



Har motion effekt ved depression?

Forskningsstræningsopgave 2012

Ulrike Mehnert
Birgitte Langelund
Christel Rørbæk Brøndum
Morten Bundgaard Villadsen

Indledning

”Depression er en hyppig, alvorlig og ofte tilbagevendende sygdom, der medfører store lidelser for den enkelte og de pårørende samt store omkostninger for samfundet.” (1, 2).

I Danmark lider ca. 3 % af den voksne befolkning af depression og livstidsrisikoen er på 17-18% (2) med lidt højere risiko for kvinder end for mænd (1). Varigheden er hyppigst 3-12 måneder og risikoen for recidiv er stor. En person som har haft en depression, har omkring 50% risiko for at få en ny depression (2).

Depressionsdiagnosen stilles i forhold til ICD-10 klassifikationen som en tilstand med symptomer over mindst 14 dage. Der skelnes mellem kerne- og ledsagesymptomer:

Kernesymptomer

1. nedtrykthed

2. nedsat lyst eller interesse

3. nedsat energi eller øget træthedsfølelse

Ledsagesymptomer

1. nedsat selvtillid eller selvfølelse

2. selvbebrejdelse eller skyldfølelse

3. tanker om død eller selvmord

4. tanke- eller koncentrationsbesvær

5. agitation eller hæmning

6. søvnforstyrrelser

7. appetit- og vægtændring

En depressionsdiagnose kan stilles når mindst 4 af ovennævnte symptomer, deraf 2 kernesymptomer, er til stede i mere end 2 uger. Ud fra antal kerne- og ledsagesymptomer defineres depression som let (2+2), moderat (2+4) eller svær (3+5). Organisk årsag skal udelukkes og der må ikke være tidligere episoder med hypomani, mani eller blandingstilstand.

I litteraturen bruges desuden DSM-IVs diagnostiske kriterier (se 1, s. 20).

Sværhedsgraden bedømmes efterfølgende med forskellige måleredskaber som vurderer antallet og intensiteten af de forskellige symptomer. I psykiatrien bruges mest Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D med 17 items). Den giver en bred vurdering af depressionssymptomerne til at vurdere sværhedsgraden igennem et interview. HAM-D6 er en videreudvikling af HAM-D17 og er meget sensitiv overfor ændringer i sværhedsgraden (1). I dansk almen praksis anvendes hovedsageligt Major Depression Inventory (MDI); et selv vurderingsinstrument, som også anvendes til diagnostik efter ICD-10 kriterier.

Andre udbredte depressions-monitoreringsinstrumenter:

- Beck's Depression Inventory: ældre selvvurderingsskema, kan udelukkende bruges til at vurdere sværhedsgraden men ikke til at stille diagnosen, omhandler mange somatisk relaterede symptomer
- Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS): interviewinstrument til vurdering af sværhedsgraden
- Geriatric Depression Scale (GDS): et interviewinstrument til måling af sværhedsgraden hos ældre, oprindeligt med 30 spørgsmål, dog velegnet også i en afkortet udgave med 15 spørgsmål

HAM-D17, MDI og GDS vedlagt som bilag.

Sværhedsgraden bruges både til valg af behandling og til vurdering af sygdomsudviklingen.

Behandlingen af depression foretages i Danmark helt overvejende i almen praksis. Målet med behandlingen er at afkorte den enkelte depressive episode (opnå remission), genvinde vanligt funktionsniveau, minimere psykologiske lidelser og sociale konsekvenser, forhindre selvmord og forebygge tilbagefald (recidiv) (1). Afhængig af sværhedsgraden bruges watchful waiting, støttesamtaler/samtaleterapi og medicinsk behandling. Udover dette har nogle patienter brug for egentlig psykoterapi eller ved svær depression ECT. Desuden er behandlingsvalget afhængig af patientens erfaringer, eventuel komorbiditet, tilgængelighed og præferencer.

Som anden behandling nævnes lysbehandling, livstilsændringer, selvhjælpsgrupper og fysisk aktivitet i DSAMs kliniske vejledning og SST referenceprogram (1, 2). Om fysisk aktivitet står der: "Fysisk aktivitet i form af konditræning, løbeture eller lange gåture kan bidrage til at øge det psykiske aktivitetsniveau, og dermed i nogle tilfælde også lindre de depressive symptomer." Sundhedsstyrelsens referenceprogram anbefaler at "fysisk træning indgår i behandlingen af patienter med depression af let til moderat grad."

I Motionsmanualen fra 2003 som blev udgivet i forbindelse med at promovere "motion på recept" er depression en af de sygdomme, hvor man anbefaler motion. Dette både som kilde til øget velvære og ved at bryde den onde cirkel hvor deconditionering opstår som følge af sygdomsbetinget træthed og inaktivitet. Desuden anbefales motion til at reducere anspændthed og forebygge depression hos raske. I manualen lægges stor vægt på at forklare, at øgning af den fysiske aktivitet i hverdagen bidrager til et godt helbred og at det er mindre vigtigt hvilken form for motion der anvendes. De henviser til sundhedsstyrelsens anbefaling "Alle voksne bør have en halv times akkumuleret fysisk aktivitet af moderat intensitet dagligt. Hvis man allerede gør dette, kan man to gange ugentlig supplere med mere intensive aktiviteter, som gerne må indeholde løb, spring og hop."

Der findes ifølge SST referenceprogram "nogen evidens (1b) for, at struktureret og superviseret fysisk træning ved let til moderat depression kan have en positiv effekt på tilstanden". Som fysisk træning anses her "en struktureret aktivitet med en given hyppighed, intensitet og varighed". Dette kan dække over meget heterogene interventioner hvad angår motionsform, hyppighed, intensitet, gruppe- versus individuel træning samt indendørs og udendørs aktiviteter. Man kunne forestille sig at disse faktorer har forskellig indvirkning på depression.

For at motivere en inaktiv deprimeret patient vil mange praktiserende læger anbefale gåture og frisk luft. Alternativt anbefales hyppigt de motionsformer som patienten tidligere har været interesseret i og aktiv med. Men er det godt nok i forhold til at behandle en depression?

I vores projekt ønsker vi igennem et litteraturstudie at undersøge:

- 1) om der fortsat er evidens for at anbefale motion ved depression
- 2) hvilke træningsformer, intensitet og hyppighed man i bekræftende fald bør vælge

Metode

Vi foretog en søgning på pubmed med søgeordene "depressive disorder" AND "exercise" AND "treatment outcome" AND "adult". Denne søgning gav 32 artikler hvis overskrifter i første omgang blev gennemgået. Artikler omhandlende postpartum depression og graviditet blev frasorteret. Vi havde besluttet kun at bruge artikler på dansk, engelsk og tysk. Alle fundne artikler var på engelsk. Fra de resterende artikler læste vi abstracts mht. relevans for vores studie. Vi valgte kun at bruge cochrane analyse og meta-analyser mht. evidensen af motion som led i depressionsbehandling generelt og RCT mht. typer, hyppighed og intensitet.

Bagefter gennemgik vi litteraturlisterne af Cochrane analysen og meta-analyserne mht. RCT vedrørende typer, hyppighed og intensitet.

I vores videre arbejde anvendte vi Cochrane analysen (4) og en metaanalyse (5) for at få overblik over emnet, samt fire RCT-studier (6, 7, 8, 9) typiske for forskellige motionsformer. Henholdsvis styrketræning, aerob træning og "mindfull" træning.

Baggrundsinformationen om depression og motion blev fundet i SST referenceprogram for unipolær depression hos voksne, DSAM vejledningen om unipolar depression og i Motionsmanualen. (1,2,3)

Resultater:

Evidens for at anbefale motion ved depression:

Exercise for depression (Review). Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. The Cochrane Library 2010, Issue 1

Beskrivelse

Et review, som inkluderer 25 RCT-studier, hvori man har sammenlignet motionens effekt på depression med standard behandling (psykofarmaka/psykoterapi/alternative interventioner), ingen behandling eller placebo. Patienter skulle have diagnosen depression, uafhængig af diagnostisk metode og sværhedsgrad.

Der er ekskluderet 116 studier, heraf 67 kliniske studier. Af de 67 kliniske studier var 25 ikke randomiserede, i 22 var det ikke et krav at patienterne skulle have depression; angst, stress og andre

relaterede diagnoser var også inkluderet. 7 studier undersøgte kombinationer af motion og anden behandling, 7 sammenlignede to motionsformer uden kontrolgruppe, 3 undersøgte få dage varende motion, 2 omhandlede postnatal depression og 1 var en retrospektiv undersøgelse ud fra et studie omhandlende osteoarthritis.

Hovedanalysen sammenligner: 1) Motion med "ingen behandling" 2) Motion med standard behandling (antidepressiva/kognitiv terapi). Forskellige motionsformer blev undersøgt som en samlet gruppe.

I subgruppeanalyser undersøges forskellige typer motions effekt på depression

Endeligt foretages analyse af de studier der lever op til krav om "allocation concealment" (8 studier, n=430), "intention to treat" (9 studier n=403) og "blinded outcome assesment" (7 studier, n=411)

I metaanalysen udregnes først en effekt størrelse for hvert enkelt studie da man bruger forskellige psykometriske test til at måle depressionsgraden (patient related outcome, PRO) og de dermed ikke er direkte sammenlignelige. Derefter kan disse effektstørrelser sammenfattes som en pooled Standardised Mean Difference (SMD). Denne interpreteres standardmæssigt (Cohen 1988) som SMD >0,2 for en lille effekt, >0,5 for en moderat effekt og >0,8 for en stor effekt (<http://www.cochrane-handbook.org/>).

Resultater

Motion versus kontrol (23 studier, n=907): SMD = -0,82 (-1,12 til -0,51), altså en stor effekt ved afslutning af træningsprogram, mens analyse af studier med langtids follow-up (5 studier, n=218) viste moderat effekt, SMD -0,44 (-0,71 til -0,18).

Motion versus kognitiv terapi (6 studier, n=152): SMD -0,17 (-0,51 til 0,18), ingen forskel.

Motion versus antidepressiva (2 studier, n=201): SMD -0,04 (-0,31 til 0,24), ingen forskel.

Subgruppeanalyse af forskellige typer motion viste effekt af alle undersøgte typer. Aerob træning viste moderat effekt; SMD -0,63 (-0,95 til -0,30), blandet træning stor effekt; SMD -1,47 (-2,56 til -0,37) og styrketræning ligeledes stor effekt; SMD -1,34 (-2,07 til -0,61).

Når man alene ser på de studier der lever op til alle krav om "allocation concealment", "intention to treat" og "blinded outcome assesment" (3 studier, n=216) er SMD = -0,42 (-0,88 til 0,03) altså lille effekt, men ikke signifikant.

Styrker/svagheder

I meta-analysen inkluderes kun RCT-studier, men eneste krav til studierne er at de beskrives som randomiserede. Man kan pga. dette argumentere for, at der herved inkluderes for mange studier. Omvendt er det en styrke ved meta-analysen, at der efterfølgende analyseres på studier hvor "allocation concealment", "intention to treat" og "blinded assesment" er udført korrekt.

Der er samlet set ikke mange studier i meta-analysen (25) og da der udføres flere subanalyser bliver grupperne små, der er således ikke meget vægt bag konklusionerne i analyserne. I hovedanalysen er studier med flere forskellige motionstyper poollet for at lave sammenligning overfor hhv. antidepressiva, kognitiv

terapi og kontrolgruppe. Det synes ikke indlysende at man kan sætte styrketræning af ældre i samme gruppe som løbetræning hos yngre voksne.

Kommentarer

En veludført metaanalyse, der konkluderer at effekten af motion på depression er sammenlignelig med antidepressiva og kognitiv terapi, uanset motionstype. Desværre lever evidensniveauet i alle de inkluderede studier ikke op til kravene for et veludført RCT-studie. Jo højere evidensniveau der kræves, desto mindre bliver effekten og ses der kun på de bedst udførte studier bliver effekten ikke signifikant. Flere godt designede RCT-studier er påkrævet!

Cochrane analyse skema

	Studier	N	Resultater (SMD)	Konklusion
Motion vs kontrol	23	907	-0,82 (-1,12; -0,51)	Stor signifikant effekt
Motion vs kontrol, optimalt studiedesign	3	216	-0,42 (-0,88; 0,03)	Lille, men ikke signifikant effekt
Motion vs kognitiv terapi	6	152	-0,17 (-0,51; 0,18)	Ingen forskel
Motion vs antidepressiva	2	201	-0,04 (-0,31; 0,24)	Ingen forskel
Styrketræning vs kontrol	2	69	-1,34 (-2,07; -0,61)	Stor og signifikant effekt
Aerob træning vs kontrol	17	640	-0,63 (-0,95; -0,30)	Moderat og signifikant effekt

The Effect of Exercise in Clinically Depressed Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Krogh J, Nordentoft M, Sterne JAC, Lawlor DA (2011) Clin Psychiatry 72(4):529-538

Beskrivelse

2 separate metaanalyser af randomiserede kontrollerede forsøg.

En metaanalyse på de studier med inklusionskriteriet at diagnosen depression skal være stillet i klinisk praksis (almen praksis eller psykiatrisk regi). Her var der 4 studier, der opfyldte kriterierne med i alt 243 forsøgspersoner.

Den anden metaanalyse indeholder studier, der har inklusionskriteriet at diagnosen depression opfyldt vha de diagnostiske kriterier, men intet kriterium om, at det skal være sundhedsfaglige personer, der stiller diagnosen. Her var der 13 studier, der opfyldte kriterierne med i alt 687 forsøgspersoner.

Inklusionskriterier af studier: Voksne over 18 år. Depression som primære sygdom. Alle sværhedsgrader af depression (12 ud af 13 studier var med mild til moderat depression)

Eksklusionskriterier af studier: Studier uden en ikke trænende kontrolgruppe. Måling af effekt lige efter træning.

Resultater

Primary outcome: Der blev for hvert studie udregnet Standardized mean difference (SMD) i depressive symptomer mellem behandlingsgruppen og kontrolgruppen. Dette blev gjort for at kunne sammenholde

studiernes forskellige primary outcome. Efterfølgende blev SMD ved statistiske analyser lavet om til effekt størrelse, som ved konvention inddeles i lille effekt i intervallet 0,2-<0,5, moderat effekt 0,5-<0,8 og stor effekt $\geq 0,8$.

Resultatet for metaanalysen indeholdende de 4 studier der opfyldte kravet om diagnosen stillet i klinisk praksis viste en SMD på $-0,47$ med et 95 % sikkerhedsinterval på $-1,13-0,18$ og var således ikke signifikant.

Når der blev set på alle 13 studier, der indgik i metaanalysen uden de "strengt" inklusionskriterier var SMD på $-0,4$ med et 95% sikkerhedsinterval på $-0,66- -0,14$ – altså signifikant. Dette svarer til en lille effekt (værdi 0,2-0,5)

Ved underinddeling af resultaterne sås, at det eneste der var signifikant effekt af var ved træning i mindre end 10 uger, mens det ikke havde nogen betydning for effekten om der var tale om gruppe eller individuel træning, træningstype (aerob eller nonaerob) eller hvorvidt kontrol gruppen fik en eller anden form for behandling eller ej.

Secondary outcome: Remission defineret som værende fri for depressive symptomer og langtidseffekt.

Remission var et endpoint i 5 af de 13 studier. Der var ikke nogen signifikant forskel på remission i behandlingsgruppen versus kontrolgruppen i nogen af de 5 studier. Samlet set var der en OR på 1,31, men med brede konfidensintervaller.

Mht langtidseffekt indgik det ligeledes i 5 af de 13 studier. Her var der heller ikke tale om signifikant effekt, men med tendens til at motion har en lille effekt på depressive symptomer.

Styrker/svagheder

Styrker: Der blev lavet 2 metaanalyser, hvor der indgik hhv diagnose ved professionelle og ved lægmand. Der blev undersøgt for klinisk relevante endpoints. Grundig indhentning af data af 2 af forfatterne uafhængigt af hinanden. Studierne omfatter med en undtagelse mild-moderat deprimerede (og her synes det relevant at foreslå motion som led i behandling)

Svagheder: Få studier der opfylder de strenge inklusionskriterier. Forholdsvis få deltagere i forhold til at der er tale om en metaanalyse.

Kommentar

Metaanalysen konkluderer at der er en lille, kortvarig effekt på depressive symptomer ved træning i op til 10 uger samt en vis langtidseffekt efter ophør med motion.

Metaanalyse skema

	Studier	N	Resultater (SMD)	Konklusion
Motion vs kontrolgruppe	13	687	$-0,40 (-0,66; -0,14)$	Lille, signifikant effekt
Motion vs kontrolgruppe, diagnosticeret af kliniker	4	243	$-0,47 (-1,13; 0,18)$	Lille, ikke signifikant effekt

Styrketræning

A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. Singh NA, Stavrinou TH, Scarbek Y, Galambos G, Liber C, Singh MAF (2005). *Journal of Gerontology* 60A (6), 768-776

Beskrivelse

RCT studie over 8 uger. Gennemført med ældre >60år rekrutteret igennem almen praksis i Australien. Diagnosen stillet med DSM-IV i et struktureret interview og sværhedsgraden målt med Geriatric Depression Scale som selvurdering og Hamilton Rating Scale of Depression via en blindet psykiater på baseline og igen efter 8 uger. Deltagerne i de 2 interventionsgrupper gennemførte en superviseret styrketræning af de store muskelgrupper 3x/uge (3x8sets på 6 maskiner) med enten 80% af 1-repetition-maximum (kontrolleret med Borg scale of perceived exertion mellem 15-18 og tilpasset løbende) eller 20% af 1-repetition maximum (ikke tilpasset). Træningen varede ca. 60 min efterfulgt af 5 min udspænding.

Kontrolgruppen blev behandlet hos egen læge efter vanlige principper.

Udover depressionsmåling blev der undersøgt forventning til effekt, personlighed, socialt netværk, selvsikkerhed, locus of control (indflydelse på egen tilværelse), livskvalitet, søvn og muskelstyrke samt registreret bivirkninger.

Resultater

54 deltagere gennemførte studiet (2 vs. 3 i interventionsgruppen faldt fra pga. manglende lyst til motion eller smerter efter 1. træning, 1 i kontrolgruppen blev indlagt).

I kontrolgruppen fik 8 antidepressiv medicin, 2 samtalerapi hos egen læge og 1 blev henvist til psykiater, hvorimod 9 ikke fik nogen behandling. De havde i gennemsnit 5 kontakter til egen læge over de 8 uger.

I alle grupper var der signifikant bedring i symptomerne både i GDS og HRSD over tid. I gruppen med høj intensitet af styrketræning var der signifikant bedre effekt på depressionen i forhold til absolutte tal, procentuel forbedring og antal af >50% reduktion i Hamilton (svarende til definitionen af klinisk respons). Gruppen med lavintensiv styrketræning lå mellem kontrolgruppen og højintensitet gruppen uden signifikant forskel til kontrolgruppen.

Forbedringen i depressionssymptomerne var relateret til både intensiteten af styrketræning og gevinsten i muskelstyrke.

I alle grupper var der signifikant forbedret selvsikkerhed efter 8 uger.

I den højintensive interventionsgruppe var der udover dette en signifikant forbedring i søvnkvalitet, livskvalitet og muskelstyrke.

Styrker/svagheder

Styrken af denne undersøgelse er, at den undersøger mange facetter og prøver at udelukke mange mulige confoundere. Designet er realistisk i forhold til mulighederne i fx et fitnesscenter. Undersøgerne er blinde.

Svagheden er i vores sammenhæng den specifikke målgruppe af ældre og dermed manglende anvendelighed til andre aldersgrupper. De fleste er diagnosticeret med svær depression, mens vi i almen praksis hovedsageligt behandler patienter med mild til moderat depression. Man kan undre sig over at der i kontrolgruppen kun er 55 % i behandling i et studiedesign selv om det ca. reflekterer virkeligheden. Dermed er styrketræning ikke undersøgt i forhold til en optimal medikamentel behandling.

Kommentarer

Singh et al. konstaterer at styrketræning er en effektiv gennemførlig og sikker behandling af ældre deprimerede patienter. De ser en dosis-respons sammenhæng af intensiteten af styrketræning og effekten på depressive symptomer. Lavintensiv styrketræning havde ikke bedre effekt end standardbehandlingen, med en mulig placeboeffekt pga. afhængigheden fra patientens overbevisning af behandlingen.

De foreslår styrketræning som fortrukne motionsform i forhold til aereob motion til ældre pga. bedre effekt og større sikkerhed. Styrketræning har et bredere spektrum af positive effekter end anden standardbehandling af depression med speciel relevans for ældre patienter.

Aerob træning

Exercise Treatment for Depression. Efficacy and Dose Response. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO (2005). Am J Prev Med 28 (1), 1-8.

Beskrivelse

Randomiseret kontrolleret forsøg med 80 voksne i alderen 20-45 år med mild til moderat depression, der blev fulgt i 12 uger.

Inklusionskriterier: Voksne med mild til moderat depression diagnosticeret med SCID (Structured Clinical Interview for Depression). Sværhedsgrad af depressionen vurderet med HAM-D17. Vurderet ved 3 separate interviews. Måtte ikke modtage anden behandling for depression, skulle i forvejen træne mindre end 3 gange ugentligt og mindre end 20 min pr gang. Være i stand til at skulle træne op til 5 gange ugentligt og ikke bo længere væk en 15 miles fra undersøgelsesstedet. Kunne læse og forstå informeret samtykke erklæring

Eksklusionskriterier: Vægt over 160% af ideelvægten, indtag af > 21 genstande pr uge, suicidalforsøg inden for 2 år eller selvmordstruet ved screening, indlæggelse for psykiatrisk lidelse de sidste 5 år, stofmisbrug, ikke i stand til at træne pga sygdom, aktuell deltagelse i andre forsøg, planer om at fraflytte området inden for ½ år, graviditet eller planer om graviditet

Forsøgspersonerne blev randomiseret til 4 forskellige behandlingsgrupper og en kontrol gruppe:

Gruppe 1: Lav "dosis" (med energiforbrug på 7 kcal/kg/uge) og træne 3 gange ugentlig. (LD/3)

Gruppe 2: Lav "dosis" og træne 5 gange ugentligt (LD/5)

Gruppe 3: Dosis svst folkesundhedsanbefalinger (højdosis) (energiforbrug 17,5 kcal/kg/uge) og træne 3 gange ugentligt. (PHD/3)

Gruppe 4: Dosis svst folkesundhedsanbefalinger og træne 5 gange ugentligt (PHD/5)

Kontrolgrp: Udstrækningsøvelser i 15-20 min 3 gange ugentligt.

Alle trænede individuelt under opsyn af laboratoriepersonale. Scoret ugentligt med HAM-D17 af uddannede og erfarne sundhedspersoner.

Resultater

Primary outcome i forsøget var fald i HAM-D17 score. Her blev der set på intention-to-treat analyse, der samlet set viste en reduktion i HAM-D17 score på 30 % efter 12 uger.

Effektanalyse viste, at der i alle grupperne var en signifikant reduktion i HAM-D17 score efter 12 ugers behandling.

Når der blev set på intensiteten var det største fald i PHD grupperne med en reduktion i HAM-D17 score på 47 %, mens der i LD grupperne var en reduktion på 30 %.

Ved sammenligning af intensitetgrupperne var der signifikant større effekt af højintensitetstræning (PHD grp) i forhold til lavintensitets træning (LD grp) ,mens der ikke var signifikant forskel på lavintensitets træning og placebo (kontrolgruppen).

Når man kiggede på motionsfrekvensen, var der kun en lille forskel på reduktion i HAM-D17 score med en reduktion på 39 % i 3 gange/uge gruppen mod en reduktion på 38 % i 5 gange/uge gruppen

I placebogruppen var der en reduktion i HAM-D17 score på 29 %.

Når man sammenlignede motionsfrekvensen var der ikke signifikant forskel på de 2 behandlingsgrupper.

Secondary outcome i forsøget var om der 1) var respons på behandlingen defineret som en reduktion i HAM-D17 score på minimum 50 % efter 12 uger. Studiet viste en overordnet respons i alle behandlingsgrupperne, men intet respons i kontrolgruppen. Ved sammenligning af de forskellige grupper var der kun signifikant bedre respons i PHD gruppen sammenlignet med kontrolgruppen, ellers var der ingen forskel grupperne imellem.

Secondary outcome så også på 2) om der var remission af de depressive symptomer defineret som en HAM- D17 score på < 7. Set over den 12 ugers periode var der signifikant stigende tendens til remission i alle behandlingsgrupperne, men ikke i kontrolgruppen. Efter de 12 uger var der i PHD gruppen 42 % med remission mod 26% i LD gruppen. Ved sammenligning af de 2 grupper var der ikke signifikant større

sandsynlighed for remission i PHD gruppen i forhold til LD gruppen. PHD gruppen var dog signifikant bedre end kontrolgruppen.

I motionsfrekvensgrupperne var der en sandsynlighed for remission på 31% i 3 gange/uge gruppen mod 35% i 5 gange/uge gruppen. Der var ingen signifikant forskel på de 2 grupper.

Styrker/svagheder

Styrker: 3 samtaler forud for inklusion i studiet, professionelle fagpersoner der udførte HAM-D17, underinddeling i 4 grupper, hvilket medførte, at man kunne sammenligne betydningen af såvel intensitet som frekvens. Trænede alene så der ikke skulle tages forbehold for den sociale betydning af gruppetræning.

Svagheder: forholdsvis lille studie, ikke blindet, forholdsvis stort frafald i kontrolgruppen, monitorering under træningen medfører, at det kan være svært at vide om træningen virker i klinisk praksis.

Kommentar

I artiklen konkluderes, at motion med en intensitet svarende til folkesundhedsanbefalingerne er effektiv i behandlingen af mild til moderat depression. Når der sammenlignes med forsøg med hhv kognitiv terapi og medicinsk behandling er motion med denne intensitet en ligeværdig behandling for depression.

Ligeledes har studiet vist at motionsfrekvensen ikke har nogen signifikant betydning (i hvert fald ikke om det er 3 eller 5 dage om ugen).

“Mindfull” træning, studie 1

Effect of Tai Chi on depressive symptoms amongst Chinese older patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. Chou K, Lee PWH, Yu ECS, Macfarlane D, Cheng Y, Chan SSC, Chi I (2004). Int J Geriatr Psychiatry 19, 1105-1107.

Beskrivelse

Et randomiseret kontrolleret studie udført i Hong Kong, med det formål at vurdere virkningen af Tai Chi træning på depressive symptomer hos ældre.

30 hjemmeboende deprimerede patienter, der havde tilknytning til en psyko-geriatisk klinik, og som opfyldte inklusionskriterierne blev inviteret til at deltage, 14 sagde ja til at deltage, 7 kvinder og 7 mænd.

Deltagerne skulle opfylde DSM-IV diagnostiske kriterier for unipolar svær depression eller dystymi, score over 16 point på Center for epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), være 60 år eller mere, ingen anden træning de sidste 6 mdr, ingen medicinsk kontraindikation for træning, bevaret mentalt og fysisk.

De 14 deltagere blev randomiseret til Tai Chi træning (n=7) eller til kontrolgruppen (n=7)

Træningsgruppen praktiserede Tai Chi i 12 uger, 3 gange om ugen, 45 min af gangen. Hver session bestod af 10 min opvarmning, 25 min Tai Chi og 10 min nedkøling. Alle sessioner var ledet af en erfaren Tai Chi instruktør. Der var en gennemsnitlig deltagelse på 95 % til de 36 Tai Chi sessioner.

Kontrolgruppen blev sat på venteliste til Tai Chi og lavede ikke anden træning.

Efter de 12 uger blev alle 14 deltagere vurderet udfra CES-D.

Resultater

Der blev fundet signifikant bedring af depressive symptomer hos gruppen der lavede Tai Chi sammenlignet med kontrolgruppen.

Desuden viste studiet at Tai Chi er lige effektivt til at reducere alle fire kategorier af depressive symptomer som somatiske symptomer, psykiske symptomer, symptomer relateret til interpersonelle relationer og symptomer associeret til velbefindende.

Styrker/svagheder

Styrken ved studiet er at det er et RCT-studie og der er taget højde for en del confoundere mellem de to grupper. Veldefineret gruppe ud fra inklusionskriterierne, velbeskrevet trænings set-up og høj deltagelse.

Svagheder ved studiet er at det er så lille et studie, kontrolgruppen er helt passive, der er ikke taget højde for om noget af effekten kan stamme fra det at være i et fællesskab/en gruppe. Studiepopulationen omfatter kun patienter over 60 år, resultaterne kan derfor ikke umiddelbart overføres til andre aldersgrupper.

Kommentar

Det konkluderes i studiet at der er signifikant effekt af tai chi på depression, der er dog tale om et meget lille studie.

Mindfull træning, studie 2

Effect of a qigong exercise programme on elderly with depression. Tsang HWH, Fung KMT, Chan ASM, Lee G, Chan F (2006). Int J Geriatr Psychiatry 21, 890-897.

Beskrivelse

Et randomiseret kontrolleret studie udført i Hong Kong, med det formål at se på effekten af qigong * hos ældre med depression.

Inklusionskriterierne var at deltagerne skulle være 65 år eller mere, have diagnosen depression eller tydelige tegn på depression fundet ved Geriatric Depression Scale (GDS) samt have en kronisk medicinsk sygdom.

Deltagerne blev fundet på forskellige plejehjem i Hong Kong, i alt 82 deltagere.

Randomiseringen var dobbeltblindet. Interventionsgruppen (n=48) trænede qigong under supervision i 16 uger, 3 gange om ugen i 30-45 min af gangen. Desuden blev de opfordret til at dyrke 15 min qigong dagligt for dem selv udover dette. Kontrolgruppen (n=34) læste avis i en læsegruppe ledet af en terapeut, med samme intensitet som interventionsgruppen.

Effekten blev vurderet midtvejs og en uge efter ophør. Desuden blev der lavet follow-up 4 uger og 8 uger efter programmet var afsluttet.

Udover effekten på depression som blev vurderet ved GDS, blev der også set på psykosociale forhold vurderet udfra forskellige skalaer: The Chinese General Self-efficacy (CGSS), Personal Well Being Index (PWI), General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Self-concept Scale (ASSEI).

Resultater

Studiet viser at der er signifikant lindring af de depressive symptomer målt ved GDS i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Ligeledes er der signifikant bedring af selvtillid, personlig velbefindende og helbred generelt, målt udfra ovennævnte skalaer i gruppen der lavede qigong. Yderligere fandtes signifikant forskel mellem grupperne hvad angik nogle af sub-skalaerne i ASSEI der går på selvpfattelse af personlig kvalitet, familie forhold, sociale forhold, daglige gøremål og fysisk velbefindende.

Effekten er størst lige efter forsøgets ophør og ved første follow-up 4 uger efter, herefter aftager effekten igen. Man skal således fortsætte med regelmæssig udførelse af qigong, hvis der skal være en vedvarende effekt på depression og de andre målte parametre.

Styrker/svagheder

Styrker ved studiet: RCT-studie, med dobbeltblindet randomisering. Det er et forholdsvis stort studie med 82 deltagere. Der er taget højde for mange confoundere mellem de to grupper. Desuden har man forsøgt at neutralisere effekten ved det at være i en superviseret gruppe og den opmærksomhed det nu giver, ved også at lade kontrolgruppen være i en gruppe ledet af en terapeut. Der er lavet follow-up undersøgelse både efter 4 og 8 uger så man ligeledes kan sige noget om langtidseffekten.

Svagheder ved studiet: I studiet er der kun set på ældre over 65 år der alle udover depression også har en fysisk lidelse. Men får patienterne det bedre psykisk, fordi de via den fysiske træning lindrer deres fysiske symptomer, som måske er årsagen til depressionen? Dette er en confounder ifht. kontrolgruppen som sidder stille og læser avis. Desuden er der set på depression over et, og ikke opdelt efter sværhedsgrad.

Kommentar

Der konkluderes at 8-16 ugers regelmæssig qigong træning kan lindre depressive symptomer, bedre selvtilliden og personlig velbefindende hos ældre med kronisk fysisk sygdom og depression. Men at det er nødvendigt at træningen fortsætter kontinuerligt hvis effekten skal være vedvarende.

* Qigong: en kinesisk træningsform der involverer meditation, åndedræts øvelser og kropsbevægelse.

RCT-studier skema

	Deltagere	Beskrivelse	Varighed	Resultater
Singh et al 2005	N=60, >60år	Styrketræning: høj/lav intensitet vs vanlig behandling	8 uger	Signifikant bedre effekt af høj intensitet end vanlig behandling.
Dunn et al 2005	N=80, 20-45år	Aerob træning: høj/lav intensitet + høj/lav frekvens vs kontrolgruppe	12 uger	Signifikant effekt af høj intensitet, men ingen betydning af frekvens
Chou et al 2004	N=14, >60år	Tai Chi vs kontrolgruppe	12 uger	Signifikant effekt i Tai Chi gruppen
Tsang et al 2006	N=82, >65år	Qigong vs kontrolgruppe	16 uger	Signifikant effekt i Qigong gruppen

Diskussion

I metaanalyserne (4, 5) gennemgås hhv. 25 og 13 RCT studier, og der påvises lille til stor effekt (signifikant) af motion på depression, uafhængigt af motionsformen. Effekten er på højde med antidepressiva og kognitiv terapi. Men ser man kun på studier med veludført diagnosticering (4 studier) og "allocation concealment", "intention to treat" og "blinded assesment" (3 studier), findes der en mindre men ikke statistisk signifikant effekt.

I RCT-studier hvor styrketræning/aerob træning/mindfull træning (6, 7, 8, 9) sammenlignes med kontrolgruppe, fandt man i de enkelte studier signifikant effekt på depression uanset træningsform.

For både aerob træning (7) og styrketræning (6) er påvist signifikant effekt af høj intensitet træning, mens lav intensitet træning ikke var bedre end kontrolgruppe. Der findes ikke en standard definition af hvad høj og lav intensitet træning er. I studiet med aerob træning er SST anbefaling defineret som høj intensitet, mens intensiteten i styrketræningsstudiet er defineret ud fra patientens maximale ydeevne og høj intensitet er gentagelser ved 80% af max.

Imidlertid viser studier af mindfull træning (8, 9) signifikant bedring på depressive symptomer ved lav intensitet træning så som tai chi og qigong. Udover mental træning indeholder træningsformen dog også et element af statisk styrketræning. Men der er tale om små studiepopulationer af ældre kinesere, hvorfor data må vurderes med forbehold og muligvis ikke er anvendelige i en yngre kaukasiske population.

Effekten af mindfull træning kunne indikere at træningens positive effekt på depressive symptomer ikke udelukkende er forklaret ved den fysiske træning. Traditionelt har man forklaret effekten ud fra fysiologiske ændringer i endorfin- og monoaminkoncentrationen i cerebrum samt ændringer i stofskifte, insulin og andre hormoner. Datagrundlaget er dog ikke overbevisende og mekanismerne ikke helt afklarede (10). Psykologiske mekanismer må formodes at have stor indflydelse, mulige forklaringer kunne være: Positiv feedback fra omgivelserne med øget selvværd til følge. Afledning af opmærksomheden fra negative tanker og oplevelse af mestring. Opbygning af en mere positiv identitet og et nyt selvbillede igennem ændring af adfærd og livsstil. Man kunne forestille sig at disse mere gennemgribende ændringer kunne forebygge

tilbagevendende depression, metaanalyser har tidligere vist at mindfulness-baseret kognitiv terapi kan forebygge recidiverende depression (11).

Der er få studier, der ser på langtidseffekt. I Cochrane analysen fra 2010 konkluderes at der er moderat og signifikant effekt ved "long-term follow up", mens metaanalysen af Krogh et al 2011 konkluderer at der ikke er signifikant effekt ved træningsvarighed over 10 uger.

Flere af studierne på området er udført med små populationer. I Cochrane analysen antydes at der kan være et forhold mellem interventions effekt og studiestørrelse, tydende på publikationsbias med mindre tilbøjelighed til at offentliggøre negative resultater af små studier.

På grund af behandlingens karakter er det ikke muligt at blinde patienterne, hvilket kan give performance bias i både kontrol og behandlingsgrupper.

For at etablere solid evidens på området er der behov for større, mere veludførte RCT-studier, der opfylder de videnskabelige krav til diagnosticering og blindet vurdering af effektmål, blindet randomisering og intention to treat. Der er også behov for studier, der ser på langtidseffekt.

Motion har få bivirkninger sammenlignet med farmakoterapi, der kan være forbundet med en del toksiske effekter specielt hos ældre. Depression optræder ofte hos i forvejen somatisk syge patienter (KOL, diabetes, Cancer, hjertesygdom), som også har gavnlige effekter af motion på deres somatiske sygdom. Motion er en billig behandling, både samfundsøkonomisk og for den enkelte patient.

I forhold til vores forskningsspørgsmål, om der er evidens for at anbefale motion ved depression og hvilke træningsformer, intensitet og hyppighed man bør vælge, vil det i praksis betyde: Der er ikke entydig evidens, men på baggrund af ovenstående diskussion vil vi fortsat anbefale motion som led i behandling af depression. Træningsformen er underordnet og kan derfor vælges ud fra patientens interesser, fysiske formåen og personlighed. Det vil underbygge patientens autonomi og vedholde interessen på længere sigt. Intensiteten anbefales at følge SST generelle anbefalinger for motion.

Litteraturliste

- 1 Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- 2 Dansk Selskab for Almen Medicin. Unipolar depression - diagnostik og behandling. 2. udgave ed. Kbh. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2010.
- 3 Leif Skive. Motionsmanualen, motion – nutidens lægemiddel. Komiteen for Sundhedsoplysning, 2003.
- 4 Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA (2010). Exercise for depression (Review). The Cochrane Library, Issue 1.
- 5 Krogh J, Nordentoft M, Sterne JAC, Lawlor DA (2011): The Effect of Exercise in Clinically Depressed Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, *J Clin Psychiatry* 72 (4), 529-538.
- 6 Singh NA, Stavrinos TH, Scarbek Y, Galambos G, Liber C, Singh MAF (2005): A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *Journal of Gerontology* 60A (6), 768-776
- 7 Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO (2005): Exercise Treatment for Depression, Efficacy and Dose Response. *Am J Prev Med* 28 (1), 1-8.
- 8 Chou K, Lee PWH, Yu ECS, Macfarlane D, Cheng Y, Chan SSC, Chi I (2004): Effect of Tai Chi on depressive symptoms amongst Chinese older patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 19, 1105-1107.
- 9 Tsang HWH, Fung KMT, Chan ASM, Lee G, Chan F (2006): Effect of a qigong exercise programme on elderly with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 21, 890-897.
- 10 Oxford Textbook of Sportsmedicine, Oxford University Press, 1994
- 11 Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011 Aug; 31(6):1032-40.

Bilag

MDI

HAM-D

GDS

Bilag 1: Major Depression-spørgeskema (MDI)*

Major (ICD-10) Depressions-spørgeskema – (MDI)

Nedennævnte spørgsmål handler om hvordan du har haft det gennem *de sidste to uger*.

Hvor stor en del af tiden ...	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1. har du følt dig trist til mode, ked af det?	5	4	3	2	1	0
2. har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	5	4	3	2	1	0
3. har du følt at du manglede energi og kræfter?	5	4	3	2	1	0
4. har du haft mindre selvtillid?	5	4	3	2	1	0
5. har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	5	4	3	2	1	0
6. har du følt, at livet ikke var værd at leve?	5	4	3	2	1	0
7. har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	5	4	3	2	1	0
8a. har du følt dig rastløs?	5	4	3	2	1	0
8b. har du følt dig mere stille?	5	4	3	2	1	0
9. har du haft besvær med at sove om natten?	5	4	3	2	1	0
10a. har du haft nedsat appetit?	5	4	3	2	1	0
10b. har du haft øget appetit?	5	4	3	2	1	0

Navn:

Dato:

*) Kilde: Psykiatrisk forskningsenhed, Hillerød Sygehus. 2003.

Major (ICD-10) Depressions-spørgeskema

Nedennævnte spørgsmål handler om hvordan du har haft det gennem *de sidste to uger*.

	Hvor stor en del af tiden ...	Lidt over Lidt under					På intet tidspunkt
		Hele tiden	Det meste af tiden	halvdelen af tiden	halvdelen af tiden	Lidt af tiden	
Kernesymptomer I	1. har du følt dig trist til mode, ked af det?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	2. har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	3. har du følt at du manglede energi og kræfter?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Ledsagesymptomer II	4. har du haft mindre selvtillid?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	5. har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	6. har du følt, at livet ikke var værd at leve?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	7. har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	8a. har du følt dig rastløs?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	8b. har du følt dig mere stille?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	9. har du haft besvær med at sove om natten?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	10a. har du haft nedsat appetit?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	10b. har du haft øget appetit?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
	Total score (0-50)						<input type="text"/>

For at beregne dit pointtal skal du lægge tallene i de afkrydsede felter sammen og gange summen med 4. Du får nu et tal mellem 0 og 100. Et score på 25 eller mere tyder på at du har en behandlingskrævende depression.

Major Depression Inventory (MDI):

Et depressionsskema med »dual-funktion«

Dobbeltfunktionen af Major Depression-spørgeskemaet (MDI) viser sig i scoringsanalyser således.

A. Benyttes MDI som en rating scale på i samme måde som Hamiltonskalaerne, er det summen af de 10 spørgsmål der angiver graden af depression. For item 8 og 10, hvor der er to svarkategorier (a) og (b), vælger man det der har højeste score. Den teoretiske sumscore gir derfor fra 0 (ingen depression) til 50 (maksimal depression). Et score på 20 svarer til et HAM-D17, score på 18.

B. Benyttes MDI som et diagnoseinstrument benytter man den lodrette linie som er angivet på skemaet vist herunder. For de tre øverste items, som afspejler kernesymptomerne på ICD-10 depressionsdiagnosen, forlanges der at de gennem de sidste to uger skal have været til stede det meste af tiden. For ledsagesymptomerne, som findes i de resterende syv MDI-items, forlanges det at de skal have været til stede gennem de sidste to uger i over halvdelen af tiden.

ICD-10 algoritmen bruges herefter:

Let depression: 2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer

Moderat depression: 2 kernesymptomer og 4 ledsagesymptomer

Svær depression: 3 kernesymptomer og 5 ledsagesymptomer.

MDI kan også anvendes til DSM-IV major depressionsdiagnosen. Ifølge DSM-IV opereres der kun med ni symptomer, idet item 4 i DSM-IV er inkluderet i item 5.

Derfor benytter man det af de to items der har højeste score.

Algoritmen for DSM-IV er at 5 af de 9 symptomer skal være tilstede heraf et af de to første items, som ifølge DSM-IV er kernesymptomer.

Manual til HAM-D₁₇

Nedenfor følger en manual til Hamiltons Depressionsskala (HAM-D₁₇).

1. Nedsat stemningsleje:

Dette item dækker såvel den verbale som den nonverbale tilkendegivelse af patientens oplevelse af tristhed, nedtryktthed, modløshed, hjælpeløshed og håbløshed.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til at være nedstemt, ilde til mode, i dårligt humør.
- 2 Klarere tegn til nedsat stemningsleje; virker moderat nedtrykt, men virker ikke håbløs.
- 3 Stemningslejet kraftigt nedsat, eventuelt ledsaget af nonverbale tegn (f.eks. gråd). Giver udtryk for håbløshed.
- 4 Stemningslejet meget svært nedsat, med klare tegn til håbløshed eller hjælpeløshed.

2. Skyldfølelse og selvbebrejdelser:

Dette item dækker reduceret selvagtelse med skyldfølelse.

- 0 Ikke præget af nedsat selv vurdering, manglende selvtillid eller skyldfølelse.
- 1 Føler sig mindreværdig i forhold til familie, venner eller arbejdsfæller med henvisning til det forhold, at han/hun har været til besvær under den aktuelle depressionstilstand.
- 2 Tegn til egentlig skyldfølelse, idet patienten er optaget af forhold fra tiden før den aktuelle depressionstilstand startede (mindre undladelser eller fejl).
- 3 Føler, at den aktuelle depressionstilstand skyldes undladelser eller fejl i fortiden. Kan dog stadig forstandsmæssigt indse, at det næppe er rigtigt.
- 4 Skyldfølelserne, med oplevelsen af, at den aktuelle depressionstilstand er en straf, kan end ikke forstandsmæssigt korrigeres (vrangforestilling).

3. Suicidale impulser:

- 0 Ikke til stede.
- 1 Patienten føler, at livet ikke er værd at leve, men har intet dødsønske.
- 2 Patienten ønsker at dø (f.eks. ikke at vågne op næste morgen), men har ingen aktive planer om at berøve sig livet.
- 3 Har usikre, men aktive planer om at berøve sig livet.
- 4 Har sikre planer om at berøve sig livet.

4. Indsovningsbesvær:

Der udspørges om de sidste 3 nætter uafhængigt af indtagelse af sovemedicin.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Har mindst én aften måttet ligge mere end ½ time vågen i sengen, fra det tidspunkt han/hun ønskede at falde i søvn, og indtil søvnen indtraf.
- 2 Har hver aften måttet ligge over ½ time i sengen, fra det tidspunkt han/hun ønskede at falde i søvn.

5. Afbrudt søvn:

Patienten vågner op én eller flere gange mellem midnat og kl. 5 næste morgen. Der udspørges om de sidste 3 nætter uafhængigt af indtagelse af sovemedicin.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Har vågnet op én eller to gange inden for de sidste nætter.
- 2 Har vågnet op hver nat.

6. Søvnforstyrrelser, tidlig morgenopvågning:

Patienten vågner op før planlagt. Der udspørges om de sidste 3 nætter uafhængigt af indtagelse af sovemedicin.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Er en enkelt gang vågnet op en time eller mere før planlagt.
- 2 Er konstant vågnet op en time eller mere før planlagt.

7. Arbejde og interesser:

- 0 Ingen problemer.
- 1 Let besvær med de sædvanlige dag til dag-aktiviteter (i eller uden for hjemmet).
- 2 Klarere tegn til insufficiens, men stadig af moderat grad.
- 3 Har problemer selv med de mest rutineprægede aktiviteter, som tilmed udføres med stor anstrengelse.
- 4 Ikke i stand til at udføre rutineprægede aktiviteter uden hjælp.

8. Psykomotorisk hæmning:

- 0 Ikke til stede.
- 1 Patientens almindelige motoriske tempo ganske let nedsat.
- 2 Klarere tegn til nedsat motorisk tempo, f.eks. moderat nedsat mimik og bevægelse, eller moderat nedsat taletrang.
- 3 Interviewet forlænget eller besværligt på grund af kortfattet besvarelse.
- 4 Interviewet meget vanskeligt at gennemføre pga. den verbale hæmning og/eller meget nedsatte bevægelsesaktivitet.

9. Psykomotorisk agitation:

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let motorisk uro. F.eks. tendens til at sidde noget uroligt eller tendens til at klø sig i hovedet.
- 2 Klarere tegn til motorisk uro med håndriving, moderat sidde-uro, kan dog forblive siddende.
- 3 Patienten må rejse sig op en enkelt gang under interviewet.
- 4 Patienten er så rastløs, at han/hun må rejse sig og gå omkring flere gange under interviewet.

10. Angst, psykiske komponenter:

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til at være bekymret og bange.
- 2 Klarere tegn til psykisk angst; virker moderat bekymret, utryg eller bange, men dog i stand til at kontrollere utrygheden.
- 3 Den psykiske ængstelse og bekymring er så udtalt, at patienten af og til har svært ved at kontrollere sin angst, f.eks. på kanten af panikangst. Påvirker således af og til patientens daglige adfærd.
- 4 Den psykiske angst meget udtalt. Påvirker mere konstant patientens daglige adfærd.

11. Angst, somatiske komponenter:

Dette item omfatter de fysiologiske eller autonome angstfænomener. Den psykiske anspændthed skal vurderes i item 10.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til somatisk angst, f.eks. uro i maven, sved, tremor.
- 2 Klarere tegn til somatisk anspændthed. F.eks. moderat udtalt uro i maven, hjertebanken, sved eller tremor. Påvirker dog ikke patientens daglige adfærd.
- 3 Den somatiske angst så udtalt, at patienten har svært ved at kontrollere denne. Påvirker således af og til patientens daglige adfærd.
- 4 Den somatiske angst meget udtalt; påvirker mere konstant patientens daglige adfærd.

12. Gastrointestinale symptomer:

Symptomerne rammer hele mave-tarm-systemet. Mundtørhed, nedsat appetit og træg afføring er blandt de mest hyppige symptomer. Den abdominale uro ("sommerfugle i maven") opfattes som en autonom, somatisk angstmanifestation og skal vurderes i item 11. Oplevelsen af at "maven forsvinder" er en nihilistisk, paranoid hypokondermanifestation og skal vurderes i item 15.

0 Ikke til stede.

1 Let nedsat appetit eller normal fødeindtagelse, men maden smager ikke.

2 Moderat eller svær appetitnedsættelse. Patienten spiser dog stadig, fordi han/hun ved, det er vigtigt.

13. Generelle somatiske symptomer:

Dette item omhandler følelsen af træthed, udmattelse, nedsat energiløshed, men også diffuse muskelsmerter, f.eks. i nakke eller skulderåg, ryg eller lemmer.

0 Ikke til stede.

1 Let følelse af træthed, muskelsmerter eller f.eks. hovedpine.

2 Moderat eller svær træthed eller muskelsmerter.

14. Seksuelle forstyrrelser:

Dette item omfatter nedsat seksuel lyst eller interesser. Det er ofte vanskeligt at nærme sig, specielt hos ældre patienter.

0 Ingen forstyrrelser.

1 Lette forstyrrelser.

2 Moderate til svære forstyrrelser.

15. Hypokondri (somatisering):

0 Ikke til stede.

1 Let optagethed af kroppens funktioner.

2 Klarere tegn til bekymring over den somatiske tilstand. Virker moderat bange for at fejle noget legemligt, somatiserer depressionen, men på et "neurotisk" niveau.

3 Hypokondrien er mere udtalt. Patienten er således overbevist om at fejle noget legemligt (f.eks. cancerfrygt), men kan dog kortvarigt forstandsmæssigt bringes til at forstå, at dette ikke er tilfældet.

4 Hypokondrien så udtalt, at der er tale om en ikke-korrigerbar, paranoid forestilling.

Denne forestilling har ofte et nihilistisk præg: "rådner indvendigt", "maven forsvinder".

16. Sygdomsindsigt:

Dette item er kun meningsfuldt at vurdere, hvis interviewer selv mener, at patienten har en depressiv tilstand.

0 Patienten er enig i, at han/hun har en depression eller lignende mental lidelse.

1 Patienten føler sig depressiv, men opfatter ikke dette som en sygdom.

2 Patienten føler sig hverken syg eller stresset.

Der bør i dette tilfælde udspørges om paranoid skyldfølelse (item 2) eller om paranoid hypokondri (item 15).

17. Vægttab:

Her bør der så vidt muligt opnås information om legemsvægten målt i kg.

0 Intet vægttab.

1 Vægttab mindre end 2 kg.

2 Vægttab svarende til 2 kg eller mere.

GDS - Geriatric Depression Scale

- | | | | |
|-----|---|--------|-----|
| 1. | Er du <i>stort set</i> tilfreds med livet? | ja/NEJ | () |
| 2. | Har du <i>opgivet mange</i> af dine aktiviteter og interesser? | JA/nej | () |
| 3. | Føler du et <i>stort tomrum</i> i dit liv? | JA/nej | () |
| 4. | Keder du dig <i>ofte</i> ? | JA/nej | () |
| 5. | Er du <i>for det meste</i> i godt humør? | ja/NEJ | () |
| 6. | Er du <i>bange for</i> , at der skal ske dig <i>noget alvorligt</i> ? | JA/nej | () |
| 7. | Føler du dig <i>glad og tilfreds</i> ? | ja/NEJ | () |
| 8. | Føler du dig <i>ofte hjælpeløs</i> ? | JA/nej | () |
| 9. | Vil du <i>hellere blive hjemme</i> end ud og opleve noget nyt? | JA/nej | () |
| 10. | Tror du at <i>din hukommelse</i> er dårligere end de fleste andres? | JA/nej | () |
| 11. | Er du lykkelig ved livet <i>lige nu</i> ? | ja/NEJ | () |
| 12. | Føler du dig <i>værdiløs</i> ? | JA/nej | () |
| 13. | Har du <i>masser af energi</i> ? | ja/NEJ | () |
| 14. | Synes du at <i>din situation</i> er <i>håbløs</i> ? | JA/nej | () |
| 15. | Tror du, at <i>de fleste mennesker har det bedre end dig</i> ? | JA/nej | () |

Total score:

Vejledning:

Depressivt farvede svar, fremhævet med store bogstaver, scorer 1 point.

Tolkning:

0-4 points:	Normal scoring	()
5-7 points:	Mulig depression	()
8-10 points:	Sandsynligvis let-middelsvær depression	()
11-12 points:	Middelsvær-svær depression	()
>12 points:	Svær depression	()

Sæt kryds:

Kilder:

Sheikh J.I. and Yesavage J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontology* 1986,9/165-173.

Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The Short Form of the Geriatric Depression Scale: A Comparison With the 30-item Form. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 1991; 4 173-8.