Depresjon er en av de viktigste risikofaktorene ved selvmord og er et stort og sammensatt problemområde. Derfor vil vi ha flere artikler om depresjon framover, og begynner i dette nummer med å fokusere på noen sider ved depresjon blant ungdom.

Depresjon og selvmord

- noen betraktninger i diagnostikk og behandling av unge

Ved Øivind Ekeberg

Depresjon er en av de viktigste risikofaktorer for selvmord. Diagnostisering og behandling av depresjon er derfor viktig både blant voksne og ungdom. Diagnostisering av depresjon kan være vanskelig, ikke minst hos barn og unge. For å nå frem til en diagnose er det nødvendig både å undersøke hvordan den enkelte har det og dessuten skaffe informasjon om atferden og om biologiske forhold. I tillegg er det en del atypiske depresjoner.

Selvmord blant barn under 13 år er svært uvanlig. Blant tenåringer er imidlertid selvmordsatferd langt vanligere. Dette gjelder først og fremst selvbeskaidigende handlinger med varierende grad av dødshensikt, men også fullbyrdet selvmord. I aldersgruppen 15-19 år var selvmordsraten i Norge 1990-92 18.6/100 000/år for gutter og 6.3 for jenter.

De fleste tenåringer som tar sitt liv, har hatt en psykiatrisk diagnose. Et gjennomgående funn fra flere undersøkelser er at dette gjelder 90 % (1). I en norsk undersøkelse fant Grøholt og medarbeidere at 74 % av ungdommer som hadde tatt sitt liv i perioden 1990-92, hadde en psykiatrisk diagnose (2).

Det er sannsynlig at det foreligger en viss overdiagnostisering når diagnosen stilles etter selvmordet. Dette henger trolig sammen med at et selvmord hos et ungt menneske er en så ufattelig tragedie at det er vanskelig å forstå det som uttrykk for noe annet enn sykdom. Når man leser eller hører historien til mange ungdommer som tar sitt liv, har hverken familie, skole eller helsevesen merket noe påfallende. Tvert imot er det flere eksempler på at den som har tatt sitt liv, har vært en uvanlig ressursperson på flere områder.

Blant de psykiatriske diagnoser er det særlig depressive lidelser som er vanlig. Grøholt og medarbeidere fant at 46 % hadde vært deprimerte, og at depresjon var den klart viktigste risikofaktor for selvmord (2).

De vanligste depresjonsformene blant unge mennesker er lettere depresjoner, det vil si kortvarige depressive reaksjoner, eller depresjoner hvor funksjonsnivået er relativt godt. Mange har imidlertid også andre psykiatriske diagnoser samtidig, slik som angstlidelser, personlighetsforstyrrelser eller misbruksproblemer. Noen har også alvorligere psykiatriske lidelser i tillegg. Dette gjelder ikke minst den alvorlige depresjonen som tidligere ble betegnet som manisk-depressiv sinnslidelse. Den gjennomsnittlige debutalderen for denne tilstanden er 18-19 år, men diagnosen stilles ofte mange år senere.

Endelig er det depressive tilstander som er kombinert med utviklingen av schizofreni. Slike depresjoner kan være svært alvorlige, og selvmordsrisikoen ved schizofreni er særlig høy ved de affektive former og i en tidlig fase av sykdommen.

I den diagnostiske prosessen kan det være hensiktsmessig å gå frem gradvis. Første skritt er å kartlegge hvorvidt det foreligger en depresjon, hvilken type det er og hvorvidt det foreligger tilleggsdiagnoser. Omfanget av depresjonen bør så kartlegges, spesielt om vedkommende har manglende livslyst. Hvis det foreligger ønsker om å være død, blir det neste skrittet å kartlegge om det foreligger selvmordstanker. Varigheten, stabiliteten og intensiteten av disse må vurderes.

Med hensyn til diagnosene depresjon og schizofreni er det flere grunner til at de kan stilles for sent. Den unge selv søker ofte å holde symptomene skjult, både for seg selv og for andre. Dette kan

gjøres ved å benekte opplevelser og handlinger, ved å tillegge disse tilsynelatende hensiktsmessige motiver eller ved å benytte rusmidler eller medikamenter for å holde alvorlige symptomer under kontroll. I tillegg er det en forståelig reaksjon både hos den unge, familien og behandlerne at det er en indre protest mot å erkjenne en svært alvorlig virkelighet.

Behandlingen av depresjon blant unge kan være vanskelig. Motivasjonen kan være sviktende hos den unge. I tillegg kan det dreie seg om rådvillhet blant behandlerne.

En ung pike ble innlagt etter en overdose med tabletter. Den psykiatriske vurderingen konkluderte med at hun hadde en depresjon som særlig var preget av lav selvfølelse. I tillegg var det familieproblemer. Hun ble henvist til en poliklinikk med anmodning om time så snart som mulig. Evalueringsprosessen varte imidlertid så lenge at pasienten opplevde seg sterkt avvist og ble mer deprimert, gjorde et enda mer alvorlig selvmordsforsøk, mistet behandlingsmotivasjonen og måtte tvangsinnlegges.

I dette tilfellet ble alvoret i situasjonen og betydningen av rask intervensjon undervurdert fra behandlerne side. Dette ble av den unge opplevet som manglende interesse eller avvisning, noe som utløste nye selvmordsimpulser. Hurtig og tett oppfølging poliklinisk er en forutsetning for at mange unge skal klare seg uten innleggelse.

De behandlingsmessige oppgaver må rette seg mot hovedproblemene, men kan organiseres på forskjellig måte. Individualterapien må for det første ta sikte på å styrke motivasjon og allianse. I denne prosessen kan sårbarheten for avvisning neppe overvurderes. Dette kan lett overses når ungdommen presenterer en likegyldig og bagatelliserende reaksjon på den avvisning de opplever. I terapier med voksne kan man i noe større utstrekning arbeide med opplevelsen av å bli avvist som uttrykk for overføring i en terapeutisk prosess. Blant yngre pasienter er ikke

toleransen for å arbeide over tid med dette stor nok, og det er derfor nødvendig å bekrefte de unge pasientene aktivt og gjentatt. De unge vil vanligvis oppleve det som bekreftelse at behandleren viser interesse for og bekrefter smerten ved opplevelse av tap, avvisning og lav selvfølelse. Smerten ved å oppleve slike følelser kan imidlertid være så vond

at den unge i perioder heller vil snakke om dagligdagse ting. Terapeuten må da kunne veksle mellom de forskjellige grader av intensitet, og vise forståelse for at det er nødvendig å ta seg inn etter smertefulle opplevelser.

De unge pasientene som er så deprimer-te at de foretar selvmordshandlinger, har vanligvis både lav selvfølelse og svingende motivasjon. Dette bør være et tilbakevendende fokus i behandlingen. Fokus må på den annen side ikke være for ensidig satt på selvfølelsen. I mange tilfeller går de unge med ubearbeidede opplevelser av tap eller krenkelse, som har vært med på å utvikle deres depresjon.

Selvmondsrisikoen må ikke være for stor hvis det skal drives poliklinisk behandling. Den unges egen kontroll og støtten rundt må være tilstrekkelig god for at poliklinisk behandling skal være forsvarlig.

Familiesituasjonen bør derfor kartlegges, og mange ganger bør familien trekkes inn i behandlingen. Familien står vanligvis nærmest den unge, og er en viktig ressurs. I mange tilfeller trenger familien hjelp samtidig, både for å kunne mestre påkjenningen ved at ens eget barn er selvmordstruet, og eventuelt i forbindelse med egne konflikter. Disse bør

søkes løst uten at ungdommen har for stor ansvarsfølelse i forhold til dem. Indikasjonen for å trekke inn familien øker generelt jo yngre pasienten er. For barn under 15 år må familien trekkes inn. I aldersgruppen 15-18 år må situasjonen vurderes. Ved fravær av foreldreressurser er det nok grunn til å trekke inn barnevernet oftere enn det som praktiseres.

Medikamentell behandling av depresjon blant unge er også vanskelig. Generelt virker antidepressiva dårligere hos unge enn hos voksne. Medikamenter er et biologisk virkemiddel, og virker best hvis det foreligger biologiske endringer. Mulighetene for terapeutisk effekt er derfor større hvis det foreligger konsentrasjonsproblemer, søvnproblemer, appetittendringer, nedsatt tempo eller lignende, enn hvis det er lav selvfølelse og skyldfølelse som er dominerende. De biologiske forandringene ved depresjoner er mindre uttalt hos ungdom, og tilsvarende den

mulige nytten av antidepressiv medikasjon. Toleransen for bivirkninger er dessuten lav blant unge mennesker.

Medikamenter er imidlertid indisert i flere tilfeller. Ved depresjoner som enten har psykotisk preg eller hvis det samtidig foreligger psykoser, er det grunn til å bruke antidepressiva og/eller antipsykotika. Ved maniske eller maniforme tilstander kan litium være det beste medikament.

Arbeid med deprimer-te unge mennesker med selvmordsimpulser er krevende, kan være belastende, men er vanligvis svært meningsfylt. Ungdommen er i sterk vekst og brytning, og utviklingsmulighetene er store. Den hjelp de klarer å motta, kan få betydning for resten av livet. For å orke dette arbeidet må imidlertid ikke behandlerne være for redde for dødsproblematikk.

Litteratur

1. Brent DA. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1995; 25: 52-63.

2. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wickstrøm L, Haldorsen T. Youth suicide in Norway 1990-1992. A comparison between children and adolescents completing suicide and age and gender matched controls. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27: 250-63.

Øivind Ekeberg er overlege i psykiatri ved Klinikk for akuttmedisin, Ullevål sykehus og professor i medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo. Han utarbeidet i 1993 et forslag til nasjonalt program for selvmordsforebygging i Norge, og er styremedlem i The International Association for Suicide Prevention (IASP).

forts. fra side 7

rapportert (39). Mål kan være å gi informasjon, bearbeide urealistiske forventninger, hjelpe pårørende til å takle selvmordstrusselen og bidra til varig og god kontakt mellom pasienten og resten av familien. Særlig flerfamiliegrupper antar jeg vil være egnet for suicidale pasienter med schizofreni. Disse gruppene bidrar til å bryte familienes isolasjon og vil oftest ha et mer optimistisk preg enn enkeltfamiliegruppene (40).

Konklusjon

De viktigste forebyggende tiltak mot selvmord ved schizofreni er å oppdage selvmordsfaren hos den enkelte pasient og å gi en best mulig behandling av sykdommen. Det kan bidra til at pasienten får håpet og dermed livet tilbake.

Referanseliste kan fås ved henvendelse til Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging.

Håvard Bentsen er psykiater og postdoktoral stipendiat ved Aker sykehus, divisjon psykiatri. Han har vært overlege i et rehabiliteringsavsnitt, og tok doktorgrad i 1998 på emnet "expressed emotion" hos pårørende til pasienter med schizofreni. Han er nå

i gang med et prosjekt om fettstyre-/antioksydantbehandling av schizofreni.