

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205086

Sjæl og legeme kan ikke skilles ad

Poul Videbech

Ugeskr Læger 2021;183:V205086

Det er meget vigtigt at interessere sig for psykisk sygdom hos somatisk syge og vice versa. Dels fordi morbiditeten og mortaliteten er forøget ved denne kombination, dels fordi behandlingen af den somatiske sygdom ofte bliver ringere, når patienten samtidig er psykisk syg [1].

En række somatiske sygdomme kompliceres hyppigt af psykiatrisk sygdom som angst og depression. I dette nummer af Ugeskrift for Læger ser en række kolleger med psykiatrisk og somatisk baggrund på sammenhængen mellem angst og depression hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Man konkluderer, at disse psykiatriske lidelser er hyppige, men ofte underdiagnosticerede komorbide tilstande hos patienter med KOL. Korrekt diagnosticering og behandling vil reducere den somatiske symptombyrde og bedre livskvaliteten signifikant [2].

Den øgede forekomst af angst og depression findes også hos patienter med hjertesygdom. Undersøgelser har vist, at op til 20% af de patienter, der udvikler myokardieinfarkt (AMI), og et tilsvarende antal patienter, der har hjerteinkompensation, får en depression. Patienter, som har AMI og får depression, har ringere chance for at vende tilbage til arbejdsmarkedet, højere risiko for nye infarkter og større dødelighed end de patienter, der ikke får depression [3]. Desuden har patienter med depression dobbelt så stor risiko for udvikling af AMI som ikke-deprimerede. Ligeledes ses der også en betydeligt øget risiko for depression (5-10 gange) efter apopleksi. Hertil kommer, at hvis man udvikler en depression i efterforløbet, er prognosen for overlevelse og rehabilitering langt dårligere end, hvis man ikke har depression [4]. Desuden forudgås apopleksi oftere end forventet af en depression.

Det samme mønster ses ved endokrine sygdomme. F.eks. har patienter, der lider af diabetes mellitus type 1 eller type 2, øget forekomst af depression, og forløbet af den psykiske sygdom hos disse patienter er dårligere i form af længere episoder og større risiko for tilbagefald. De har desuden dårligere blodsukkerkontrol og større risiko for komplikationer i forbindelse med sukkersygen [5]. Et andet velkendt eksempel er myksødem. Ud over de klassiske symptomer i form af vægtøgning, hårtab, tør hud og forandringer af stemmen kan der også ses depressive forstemninger, som nogle gange fortsætter, efter at stofskiftet er normaliseret.

En række lægemidler kan desuden udløse psykisk sygdom, hvilket understreger betydningen af at optage en grundig medicinanamnese hos den enkelte patient.

Hvis man skal bedre behandlingen af patienter med de nævnte komorbiditeter, er det vigtigste, at man opdyrker området inden for både det psykiatriske og det somatiske behandlingssystem. Dernæst er opsporing af patienter med denne problematik vigtig. Til dette foreslår *Fogh-Andersen et al* [2], at man anvender Hospital Anxiety and Depressions Scale (HADS), som er valideret til brug blandt somatisk syge. HADS er ydermere en skala, som patienten selv uden særlig hjælp kan udfylde, og den kan så danne baggrund for en opfølgende samtale, hvor man stiller diagnosen ud fra de vanlige ICD-10-kriterier. Skalaen består af 14 udsagn a la »Jeg er anspændt eller stresset« eller »Jeg får en slags skræmmende fornemmelse, som om noget forfærdeligt skal til at ske«, og patienten udfylder så på en såkaldt Likert-skala, hvor meget af tiden dette udsagn passer, hhv. hvor meget det plager patienten. Fordelen er, at patienten i ro og mag kan overveje svarene på spørgsmålene og ikke f.eks. pga. en opfattelse af, at lægen har travlt, kun giver konventionelle svar på spørgsmål om, hvordan han eller hun har det.

Af ovennævnte grunde er et tæt samarbejde mellem somatiske og psykiatriske afdelinger vigtigt. Det kan f.eks. ske ved udbygning af liaisonpsykiatrien, så det er særligt interesserede psykiatere, som varetager forbindelsen og kender de afdelinger, de skal arbejde sammen med. Desuden vil fokuserede ophold på hinandens afdelinger være vigtige for både kommende specialister i psykiatri og somatiske læger. Det er også vigtigt, at forskere »fra begge lejre« arbejder sammen om at kortlægge problemet under danske forhold. Endelig skal det nævnes, at den praktiserende læge har en fuldstændig uvurderlig nøglerolle både som koordinator og i udredningen og behandlingen af patientens somatiske og psykiske sygdom.

Korrespondance Poul Videbech, Center for Neuropsykiatrisk Depressionsforskning, Psykiatrisk Center Glostrup. E-mail: videbech@dadlnet.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. WHO. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. WHO Guidelines. 2018;94. <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155038-3> (5. jul 2021).
2. Fogh-Andersen IS, Farver-Vestergaard I, Pedersen CM et al. Udredning og behandling af angst og depression hos patienter med KOL. *Ugeskr Læger* 2021;183:V09200679.
3. Larsen KK. Depression following myocardial infarction – an overseen complication with prognostic importance. *Dan Med J* 2013;60(8):B4689.
4. Zhang S, Xu M, Liu ZJ et al. Neuropsychiatric issues after stroke: clinical significance and therapeutic implications. *World J Psychiatry* 2020;10:125-38.
5. Oladeji BD, Gureje O. The comorbidity between depression and diabetes. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15:390.