

Depresjonsbehandling – forebygging av selvmord

Ved Gerd-Ragna Bloch **Thorsen**

Depresjon er en av de sykdomsdiagnosene som har vist raskest økning i forekomst både her i landet og resten av verden. Depresjon er nå skyld i flere tapte arbeidsdager enn hjerte- og karlidelser. Depresjon er den vanligste årsaken til varig nedsatt arbeidskapasitet, og i følge WHO en av de vanligste årsakene til død. Dødsfall på grunn av depresjon kan skyldes at man på grunn av sin depressive lidelse ikke er i stand til å ivareta andre deler av sin fysiske og psykiske helse, men den mest dramatiske og alvorligste dødsårsaken ved depresjon er selvmord.

Verdensbasis pleier man noe popularisert å si at antall selvmord er det samme som antall dødsfall ved bilulykker, og som sistnevnte bør og kan det forebygges gjennom å kartlegge risikofaktorer og sette inn hjelpetiltak. Man regner med at 80 % av alle selvmordene skyldes depresjoner som kunne blitt behandlet. Den senere tid er antall selvmord i Norge sunket. Dette er sammenfallende med at det har vært iverksatt et nasjonalt handlingsprogram mot selvmord, men det har og vært sammenfallende med at vi har fått nyere og bedre medisiner mot depresjon, samt at både 1.- og 2.linjetjenesten har skolert seg i diagnostikk og behandling.

Depresjonsformer

Det finnes mange ulike former for depresjon. De ulike formene skal dels ha forskjellig behandling, dels ulik vektlegging av de samme behandlingselementene. Det er derfor viktig å kunne skille mellom ulike former for depresjon. I Norge er det offisielle diagnosesystemet ICD 10 (International classification of diseases, versjon 10). Diagnostiser er et arbeidsredskap for psykiatrien, der man systematiserer og ordner symptomer på en måte som gir mening ut fra forløp og behandlingstilnærming.

Vi kan skille depresjoner i to hovedgrupper: de som er utløst av ytre traumer, og de som er endogene. Både traumeutløste og endogene depresjoner kan videre deles i lette depresjoner og alvorlige depresjoner.

Traumeutløste depresjoner beskriver depresjoner som opptrer på grunn av ytre alvorlige livshendelser. Det kan være hendelser som tap ved dødsfall eller separasjon, eller tap av anseelse eller funksjon. Det kan være traumer i form av ulykker, trusler, skader på en selv eller de nærmeste. Videre kan det være opplevd traume på grunnlag av en dyp alvorlig konflikt, eller avvising. Traume kan oppstå akutt eller være en langvarig prosess.

Endogene depresjoner beskriver depresjoner med biologisk årsak uten sikre ytre traumer. Disse kan igjen deles inn i lette depresjoner eller alvorlige depresjoner.

Hovedtyper av depresjon:

1. Alvorlig depressiv episode.
2. Dystymi.
3. Vinterdepresjon.
4. Melankoli.

I tillegg til disse hovedtyper av depresjoner finnes det ulike andre former og undergrupper.

1. Alvorlig depressiv episode

Alvorlig depressiv episode er preget av minst fem av de følgende symptomene:

- Senket stemningsleie
- Markert nedsatt interesse eller glede
- Betydelig vekttap eller vektøkning
- Søvnløshet eller for mye søvn
- Psykomotorisk agitasjon, rastløshet
- Trettbarhet og mangel på energi
- Selvbepreidelse og skyldfølelse
- Nedsatt evne til å tenke og konsentrere seg
- Tilbakevendende tanker om døden

Personen må ha hatt minst to uker med senket stemningsleie og/eller tap av interesse eller glede.

Som man forstår av navnet *Alvorlig depressiv episode*, er dette en episodisk sykdom. Episoden skal ha avgrenset varighet og gå over av seg selv eller med behandling. Pasienten skal ikke lide av en kronisk depressiv lidelse.

2. Dystymi

1. Pasienten er preget av depressivt stemningsleie mesteparten av dagen i et flertall av dagene i minst to år.
2. Depresjonen må være så alvorlig at den gir funksjonssvikt.
3. Mens personen har vært deprimert, har minst to av de følgende symptomene forekommet:
 - Nedsatt appetitt eller overspising.
 - Søvnløshet eller for mye søvn.
 - Lav energi eller tretthet.
 - Lav selvfølelse.
 - Dårlig konsentrasjon eller vansker med å ta avgjørelser.
 - Følelse av håpløshet.

Dystymi er en depresjon preget av noe mildere symptomer, men med medfølgende funksjonssvikt. Dystymien kan vare over flere år og sette preg på pasienten en stor del av livet.

3. Sesongbetinget depressiv lidelse, vinterdepresjon

1. Depresjonen inntreffer i den mørke årstiden.
2. Symptombildet er preget av:
 - Økt søvnbehov.
 - Økt appetitt.
 - Vektøking.
 - Manglende tiltakslyst og energi.
 - Nedstemthet.

Sesongbetinget depressiv lidelse er som navnet sier, en depresjon som opptrer visse deler av året. I Norge opptrer den om vinteren under den mørke årstiden.

4. Melankoli

Den alvorligste formen for depresjon er melankoli. Symptomene er minst en av følgende:

- Tap av gleden ved alle aktiviteter.
- Reagerer ikke på positive hendelser.

Og minst to av følgende:

- Tydelig senket stemningsleie.
- Depresjonen verre om morgenen.
- Tidlig oppvåking.
- Hvileløs uro eller total fysisk passivitet.
- Markert tap av matlyst og seksualdrift.
- Overdreven eller urimelig skyldfølelse.

●n vi ser av det ovenfornevnte, er det ulike former for depresjon med ulike symptombilder. Depresjonens alvorlighetsgrad varierer også og skal behandles med ulik intensitet. Som vi vil se av depresjonsbehandlingen, er den sammensatt av flere elementer. Den ulike depresjonstypens behandling vektlegger de ulike elementene forskjellig.

Depresjonsbehandling

Kartlegging og behandling av depresjoner har vært en av hovedsatsingsområdene de siste ti årene, spesielt i allmennpraksis, men òg i 2.linjetjenesten. Det er kommet forskningsresultater som viser at ulike former for depresjon som man tidligere ikke trodde lot seg behandle ad medikamentell vei, kan ha god nytte av nyere former for antidepressiv behandling. I tillegg har man skolert seg i ulike psykoterapiformer som

viser seg å ha god nytte når det gjelder behandling av depresjoner. Inntil for ti år siden var tricykliske antidepressiva og ECT-behandling (elektrosjokkterapi) de viktigste hjelpemidlene man hadde. Tricykliske antidepressiver hadde ofte store bivirkninger for pasienten. Noen av disse bivirkningene var plagsomme og forsvant dersom man sluttet med medisinene. Andre ga varige skader som tannskader. I tillegg var disse medikamentene svært giftige, og mange var de pasientene som tok livet av seg med det medikamentet som egentlig skulle ha hjulpet dem på vei til et bedre liv

Diagnostikk

Det viktigste hjelpemiddel til forebygging av selvmord er god depresjonsbehandling. Dette innbefatter rett diagnostikk, samt det å komme tidlig til behandling. Rett diagnostikk kan forekomme på ulike nivåer.

Pasient

Det første nivået er selvfølgelig personens egen erkjennelse og oppfatning av symptomer og plager, det at personen selv kjenner igjen symptomer på depresjon enten de er av følelsesmessig art eller gir seg mer fysiske utslag.

Pårørende

Det er viktig at befolkningens generelle kompetanse om alvorlige depresjoner og depressive lidelser er best mulig, slik at man kan oppdage og sette ord på depresjoner hos personer i ens nære omgivelse.

Primærhelsetjenesten

De fleste med depresjoner både av lettere og alvorlig karakter går til behandling i primærhelsetjenesten. Det er derfor uhyre viktig at primærleger er opptatt av – og oppdatert på – å diagnostisere depresjoner.

Det å diagnostisere depresjoner har i seg selv ingen verdi, dersom det ikke fører til at pasienten får adekvat hjelp på rett nivå. Dette medfører at behandlingsapparatet er lydhørt for hva pasienter og pårørende forteller, og at man har en lav terskel for å ta i mot pasienter med depressive symptomer. Er pasienten kommet til behandling, gjelder det selvfølgelig å gi pasienten rett behandling i tilstrekkelig lang tid.

Hovedelementer i behandling av depresjon

1. Samtalebehandling.
2. Medikamentell behandling, lysbehandling, ECT.
3. Kunnskap om sykdommen (psykoedukativ behandling).
4. Familiekontakt.
5. Kreative behandlingsformer.
6. Fysisk aktivitet.

Behandlingen kan foregå både poliklinisk og ved innleggelse, individuelt og i grupper.

Ved lettere depresjoner legges hovedvekten på samtalebehandling, eventuelt med medikamenter i tillegg. Ved alvorlige depresjoner blir hovedvekten lagt på medikamenter kombinert med samtalebehandling og eventuelt annen behandling. Imidlertid må man ved alle typer depresjoner ty til flere enn ett botemiddel.

Samtalebehandling

Alle pasienter har godt av den gode samtale. For pasienter med depresjon er samtalen viktig ut fra flere aspekter. Formålet med samtalebehandling er

- å bygge opp et medmenneskelig forhold mellom pasient og behandler
- bli kjent med pasientens opplevelse av – og forståelse for – sykdom og livshendelser
- åpne opp for nye måter å bearbeide og forstå konsekvensen av lidelsen på.

For å kunne hjelpe pasienten ut av depresjonen er det svært viktig at pasienten føler han kan stole på behandleren, og at behandleren er en person som formidler håp, engasjement og seriøsitet. Det er viktig at behandleren snakker med pasienten for å bli kjent med ham. Det er viktig å ha et bilde av pasientens liv, hvordan det har artet seg. Er det spesielle hendelser som har satt spor? Hva har preget pasientens liv og hva har gjort pasienten til den personen han er i dag? Denne informasjon er viktig for å kunne forstå pasientens tidligere handlings- og tankemønstre, og for å hjelpe pasienten til nye måter å bearbeide og forstå sin lidelse på.

Det er bare for de lettere formene for depresjon at samtalebehandling alene gir like gode resultater som medikamentell behandling. For alle typer depresjoner gir samtalebehandling på en eller annen måte en behandlingsmessig gevinst. Noen ganger kan samtalebehandlingen være det møtet og det bindeleddet som gjør at pasienten holder ut i situasjonen i påvente av at bedringen skal inntreffe. Noen ganger vil samtalebehandling gi pasienten innsikt i – og forståelse for – måter å takle liv og hverdag på som kan bidra til å forebygge senere sykdomsepisoder. Samtalebehandling er også alltid et viktig element når det gjelder å være en støtte til at pasienten gjennomfører annen type behandling som medikamentell behandling.

Det er ulike former for samtalebehandling.

1. Innsiktsorientert psykoterapi.
2. Støttepsykoterapi.
3. Kognitiv terapi.
4. Interpersonell terapi.

Innsiktsorientert psykoterapi tar sikte på å gi pasienten innsikt i egne reaksjonsmåter og gi ham/henne en forståelse av at dagens bilde kan være farget av tidligere opplevelser, traumer og konflikter i pasientens liv.

Støttepsykoterapi tar sikte på å støtte pasienten, påpeke pasientens ressurser, formidle

håp og ivaretagelse.

Kognitiv terapi. Flere pasienter med depresjon fremviser et uheldig tankemønster som både kan gi opphav til og vedlikeholde depresjon. Mønsteret kan være preget av negative, destruktive depressive tanker som igjen gir depressive følelser som igjen fører til negativ atferd, som igjen bekrefter og forsterker de negative tankene. Forholdet mellom tanker, følelser og handling står i en prosess som negativt forsterker hverandre.

Interpersonell terapi. Interpersonell terapi bygger på antagelsen om at pasientens forhold til tidligere og nåværende mennesker i omgivelsene har vært av betydning for å utvikle depresjon. Pasienten har en tendens til å tolke alt negativt, noe som igjen får følger for vedkommendes forhold til personer i omgivelsene. Terapien går ut på å påpeke dette overfor pasienten, og lære pasienten nye måter å forholde seg i interpersonelle relasjoner.

Pasienter med depresjon kan ofte være svært sårbare, redde for tap eller avvisning, ha manglende naturlig selvhevdelse eller manglende evne til å ivareta egne behov. Alle former for samtalebehandling bør ta sikte på å endre disse forhold.

Medikamentell behandling

Den viktigste behandlingsform ved de fleste typer depresjon er den medikamentelle. Det er to hovedtyper medikamenter som brukes overfor mennesker med depresjoner; antidepressiver og stemningsstabiliserende medikamenter.

Antidepressiver

Ved de fleste former for depresjon kommer man til målet med antidepressiver. De antidepressive medisiner virker både til en viss grad dempende, virker psykisk stimulerende og stemningshevende. Det er flere ulike antidepressiver på markedet. Disse har noe ulik virkningsprofil og bivirkningsprofil. *Den største gruppen* er selektive serotonin-reopptakshemmere (SSRI). Det finnes en reversibel monoamino oksidasehemmer, en uselektiv monoamin reopptakshemmer, SSRI med serotonin 11-blokade, og en alfa 2 antagonist med serotonin 11-blokkade. I tillegg har vi de gamle såkalte tricykliske antidepressiver. (TCA) Johannesurt (*Hypericum*) har vist seg å ha samme effekt som andre antidepressiver ved lette og moderate depresjoner, men mindre bivirkninger.

Virkingen av antidepressiver

Antidepressiver virker på flere måter. Medikamentene virker dempende og noe søvndyssende. Dette er ikke så fremtredende for de nyere antidepressivene. En av hovedvirkningene er den stemningshevende. I tillegg virker medikamentene psykisk stimulerende. Virkingen av nyere former for antidepressiver inntreer vanligvis innen to – tre uker ved lettere depresjoner, og inntil seks uker ved alvorlige depresjoner. Det er gjerne slik at pasienten merker et økt aktivitetsnivå, mer energi, før den stemningshevende effekten kommer. Man er klar over at selvmordstruede pasienter i

akkurat denne fasen er meget sårbar, da de får energi til å gjøre alvor av sine selvmordsforsøk før de har fattet håp gjennom den stemningshevede effekten til medikamentet.

Behandlingstid

Hvor lenge pasienter skal bruke samme medikament, er òg noe diskutert. Dersom man ikke får noen effekt etter seks uker, må man skifte til en annen type.

Etter at god effekt er oppnådd skal pasienten vanligvis bruke medikamenter i minimum seks måneder og gjerne opptil ett år. For enkelte pasienter strekker behandlingen seg over flere år, og slik vedlikeholdsbehandling med antidepressiver skal foretas i doser like store som den innledende behandlingen.

Stemningsstabiliserende medikamenter

For pasienter med gjentatte alvorlige depresjoner eller ved manisk depressiv sinnslidelse er stemningsstabiliserende medikamenter oftest den viktigste basismedisineren. Tidligere ble litium brukt som det langt foretrukne medikament. I en senere tid har flere og flere blitt satt på valproat, et antikrampemiddel, som stemningsstabiliserende medikament med god effekt.

ECT – elektroshokkbehandling

For pasienter der man ikke lykkes med antidepressiv behandling, og som lider av alvorlig depresjon, bør man forordne ECT. I tillegg brukes ECT dersom pasienten får alvorlige bivirkninger av medisiner, eller der man er avhengig av svært hurtig innsettende effekt. Pasienter som tidligere har hatt god nytte av ECT, vil gjerne òg ha denne behandlingsformen igjen ved tilbakevendende depresjoner.

Andre typer behandling

Billedterapi, musikkterapi og fysisk aktivitet er andre typer behandling som kommer til nytte ved depresjoner. Disse terapiformene er velegnet når pasienten er ute av den alvorligste og dypeste depresjonen og har begynt på nyorienteringsfasen, der han gjerne både vil lære å kjenne nye sider av seg selv, og få mulighet til å uttrykke seg gjennom andre medier enn bare ord.

Selvmord og depresjonsbehandling

Selvmordsprosessen er en trinnvis prosess som begynner med nedstemthet, dødstanke og fortsetter med dødsønske og selvmordstanke. Fra selvmordstanke til selvmordshandling kan det være et langt steg, men har pasienten begynt å gjøre handlingsforberedelser, er steget brått blitt mye kortere. Det er mange risikofaktorer når det gjelder selvmord. Disse faktorene må man ta i betraktning når det gjelder å vurdere risikoen for at en pasient skal gjøre alvor av sine tanker eller planer. Dersom man har vurdert at en person er selvmordstruet, er det to ting som står i høysetet. Den første oppgaven er å beskytte pasienten mot å ta livet av seg. Den andre er å behandle

pasientens grunnlidelse. Er det i tillegg andre faktorer ved pasientens liv som virker kompliserende, er det viktig å bidra til å fjerne eller redusere disse.

Behandling av alvorlig selvmordstruede pasienter

Dersom en pasient har alvorlige selvmordsplaner, skal pasienten innlegges i psykiatrisk institusjon. Hvorvidt pasienten er frivillig innlagt eller innlagt under tvangsparagraf, har ikke noe å si for hvilken form for behandling pasienten bør få og har krav på. Men enkelte ganger får man ikke en frivillig allianse med pasienten og man er da nødt til å bruke tvang, hvis pasienten for øvrig oppfyller vilkårene i Lov om psykisk helsevern.

Pasienter som er selvmordstruet, skal være i et miljø med erfaring og rutine i å overvåke og behandle denne type problematikk. Miljøet i posten skal være preget av håp og ønske om å etablere kontakt med pasienten. Miljøet skal være preget av en aktiv holdning der man utviser tålmodighet uten ubesluttsomhet, fasthet uten rigiditet, toleranse, men ikke likegyldighet, bekymring uten å vise uro, og interesse uten kritikk eller bagatellisering. Pasienter som er alvorlig melankolske og deprimerte og som gjerne har vrangforestillinger og mindreverdigheidsidéer eller psykotiske symptomer, trenger i tillegg til adekvat medikamentell behandling òg å ha fastvakt og tilsyn.

Fastvakt og grad av dette kan òg defineres og graderes. Vi kaller det gjerne "frimerkevakt" dersom pasienten hele tiden skal ha en person innen armlengdes avstand. "Fastvakt" kalles det hvis pasienten har en fast vakt hele tiden, som vet hva pasienten gjør og hvor han er. "Hyppig tilsyn" kan defineres som tilsyn hvert femte minutt, hvert kvarter osv. Det er svært viktig at miljøpersonalet har en felles og entydig forståelse av hva de ulike vaktformene innebærer. Videre trenger de kunnskap, opplæring og erfaring i å ta seg av alvorlig selvmordstruede.

Det er flere faser i behandlingen der pasienten er ekstra risikoutsatt. Det er under innleggelsesfasen hvor pasienten ikke er kjent med miljøet og behandlerne. Det er i faser hvor pasientens medisiner delvis er begynt å virke, og det er i utskrivingsfaser. Det er svært viktig at pasienten ikke blir brått skrevet ut, fordi han nå virker så bra, fordi medisinene så vidt har begynt å virke, eller fordi det kan synes som om andre trenger plassen bedre. Behandling av alvorlige depresjoner med selvmordsfare krever sin tid, og kan ikke forseres. Det er viktig at pasientene får god og tett oppfølging etter utskrivelse, at pasienten får hjelp til å bearbeide opplevelser han hadde i sykdomsfasen, omkring selvmordsforsøk, håpløshet, opplevelser under innleggelsen osv.

Det er òg under innleggelsen viktig å knytte kontakt med pasientens familie og nærmeste. Det er viktig å informere dem om sykdom, årsak og behandling, men òg å knytte bånd mellom pasient og familie.

Behandling av kronisk selvmordstruede og pasienter med sammensatt problematikk

En viktig og vanskelig gruppe å behandle er de kronisk selvmordstruede. Man må ikke blande denne gruppen sammen med pasienter med selvskading som symptom. Disse bruker ofte skadingen som smertelindring overfor den psykiske smerten, og er ikke egentlig selvmordstruet. Den kronisk selvmordstruede har ofte en alvorlig personlighetsforstyrrelse, kan ha alvorlige posttraumatiske symptomer, og være

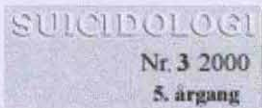
rusmisbruker i tillegg. Det er viktig å ha en rett holdning til disse pasientene, en holdning som både signaliserer at vi bryr oss, men som òg gir en del av ansvaret for å forbli i live tilbake til pasientene. For disse pasientene vil gjerne behandler i perioder fungere som en livbøye, og for at pasienten skal stole på denne livbøyen er det viktig at behandler er forutsigbar og engasjert i personen.

Konklusjon

En av de alvorligste følgene ved alvorlig depresjon er selvmord. For å unngå dette er det viktig at pasienter med depresjon får god behandling, både hva angår type behandling, rett mengde behandling og kontinuitet i behandlingen. For å kunne gi rett behandling er det viktig med tidlig og korrekt diagnose. Her har 1.linjetjenesten et særlig ansvar, da de fleste pasientene først har tatt kontakt der. Når det gjelder forebygging av selvmord gjennom å gi rett behandling, har både 1.linjetjenesten og 2.linjetjenesten et særskilt ansvar. Når det gjelder å forebygge selvmord gjennom å gjøre verden til en bedre plass å leve, har vi alle et ansvar i fellesskap.

Om forfatteren

Berd-Ragna Bloch Thorsen er psykiater, psykoterapiveileder og avdelingsoverlege ved Midtsektor, Rogaland psykiatriske sjukehus. Hun er grunnlegger av og styreformann i Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, og medlem av styre i norsk psykiatrisk forening.



[\[TIL FORSIDEN\]](#)

