

# Depresjon hos unge

– en oversett lidelse med gode behandlingsmuligheter

AV OLE RIKARD HAAVET



**Ole Rikard Haavet**

Fastlege ved Lillestrøm Legesenter, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin. Doktorgradsstipendiat med tema innen ungdomsmedisin.

– Jeg er forelsket, men jeg er så stygg!

Gutten på 16 år hadde satt opp dette som punkt én i et svar på en kognitivt tilrettelagt hjemmelektse. Det var andre besøk. Hjemmeleksen var å skrive ned to av de største vanskene han sto overfor.

«Har denne gutten noe på et legekontor å gjøre,» var min første undring, med vage minner om forelskelser og ugreie følelser fra egen ungdom. Er ikke det å føle seg stygg en helt normal tanke for alderen? Kan svaret hans forklare den høye scoren (MADRS = 32), som han fikk på depresjonstesten i den første konsultasjonen?

Når jeg velger å bruke denne kasuistikken, er det for å belyse et tema. Ikke alle mine behandlingserfaringer er like oppmuntrende.

Bakgrunnen for 16-åringens besøk var opprinnelig mors bekymring for hans dårlige kne. Kneplager, som igjen var oppgitt som grunn for enkelte fravær fra gymnastikktimene. I samtalen viste det seg snart at kneplagene var ganske underordnet i forhold til andre plager.

Opptakten til guttens besøk hos meg var typisk. Han kommer med et kroppslig symptom. Ofte er disse pasientene gjengangere. Øvre luftveisplager, astma og allergi, muskel- og skjelettplager, herunder nakke- og ryggplager, er blant de vanligste kontaktårsakene (1). Perioder med hode- og magesmerter forekommer også, men tilhører ofte en yngre aldersgruppe.

*Unge hyppigst rapporterte sykdommer (1):*

- 39 prosent luftveisinfeksjoner, allergi og astma
- 22 prosent hodepine og migrene
- 10–20 prosent angst og depresjon
- 12 prosent muskel- og skjelettplager

10 prosent av de unge er storbrukerne av legetjenester (2). Storbruker kaller Statistisk sentralbyrå unge som bruker lege seks ganger eller mer i året. Gjennomsnittet er litt over tre kontakter i året. 77 prosent har vært i kontakt med lege siste året, mens til sammenligning bare tre prosent har vært hos psykolog (2).

Jeg er med andre ord ikke den første fastlegen som sitter med en usikker tenåring foran meg. Han var ikledd selvsikkerhet i et moteriktig ytre. Som mange andre, røper han ikke uten videre at han føler seg mindre vellykket enn hans ytre gir signaler om.

Kramer fant at allmennlegene i London bare oppdaget én av fem unge med psykiske plager, men at treffsikkerheten var god på dem som ble funnet (3). Andre utenlandske undersøkelser tyder på at en betydelig andel unge med psykisk sykdom ikke en gang søker hjelp (4).

Samtidig viser spørreundersøkelser at omkring én av fem i denne alderen strever med symptomer på depresjon, litt flere jenter og en del færre gutter (5). Alvorlighetsgraden varierer selvsagt. Flere undersøkelser indikerer samtidig at andelen deprimerede stiger.

Dessuten er det etter hvert ganske godt vist at depresjon og uhensiktsmessig atferd lett trekker hverandre inn i en uheldig vekselvirkning (6). Vekslingen skjer mellom lav selv-følelse, tristhet, følelse av å være uten håp, selvskading, fravær på skolen og rus.

Mye tyder på at både de unge selv og foreldrene deres ofte tolker symptomer som tilhørende alderen. Mitt inntrykk er at allmennlegene også kan mene at i denne aldersgruppen ordner det meste seg selv: — For unge mennesker med mentale problemer gjelder det å holde fingrene av fatet, ytre en kollega om unge med depressive symptomer.

Forskning gir imidlertid gode holdepunkt for at det er hensiktsmessig aktivt å forebygge, diagnostisere og behandle depresjon hos unge (7). Unge mennesker med ubehandlet depresjon kan lett komme til å betale med dårlig mental helse både på kort og lang sikt.

Tilbake til 16-åringen: Var det noen grunn til at han følte seg så stygg? Det eneste han kunne huske, var et par uttalel-



ILLUSTRASJONSFOTO: PDC TANGEN

ser fra en jente i klassen. Når han kikket seg i speilet, var han tilbøyelig til å gi henne rett.

Han hadde ikke vært utsatt for mobbing eller vold, sa han. Han bodde sammen med sine to foreldre. Foreldrene var ganske opptatt av jobbene sine, synes han. Han likte heller ikke at deres alkoholbruk var økt noe i helgene. Resultatet var mindre hygge hjemme. Men han så ikke på dette som store problemer.

Det siste året hadde skolerisultatene vært på nedadgående. I tillegg hadde han en deprimert bestekamerat, som stadig skadet seg selv, og som nå et par ganger hadde prøvd å ta sitt eget liv. Han følte noen ganger at kameraten virket ganske sterkt inn på ham. På direkte spørsmål innrømmet han at han selv et par ganger hadde ripet seg opp på underarmene. Når jeg ba om å få se, viste det seg at han hadde mer og mindre bleike lange arr på begge underarmene. Han hadde også vært innom tanker om at livet var et håpløst prosjekt for ham, som han sa, men han var trygg på at han var for feig til å ta sitt eget liv.

Vi vet forholdsvis lite om årsakene til depresjoner hos unge. Vi vet med relativ stor sikkerhet at alvorlige negative livshendelser er forbundet med depressive plager (8). Av sammenhenger som er undersøkt, ser tap av en nær slektning eller venn ut til å ha moderat effekt. Økt press for å lykkes synes å doble antallet unge som rapporterer symptomer på depresjon sammenlignet med kamerater som ikke oppgir å føle slikt press, men inntrykket er at plagene er av begrenset alvorlighet. Unge som har opplevd foreldres samlivsbrudd, har mer depresjoner enn dem som ikke har en slik erfaring. Inntrykket er samtidig at økt sosial aksept har dempet virkningen av foreldres samlivsbrudd.

Andre negative erfaringer ser ut til å ha mer alvorlige og langsiktige effekter. Å oppleve systematisk mobbing er

et slikt eksempel. I enda større grad slår vold ut med depresjon hos offeret. Seksuelle overgrep, som fire prosent av 10.-klassingene i Oslo svarte at de hadde opplevd siste året, var forbundet med mer enn fire-dobling av antallet med depresjoner.

*Unge rapporterte negative livserfaringer siste år (8):*

- 62 prosent press for å lykkes
- 26 prosent en nær person død
- 22 prosent utsatt for vold
- 15 prosent utsatt fra mobbing
- 4 prosent seksuelt overgrep

Omfanget av vold fortjener ekstra oppmerksomhet.

I Oslo oppgir nesten én av fire 15- og 16-åringer å ha opplevd vold siste året. Undersøkelser tyder på at forekomsten av vold er noenlunde likt fordelt både geografisk og mellom by og land. Trolig har noen få voldelige ungdommer mange ofre i kjølevannet både på skolene og fra sammenhenger hvor unge møtes i fritida. Voldsutøverne synes å få makt og status.

Motsatt er det forbundet med skam å være voldsoffer; for ofrene selv, deres foreldre, lærere, skoler og for samfunnet forøvrig. En følge er at ofrene unngår å få oppmerksomhet omkring det de har vært utsatt for. På den måten slipper de skammen, men blir samtidig lett alene med sine problemer. Voldsepisoden(e) de har vært utsatt for blir glemt.

Noen unge har en mor, en far eller en annen nær voksen person som skjønner sammenhengen til problemene de sliter med. Andre unge går med problemene i en slags innestengt ensomhet. Flere har fortalt meg at de tror deres smerte ikke er spesiell, fordi de ikke har andre erfaringer å sammenligne med.

Typiske plager kan være påtrengende gjenopplevelser av hendelsene. Det kan være ubehagelige tanker, sanseinntrykk, mareritt og sterke reaksjoner på informasjon om lignende hendelser. Videre unngår ofte den rammede ting som minner om hendelsen, fordi dette utløser angst. Det kan være at den unge ikke vil huske eller snakke om det som har skjedd. Det kan være at hun eller han vil unngå stedet ting skjedde, som f.eks. skolen eller et bestemt klasserom. Og det kan også være unngåelse av bestemte personer. Utsatte unge opplever lett vedvarende psykisk aktivering med unormal årvåkenhet, konsentrasjonsvansker, aggresjon eller apati og søvnvansker. Ikke alltid er sammenhengene mellom årsak og virkning så lett å få øye på.

Hvis disse trekkene får utvikle seg, er resultatet lett sosial isolering. Ubehandlet er sluttresultatet ofte depresjon. En rekke forskjellige behandlingsmåter er aktuelle.

Hos vår 16-åring fant vi ikke alvorlige hendelser. Men han hadde mange av de samme symptomene. Selvfølelsen var lav. Han følte seg lite verdt. Han var begynt å skulke timer på skolen. Han isolerte seg stadig mer. Konsentrasjonsevnen var ikke god lenger. Han hadde skadet seg selv. Han trodde ikke på at det var noen framtid for ham, og i sin følelse av håpløshet hadde han flere ganger ruset seg ganske grundig på vekselvis alkohol og hasj.

Han var enig i at han var kommet inn i negative sirkler. Han var frustrert over å dumpe ut i den ene dumme hendelsen etter den andre.

Den vanskelige forelskelsen ble et typisk eksempel. Vi tegnet opp et mønster slik han mente det var. Resultatet var en sirkel av hendelser og negative tanker som i rekkefølge besto av et klosset forsøk på å prøve å bli sett av jenta, et forsøk på å prøve å få kontakt, fulgt av et enda mer klosset forsøk på å få til en date. Følelsen av å bli oversett og av ikke å være noe verd, fulgte med mellom hvert ledd. Etter hvert identifiserte han flere lignende mønstre på andre områder i sitt unge liv.

Vi ble enige om å prøve å bearbeide hvert ledd i disse sirklene med alternative positive tanker. Vi satte i første omgang av seks til åtte ukentlige konsultasjoner. Han ble satt opp enten som siste pasient eller på dobbelttime for at vi i hvert fall skulle ha 30 minutter til rådighet hver gang.

En første alternativ tanke han selv kom med, var at han ikke var så stygg, og i hvert fall ikke var styggere enn en kammerat som allerede hadde en kjærest. Den neste alternative

tanken var at han mente at jenta han likte hadde kikket til hans kant.

Disse, og etter hvert mange andre, alternative tanker ledet ham faktisk inn i nye alternative handlinger, som kort tid før hadde vært utenkelige, og nye positive følelser vokste fram. Dessuten forsto han hvordan denne måten å tenke på hjalp ham, og han overførte strategien på andre mønstre. Ved den åttende konsultasjonen var mange negative mønstre i ferd med å bli brutt. Han hadde fått en innsikt som han brukte aktivt. Det sto alt i kladderboka med hjemmeløkser. Ikke minst var han tilsynelatende stoppet med selvskading og rus.

Hans grunnstemning av tristhet ville imidlertid ikke slippe. MADRS var gått ned til 22. Etter en del overveielser, foreslo jeg et forsøk med Fontex. Det er det eneste antidepressive medikament som er anbefalt brukt i denne aldersgruppen. Min kliniske erfaring er at det etter noen uker viser seg om medikamentell behandling har noe for seg. I beste fall er effekten meget god.

I løpet av de neste par ukene lysnet 16-åringen. MADRS sank til 12. Gutten begynte å ordne livet sitt. Han møtte fast på skolen. Han fikk avtaler med lærerne og begynte å gjøre lekser. Vi inngikk en avtale om konsultasjoner for å ha kontroll med medisinen.

Da vi trappet ned Fontex noen måneder senere, så jeg at han hadde selskap av en jente på venterommet. Jeg kunne ikke skjule min nysgjerrighet. Han smilte: jeg var ikke så stygg som jeg trodde!

ILLUSTRASJONSFOTO: PDC TANGEN



### Litteratur

1. SSB. Gjennomsnittlig tal på kontakttar med lege siste 12 månader for eigen sjukdom, etter alder, kjønn, eigenvurdert helse og kontinuitet i legerelasjonen. 2000.
2. SSB. Bruk av helsetjenester, etter alder. 1998
3. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 508–13.
4. Britto MT, Klostermann BK, Bonny AE, Altum SA, Hornung RW. Impact of a school-based intervention on access to healthcare for underserved youth. *J Adolesc Health* 2001; 29: 116–24.
5. Grøtvedt L, Gimmetad A. Barn og UNge. Helseprofil for Oslo 2002: 24–28.
6. Kim KJ, Conger RD, Elder GH, Lorenz FO. Reciprocal Influences Between Stressful Life Events and Adolescent Internalizing and Externalizing Problems. *Child Dev* 2003; 74: 127–143.
7. Burns JM, Andrews G, Szabo M. Depression in young people: what causes it and can we prevent it? *Med J of Aust* 2002; 177 Suppl: 93–6.
8. Haavet OR, Straand J, Saugstad OD, Grünfeld B. Illness and exposure to negative life experiences in adolescence – two sides of the same coin? A study of 15 year olds in Oslo, Norway 2004. *Acta Pædiatr* 2004; 93: 405–411.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på [ivskeie@online.no](mailto:ivskeie@online.no)