup>3</sup> skriver i sit review, at minimum 50 % af de bipolare patienter initialt præsenterer sig med en depressiv episode. Ifølge Sundhed.dk vil det hos 20 % af patienter med depressiv lidelse på et tidspunkt manifestere sig som bipolar affektiv sindslidelse (BAL)<sup>4</sup>, og ikke unipolar depression som først antaget.

Begge tal understøtter vigtigheden af at have bipolaritet for øje hos de depressive patienter. BAL er en kronisk og kompleks lidelse, der ifølge flere studier er associeret med nedsat livskvalitet, funktionsnedsættelse, kognitive udfordringer, og øget mortalitet<sup>5</sup>.

I litteraturen er livstidsrisikoen for BAL angivet til 4,5%<sup>6</sup>. Det skønnes, at BAL forekommer hos 20.000-40.000 voksne danskere<sup>7</sup>.

## Case

Vi tre læger har i vores kliniske arbejde, især på psykiatrisk afdeling i Gødstrup, mødt nogle af disse patienter, som først efter mange år får stillet den rigtige diagnose. Især tænker vi ofte på én case; en midaldrende veluddannet mand, med flere lederstillinger bag sig. Mindst to gange er han fyret fra en toppost. Han har også flere forliste forhold bag sig. Han har i 20 år haft diagnosen tilbagevendende depressioner, og er behandlet med antidepressiv medicin. Da vi støder på ham på psykiatrisk afdeling, har han netop fået diagnosen BAL, og han fortæller om, hvordan han nu kan se, at han har været rigtig syg. Han fortæller, at han 14 dage inde i en ny ansættelse som leder fik en åbenbaring om virksomhedens problemer, og han lavede store dele af arbejdsstrukturerne om, hvilket førte til megen forstyrrelse i virksomheden og en hurtig afskedigelse. Ligeledes har han brudt med kærester efter en hurtig indskydelse, når han pludselig har tænkt, at han skulle lave nogle ændringer i sit liv. Det står således klart for ham, at mange af disse ideer sandsynligvis er kommet på baggrund af en hypomanisk/manisk periode i hans liv.

## Hypotese

Det er vores hypotese, at alment praktiserende læger overser BAL som en differentialdiagnose og ikke husker at spørge ind til maniske symptomer, når de har en konsultation med en depressiv patient. Formålet med opgaven er at undersøge om denne hypotese er korrekt.

## Forskningsspørgsmål

I hvilken grad overvejer praktiserende læger differentialdiagnosen bipolar affektiv sindslidelse (BAL) forud for diagnosticering og medicinsk behandling af depression?

## Baggrund

### Diagnosticering

I en statusartikel fra *Ugeskrift for Læger, 2022*<sup>8</sup>, angives det, at der generelt er en diagnostisk forsinkelse på 5-8 år fra den første affektive episode til diagnosen BAL stadfæstes. Dette er især fordi tidligere hypomanier overses.

Bipolar affektiv sindslidelse defineres i den internationale sygdomsklassifikation, ICD-10, som en tilstand med to eller flere affektive episoder, hvoraf mindst én skal være hypomani eller mani<sup>9</sup>.

Kernesymptomerne for en mani er opstemthed, eksaltation eller eretisme i mindst en uge eller, hvor indlæggelse er nødvendig. Hypomani er et løftet eller irriteret stemningsleje i mindst 4 dage. Se tabel 1 for oversigt over kerne- og ledsagesymptomer for depression, mani og hypomani.

TABEL 1

Kriterier for depression, mani og hypomani jf. ICD-10. Hvor mange kerne- og ledsagesymptomer der foreligger ved den depressive, afgør sværhedsgraden. Organisk årsag skal udelukkes ved både depression, mani og hypomani.

Symptomtype	Depression	Mani	Hypomani
Kernesymptomer	<i>Varighed ≥ 2 uger og ≥ 2 symptomer</i> Nedtrykthed Nedsat lyst eller interesse Nedsat energi eller øget træthedsgrad	Opstemthed, eksaltation eller eretisme i ≥ 1 uge eller indlæggelse nødvendig	Løftet eller irriteret stemningsleje i ≥ 4 dage
Ledsagesymptomer	<i>≥ 2 af følgende:</i> Nedsat selvtillid eller selvfølelse Selvbekymringer eller skyldfølelse Tanker om død eller selvmord Koncentrationsbesvær Agitation eller hæmning Søvnforstyrrelser Appetit- og vægtændring	<i>≥ 3 af følgende:</i> Hyperaktivitet Talepres Tankeflugt Hæmningsløs adfærd Nedsat søvnbehov Øget selvfølelse, grandiositet Distraktilitet eller usamlethed Hensynsløs uansvarlig adfærd Øget seksualdrift	<i>≥ 3 af flg. med funktionsnedsættelse:</i> Øget aktivitet eller rastløshed Øget taletrang Koncentrationsbesvær eller let afledelighed Nedsat søvnbehov Øget seksuel energi Købetrang, overmodig adfærd Øget selskabelighed, overfamiliaritet

Ugeskrift for læger 2022

ICD-10-kriterierne for den depressive episode hos en patient med unipolar depression og BAL er de samme, og det er således ikke muligt at skelne mellem depression hos en unipolar depressiv patient og en bipolar patient, når denne søger læge for sine depressive symptomer. Det er derfor vigtigt at spørge patienten ind til tidligere maniske eller hypomaniske episoder. Det er også meget hjælpsomt at få pårørende ind til de udredende samtaler. Patienterne henvender sig som regel hos lægen fordi de er depressive, og deraf har en negativ påvirkning af deres dagligdagsfunktioner. Når patienterne er hypomane, har de sjældent behov for at se en læge, da det netop opfattes som en periode i deres liv, hvor tingene går godt, og de oplever succes. De tidligere manier vil enten patienten selv eller de pårørende oftest fortælle om ved samtale med lægen, da det kan være meget indgribende i patientens liv<sup>3</sup>.

Der er dog også studier, der viser, at visse kliniske karakteristika forekommer oftere hos patienter med BAL sammenlignet med unipolar depression. Straszek et al.<sup>8</sup> beskriver en række kliniske forskelle på unipolar depression og bipolar depression, og at bipolar depression bør mistænkes, hvis der gøres en eller flere af disse observationer hos en patient med depression. Det drejer sig om:

- >4 depressive episoder af <6 måneders varighed.
- Depression i efterforløbet af en fødsel.
- Første depression før 25-års alderen.
- Melankoliforme symptomer som døgnvariation, udtalt psykomotorisk hæmning og anhedoni.
- Atypiske depressive symptomer som udtalt træthed, energitab, kulhydrattrang, øget appetit eller øget søvnlængde med dårlig søvnkvalitet.
- Psykotiske symptomer.
- Årstidsvariation.
- Depression iblandet hypomane symptomer.
- Ingen eller kortvarig effekt af behandling med antidepressiv medicin eller forværring af depressive symptomer.
- Udvikling af mani/hypomani på antidepressiv medicin.

Ovenstående bakkes i store træk op af Hirschfeld et al.<sup>6</sup>, som dog ikke finder, at efterfødselsdepression giver mistanke til bipolaritet. De finder dog at bipolare patienter har flere selvmordsforsøg end unipolar depressive patienter.

## Psykometriske tests

I almen praksis bruges ofte den psykometriske test Major Depression Inventory, MDI, til at hjælpe lægen med at diagnosticere depression. I psykiatrien benyttes Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D, til at følge udviklingen af sygdommen hos den deprimerede patient. Der findes også et screeningsværktøj, der i høj grad kan bruges til at genkende eller udelukke BAL. Det mest udbredte screeningsværktøj er Mood Disorder Questionnaire, MDQ. Det er et spørgeskema patienten selv besvarer, bestående af 17 spørgsmål, hvor de første 13 hovedspørgsmål afdækker om patienten har haft oplevelser, der kan indikere maniske eller hypomaniske perioder nogensinde. De sidste spørgsmål afdækker, om flere symptomer er indtruffet i samme periode af livet, hvor store konsekvenser oplevelserne har haft for patientens funktionsniveau, den familiære disposition, og de pårørendes opfattelse af patienten. MDQ'en har fokus på at afdække symptomer på mani eller hypomani nogensinde. Screeningen opfattes som værende positiv, og dermed som en indikation for BAL, hvis en patient svarer ja til 7 ud af de 13 første spørgsmål, og oplevelserne ligger inden for samme periode samt har været et moderat til alvorligt problem for patienten. MDQ findes på bilag 1.

MDQ er valideret og har vist sig at have en sensitivitet på ca. 70 % og en specificitet på ca. 90 % for at diagnosticere bipolaritet<sup>3,6</sup>. Det er altså et relativt godt screeningsværktøj, der korrekt kan identificere næsten tre ud af fire bipolare patienter og kan udelukke ni ud af ti af patienterne uden bipolaritet. MDQ kan dermed bruges som indikation for videre udredning.

## Farmakologisk behandling

Antidepressiv medicin, (eksempelvis SSRI såsom sertralin) er hjørnестenen i behandlingen af unipolar eller recidiverende depression og gives oftest som monoterapi.

Den farmakologiske behandling af BAL består derimod både af en akut behandling og en vedligeholdelsesbehandling til at forebygge maniske og depressive episoder.

Til vedligeholdelsesbehandling er det stemningsstabiliserende lithium førstevalgspræparat. Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, RADS, angiver at lithium både har effekt på forebyggelse af depression og mani, samt er effektivt til at behandle depression og mani<sup>10</sup>. Ved behov for tillæg af behandling, som der ofte er, anbefales antipsykotikummet Quetiapin som behandling af akut BAL. Hvis det har effekt, er det også effektivt som vedligeholdelsesbehandling. Antiepileptika kan også anvendes som forebyggende monoterapi eller som tillægsbehandling.

Det diskuteres om antidepressiv medicin som monoterapi vil kunne fremskynde og forværre en manisk fase hos en bipolar patient, men forskningen er stadig mangelfuld. Et studie af Patel et al. fandt, at der var en signifikant association mellem personer med unipolar depression, der blev behandlet med SSRI og andre antidepressiva, og udvikling af BAL<sup>11</sup>.

Et andet studie af Virtanen et al. publiceret i 2023 anfører, at behandling med SSRI frem for et ældre antidepressivum ikke har samme risikoprofil. I dette studie undersøges risikoen for udvikling af bipolar affektiv lidelse ved børn og unge, der er behandlet med SSRI i forbindelse

med unipolar depression. Her finder man ingen signifikant forskel i prævalensen af mani og dermed BAL efter 12 ugers behandling. Dog var der en lille signifikant øget risiko efter 52 ugers behandling<sup>12</sup>. Det forekommer derfor hensigtsmæssigt at anvende SSRI med forsigtighed ved behandling af patienter med unipolar depression, hvis der er mistanke til risiko for udvikling af mani, f.eks. ved genetisk disposition til BAL eller anamnese med tidligere hypomaniske eller maniske symptomer.

## Metode

Til at undersøge vores forskningsspørgsmål om i hvilken grad BAL overvejes ved diagnosticering af depression, har vi indsamlet data via en journalaudit samt med et kort semistruktureret interview.

### Journalaudit fra praksis; kvantitative data.

Data blev indsamlet fra 3 almene praksisser i Vestjylland, hhv. Lægehuset Aulum, Struer Lægecenter og Lægerne på Torvet (Herning). Alle klinikker bruger journalsystemet XMO. Data blev indhentet ved at bruge statistikmodulet. Undermodulet diagnose indeholdt søgeordet depression, undermodulet medicin indeholdt ATC koden N06A (antidepressiva), datoafgrænsning blev sat til 1 år. Herved fremkom en liste med patienter. Ud fra disse blev der inkluderet 50 patienter fra hver praksis. Eksklusionskriterierne var; alder <25 år, anden indikation på medicinen end depression, seponeret medicin og manglende diagnose.

Til at undersøge om der var gjort overvejelser om bipolaritet som differentialdiagnose blev alle inkluderede patientjournaler gennemgået. Dette ved at tilgå oversigtsjournalen, som indeholdt egne notater, samt epikriser fra speciallæger og sygehus. Vha. søgemodulet "fritekst" fremsøgte ordene; mani, øget energi, hypoman, bipolar. Herved fremkom alle ord, hvor disse 4 ord indgik, således også hypomani, bipolaritet, manisk mm.

Vi undersøgte derefter, om ordene stod i relation til mentalt helbred, da også ord som manipulation kunne fremkomme ved søgningen.

Det blev registreret som et positivt resultat, hvis ordet fremkom på et hvilket som helst tidspunkt i journalen og havde relation til mentalt helbred.

## Interview i praksis; kvalitative data.

For at undersøge begrænsninger og løsningsforslag har vi interviewet fire alment praktiserende læger i de tre inkluderede praksisser ud fra følgende spørgsmål:

- 1) Hvordan forholder du dig til differentialdiagnosen bipolaritet når du stiller diagnosen depression og udskriver medicin?
- 2) Vi formoder, at der sjældent bliver adspurgt og journaliseret om bipolaritet er overvejet som differentialdiagnose. Hvilke tiltag kunne du forestille dig bedre/ændrede dette?
- 3) Kan du huske en patient under udredning for depression, hvor du overvejede om det kunne være bipolaritet? Hvordan undersøgte du om det var en relevant differentialdiagnose?

Interviewdata blev optaget og efterfølgende transskriberet. Herefter blev de systematisk analyseret ud fra en tematisk analyse af de tre undersøgte problemstillinger. De tre forfattere har udvalgt de mest relevante citater til tabel 3 samt sammenfattet besvarelserne i brødteksten.

## Resultater

### Journalaudit fra praksis – kvantitative data.

Data viser, at 8 procent af patienterne med diagnosen depression, på et tidspunkt har været adspurgt af deres praktiserende læge, om de havde bipolare symptomer. Yderligere 8 procent har været henvist til psykiatrisk vurdering, og er der blevet adspurgt om bipolaritet. Der er i dataindsamlingen ikke taget stilling til, om der er spurgt i forbindelse med diagnostidspunktet, ej heller hvorfor patienten var henvist til psykiatrisk speciallæge. Samlet blev 16 procent af de depressive patienter adspurgt, om de havde symptomer på bipolaritet.

**Tabel 2:** Inkluderede patienter adspurgt om bipolaritet

	praksis 1 (N=50)	praksis 2 (N=50)	praksis 3 (N=50)
Adspurgt af egen læge	3	3	6
Adspurgt af psykiater	1	8	3
Ikke adspurgt	46	39	41

### Interview i praksis - kvalitative data.

Ved det ene interview var to læger til stede samtidig, de andre to læger er interviewet alene. Ingen af de adspurgte læger svarer, at de hver gang husker at spørge ind til symptomer på bipolaritet. Alle svarer dog, at det er ifm. optagelse af anamnesen, at der kunne fremkomme nogle svar, der ville føre til yderligere uddybning af anamnese specielt rettet mod bipolare symptomer. I spørgsmål 2 er der to, der svarer, at en tjekliste eller frase ville være en hjælp. En



tredje svarer, at mere systematisk journalisering ville være en hjælp. En fjerde læge mener, at der kunne være en ide i at systematisere introduktionen til nye læger i praksis. De fleste læger husker én bestemt patient, og gennemgående er, at patienterne blev spurgt ind til familiære dispositioner, og det herved fremkom, at der skulle spørges yderligere ind til symptomer på bipolaritet.

**Tabel 3:** interview med 4 læger

Spørgsmål 1	Spørgsmål 2	Spørgsmål 3
Læge 1: <i>"Jeg tror ikke jeg husker at forholde mig til det hver gang"</i>	Læge 1: <i>"altså hvis vi fik sådan en frase... Det ville i hvert fald hjælpe mig"</i>	Læge 1: <i>"... jeg spurgte ind til dispositioner, så siger hun at hendes bror har bipolaritet... og så spurgte jeg ind til, jamen har du haft nogle episoder hvor..."</i>
Læge 2: <i>"Det er jeg ikke ret god til"</i>	Læge 2: <i>"Hvis jeg skulle blive bedre til det her, så skulle jeg opfinde min egen tjekliste..."</i>	Læge 2: <i>"... det var en der var arveligt disponeret... da jeg så gik patienten på klingen, så var der nogle hypomane episoder."</i>
Læge 3: <i>" , men det er nok kvaliteten af anamnesen der gør om jeg også overvejer det mere end..."</i>	Læge 3: <i>"...man begynder at skrive op hvor mange gange de har haft psykiske klager... jo længere psykiatrisk anamnese de har, jo mere ville jeg nok tænke... om det er det rigtige."</i>	Læge 3: <i>"Nej, jeg tror at det er kommet frem... hvor man enten via familien eller dispositioner har mistanke... at man nok har boret lidt mere i det..."</i>
Læge 4: <i>"Jeg er begyndt at spørge til, om patienten har haft perioder, hvor der har været meget energi i patienten og hvor de ikke har sovet så meget og sat mange ting i gang, ikke afsluttet så mange ting."</i>	Læge 4: <i>"Måske der generelt kunne være en introduktion, der indeholdt et element omkring psyk (psykiatri, red.)..."</i>	Læge 4: <i>"I almen praksis har jeg endnu ikke haft nogen, hvor jeg har tænkt, at de var bipolare".</i>

## Diskussion

Som beskrevet i introduktionen er BAL en lidelse med et ofte forsinket diagnosetidspunkt. Vi ønskede at undersøge, om de alment praktiserende læger husker at spørge ind til symptomer på BAL, når de stiller diagnosen depression. Det er vigtigt for patienten, at den alvorlige diagnose BAL stilles så tidligt som muligt. Vores data viser, at der kun i 8 % af tilfældene er blevet adspurgt af den praktiserende læge. Yderligere 8 % af patienterne været henvist til psykiatrisk vurdering, hvor der i epikrisen fremgår, at der har været adspurgt til maniske symptomer. I alt er kun 16 % af patienterne altså adspurgt om symptomer på hypomane eller maniske episoder. Vores interviews med fire alment praktiserende læger viser en tendens til, at der ikke systematisk adspørges til maniske symptomer, men at det kommer an på, hvad der fremkommer i anamnesen og hvilke dispositioner patienten har. Hvis der fremkommer positive svar, udspørges der yderligere, men fortsat ikke efter en bestemt systematik eller skema.

Disse fund understøtter vores hypotese om, at vi som alment praktiserende læger ikke systematisk overvejer bipolaritet, når vi stiller diagnosen depression eller opstarter/kontrollerer antidepressiv medicin.

Flere af lægerne fremhæver i besvarelsen af interviewet, at det kunne hjælpe til diagnosticeringen af de bipolare patienter, at de havde en tilgængelig frase eller systematiseret tilgang til patienten. Blandt lægerne i vores tre almene praksisser er kendskabet til MDQ relativt lavt på trods af, at det fremgår på sundhed.dk, at man bør screene med MDQ, hvis lægen har mistanke til bipolar lidelse<sup>4</sup>.

Men gør det noget, at vi ikke stiller diagnosen BAL i første omgang?

Som skrevet tidligere er BAL associeret med høj grad af funktionsnedsættelse og reduceret livskvalitet. Herudover ses der også medicinsk og psykiatrisk komorbiditet<sup>3</sup>. Medicinsk komorbiditet beskrives som kardiovaskulære lidelser, hypertension, fedme, metabolisk syndrom og diabetes. Med hensyn til psykiatrisk komorbiditet er der fundet øget forekomst af ADHD, angst, personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser hos patienter med bipolar lidelse sammenlignet med baggrundsbefolkningen<sup>3</sup>. Som tidligere nævnt finder Hirschfeld et al. at der også er en større selvmordsrisiko hos patienter med BAL.<sup>6</sup>

For patientens livskvalitet og prognose er der derfor mange grunde til at gøre sig umage med at stille den korrekte diagnose.

Som beskrevet i indledningen er der en udbredt opfattelse af, at antidepressiv medicin, specielt SSRI, kan føre en bipolar depression over i en hypoman/manisk episode i stedet. Sidor et al<sup>13</sup> finder i deres systematiske review og metaanalyse at SSRI er sikre at anvende som akut

behandling af en bipolar depression og altså ikke inducerer mani. Hirschfeld et al.<sup>6</sup> har også undersøgt SSRI, og finder heller ikke at disse forårsager et skift til mani. Til gengæld er de ikke effektive til at behandle akut depression ved BAL. Hirschfeld et al.<sup>6</sup> påpeger yderligere, at flere studier finder, at tricyklisk antidepressiv medicin derimod kan være årsag til skift fra depression til hypomani eller mani. I Danmark er SSRI som nævnt førstevalg til behandlingen ved depression, og derfor skal vi ikke ved opstart af dette være så bekymret for at forcere mani. Men ud fra lægeløftet skal det være os ”...magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende vore kundskaber med flid og omhu til samfundets og vore medmenneskers gavn...” og netop fordi der ikke er vist god behandlingseffekt på bipolar depression med SSRI, skal vi være omhyggelige med den korrekte diagnose, og dermed den korrekte behandling.

### Kliniske implikationer

I almen praksis bruges fraser i journalen allerede udbredt på somatiske områder som eksempel årskontroller af diabetes og hypertension. Det er dog ikke vores oplevelse at brugen af fraser er udbredt når det drejer sig om psykiske problemstillinger. Vores interviews viser dog umiddelbart en velvillighed i at ændre dette. Et forbedringsforslag kan være at der indføres en frase til diagnosen depression, så man sikrer at der er spurgt ind til alle relevante områder blandt andet også maniske symptomer. Når diagnosen depression stilles gøres det ofte ud fra anamnese, den kliniske præsentation og ved hjælp af MDI. Man kunne indføre at der ved brugen af MDI også blev sendt MDQ spørgeskema ud. Dette kunne gøres både ved diagnosetidspunktet, men også ved kommende kontroller, for at sikre at mellemliggende maniske eller hypomane episoder blev opdaget.

### Styrker og svagheder

En stor styrke i vores studie er, at vi har indsamlet både kvalitative og kvantitative data. De kvalitative data giver en nuanceret indsigt i de udfordringer, de praktiserende læger kan opleve, når de skal diagnosticere depression og differentiere dette fra BAL. En anden styrke er, at de kvantitative data er indsamlet i tre lægepraksisser og vi har afdækket, hvordan fænomenet fremtræder i en empirisk kontekst.

En svaghed er, at vi ikke kan være sikre på, at journaldata er fuldstændig dækkende for den praktiserende læges adfærd. Således kan der være spurgt ind til maniske symptomer uden at dette er journalført. Dog bekræfter vores interviewdata, at de praktiserende læger ikke systematisk spørger ind til symptomer på BAL ved udredning og diagnosticering af depression. En anden svaghed i studiet er, at vores datagrundlag er begrænset til udtræk i tre almen praksisser og interviews med fire praktiserende læger, og dermed er vores datagrundlag ikke nødvendigvis repræsentativt for alle praktiserende læger.

## **Konklusion**

Vi ønskede at undersøge, om de alment praktiserende læger var gode nok til at spørge deres patienter om symptomer på bipolar lidelse. Vi kan ud fra vores data konkludere, at det er de ikke. Gennemgang af litteraturen understøtter vigtigheden af, at patienterne adspørges tidligt i forløbet, da et forsinket diagnosetidspunkt kan have vidtrækkende konsekvenser for den enkelte. Der mangler systematik, hvilket også fremkommer i vores interviews. Brugen af frase eller MDQ må formodes at kunne bidrage til, at patienterne mere systematisk adspørges, men der er brug for yderligere undersøgelser for at afklare dette spørgsmål.

## Referencer:

1. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. ISBN elektronisk udgave (www.sst.dk): 978-87-76- 573-6. ISBN trykt udgave: 978-87-7676-574- 3. Sundhedsstyrelsen, København; 2007 Nov. )  
<https://www.sst.dk/~media/6F9CE14B6FF245AABCD222575787FEB7.ashx>
2. Goldberg JF, Truman CJ (2003) Antidepressant-induced mania: an overview of current controversies. *Bipolar Disord* 5: 407–420.
3. Roger S. McIntyre & Joseph R. Calabrese (2019) Bipolar depression: the clinical characteristics and unmet needs of a complex disorder, *Current Medical Research and Opinion*, 35:11, 1993-2005, DOI: 10.1080/03007995.2019.1636017
4. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/mani-og-bipolar-lidelse/mani-og-bipolar-lidelse/>
5. Rolin D, Whelan J, Montano CB. Is it depression or is it bipolar depression? *J Am Assoc Nurse Pract*. 2020 Oct;32(10):703-713. doi: 10.1097/JXX.0000000000000499. PMID: 33017361.
6. Hirschfeld RM. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2014 Dec;169 Suppl 1:S12-6. doi: 10.1016/S0165-0327(14)70004-7. PMID: 25533909.
7. [www.sst.dk/-/media/Nyheder/2016/ADHD-og-bipolar-lidelse/Faglig-visitationsretningslinje-for-udredning-og-behandling-af-bipolar-lidelse-hos-voksne](http://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2016/ADHD-og-bipolar-lidelse/Faglig-visitationsretningslinje-for-udredning-og-behandling-af-bipolar-lidelse-hos-voksne).
8. Straszek SPV, Licht RW, Nielsen RE, Vinberg M. Bipolar depression er en diagnostisk og behandlingsmæssig udfordring. *Ugeskrift for læger*. 2022. *Ugeskr Læger* 2022;184:V10210821
9. ICD-10, version 2019. Bipolar affektiv sindslidelse.  
[https://icd.who.int/browse10/2019/en?fbclid=IwAR0rziuRdGDmW-8l5rAZaiZIRRTAHQvA2ubzsKmlLwo0jW9wJPUlj81E6iQ\\_aem\\_AUfN6FdceemCUjSI7l-0Km2ytWqfcPfN-VzAdauDil9jM7ADqZlAJnctA6oaQq01GAJXKTjzYhlQoap5o3BSL141#/F31](https://icd.who.int/browse10/2019/en?fbclid=IwAR0rziuRdGDmW-8l5rAZaiZIRRTAHQvA2ubzsKmlLwo0jW9wJPUlj81E6iQ_aem_AUfN6FdceemCUjSI7l-0Km2ytWqfcPfN-VzAdauDil9jM7ADqZlAJnctA6oaQq01GAJXKTjzYhlQoap5o3BSL141#/F31)
10. <https://rads.dk/media/1906/bipolar-lidelse-pixiudgave-februar-2016.pdf>
11. Patel R, Reiss P, Shetty H, Broadbent M, Stewart R, McGuire P, Taylor M. Do antidepressants increase the risk of mania and bipolar disorder in people with depression? A retrospective electronic case register cohort study. *BMJ Open*. 2015 Dec 14;5(12):e008341. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008341. PMID: 26667012; PMCID: PMC4679886.

12. Virtanen S, Lagerberg T, Takami Lageborn C, Kuja-Halkola R, Brikell I, Matthews AA, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Landén M, Chang Z. Antidepressant Use and Risk of Manic Episodes in Children and Adolescents With Unipolar Depression. *JAMA Psychiatry*. 2024 Jan 1;81(1):25-33. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.3555. PMID: 37755835; PMCID: PMC10534997.
13. Sidor MM, Macqueen GM. Antidepressants for the acute treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2011 Feb;72(2):156-67. doi: 10.4088/JCP.09r05385gre. Epub 2010 Oct 5. PMID: 21034686.

# Bilag 1

## Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

Patientens navn:	_____
CPR-nummer:	_____
Dato:	_____

Vejledning: Besvar hvert spørgsmål, så godt du kan

	JA	NEJ
<b>1. Har der nogensinde været en periode, hvor du ikke var dig selv og...</b>		
...havde det så godt eller var så opstemt, at folk mente, du ikke var dig selv, eller var så opstemt, at det bragte dig i vanskeligheder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...var så irriteret, at du råbte ad folk og startede slagsmål eller skænderier?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...havde langt større selvtillid end normalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...fik langt mindre søvn end sædvanligt, uden at du syntes du savnede det?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...var langt mere talende og talte meget hurtigere end normalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tankerne for rundt i hovedet på dig, eller du havde svært ved at koncentrere dig, eller "tabte tråden"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...du blev så let distraheret af ting omkring dig, at du havde vanskeligt ved at koncentrere dig eller fastholde et fokus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...du havde langt mere energi end sædvanligt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...du var langt mere aktiv eller gjorde langt flere ting end sædvanligt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...du var langt mere social og udadvendt end sædvanligt, så du f.eks. ringede til venner midt om natten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...du var langt mere interesseret i sex end sædvanligt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...du gjorde ting, der var usædvanlige for dig, eller som folk kan have opfattet som overdrevne, fjollede eller risikable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dit pengeforbrug bragte dig selv eller din familie i vanskeligheder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Hvis du har sat mere end ét kryds under JA: Er flere af de oplevelser, du har afkrydset med JA indtruffet i samme periode?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Hvor store problemer gav de dig arbejdsmæssigt, familiemæssigt, økonomisk eller juridisk (f.eks. fordi du kom i skænderi eller slagsmål)?</b>		
Slet intet problem <input type="radio"/>	Et moderat problem <input type="radio"/>	
Et mindre problem <input type="radio"/>	Et alvorligt problem <input type="radio"/>	
<b>4. Har nogle af dine blodsbeslægtede (dvs. børn, søskende, forældre, bedsteforældre, tanter, onkler) haft maniodepressive eller bipolare sygdomme?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Har en person med sundhedsmæssig/medicinsk uddannelse nogensinde sagt til dig, at du havde en maniodepressiv eller bipolar affektiv sindslidelse?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SCORINGSALGORITME:** Positiv screening Alle tre af de følgende kriterier skal være opfyldt

Scoring:  
Spørgsmål 1: 7/13 positive (ja) svar + Spørgsmål 2: Positivt (ja) svar + Spørgsmål 3: Svarede "moderat" eller "alvorligt"

Dette instrument er kun udviklet til screeningsformål og er ikke tænkt som et diagnoseværktøj  
Udledt af Hirschfeld R.M. Am J Psychiatry. 2000; 157(11): 1873-5.