

DEPRESJON

selvmord

TK Larsen
professor dr med
seksjonsoverlege EPS
Stavanger Universitets-sykehus/UiB

plan for foredraget

- hva er depresjon?
- forekomst av selvmord
- litt om behandling
- oppsummering

min bakgrunn

- lege/psykiater + litt filosofi
- forsket på tidlig psykose
- litt over 100 vitenskapelige art/bokkptl
(tidlig psykose; langtids oppfølging; suicidalitet ved psykose; OCD ved psykose; rus; premorbid funksjon; ADHD; epilepsi; forekomst av tvangsinnleggelser etc)
- siste 10 år; ca 300 rettspsykiatriske vurderinger

min bakgrunn

- fast medlem av Kommisjonen for Gjenopptagelse av Straffesaker
- flere års erfaring med NPE-saker som ekstern og etter hvert - intern sakkyndig
- ulike vurderinger i selvmordssaker
- 25 års erfaring som for- og bakvakt

Yuval Noah Harari

New York Times Bestselling

Author of *Sapiens*



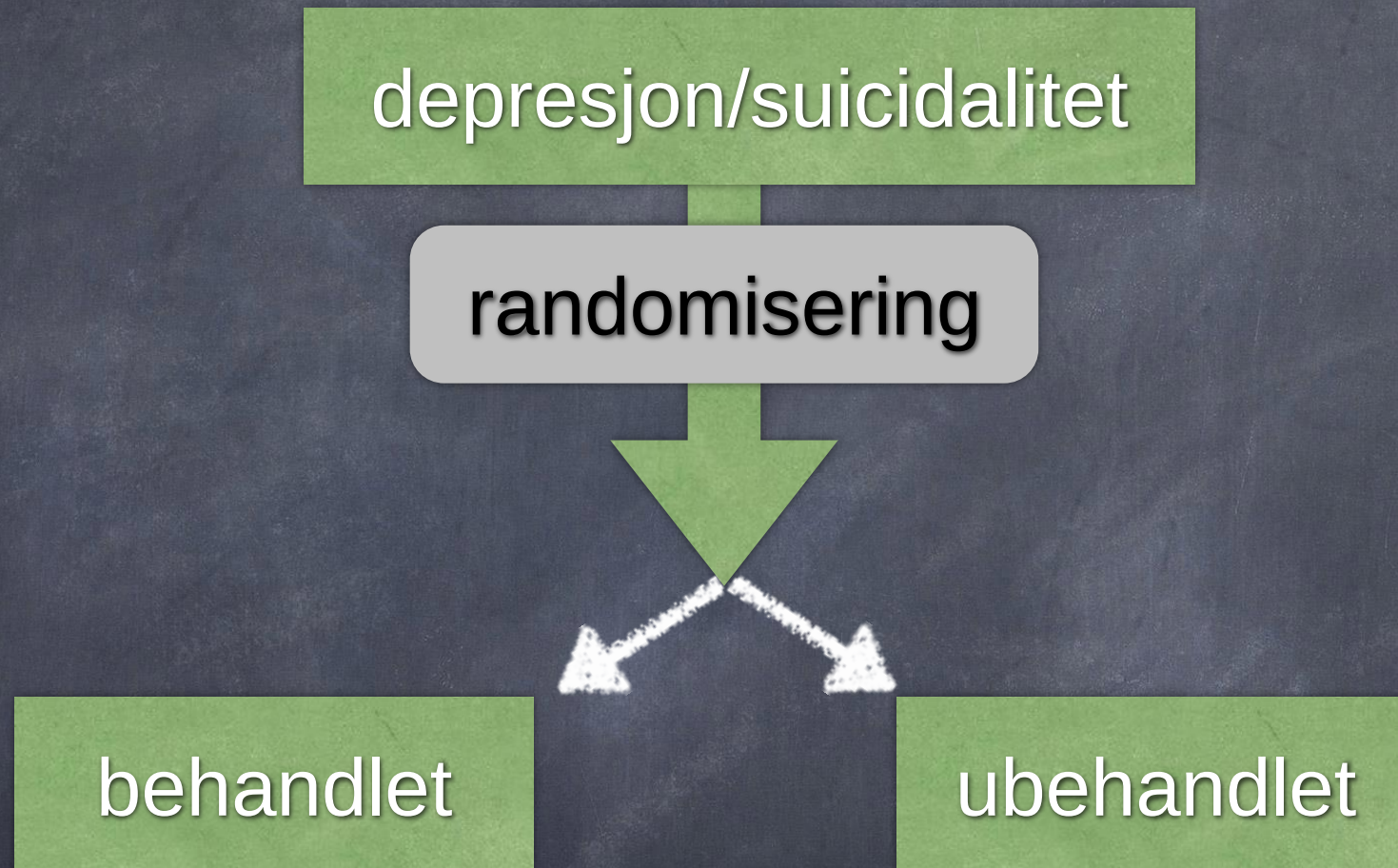
Homo Deus

A History of
Tomorrow

objektiv - subjektiv

- Harari hevder at det er feil å dele inn i objektiv vs subjektive opplevelser
- det finnes et tredje område;
- det intersubjektive
- det dannes mening; religion - vitenskap - kunst - musikk etc..

et optimalt design...

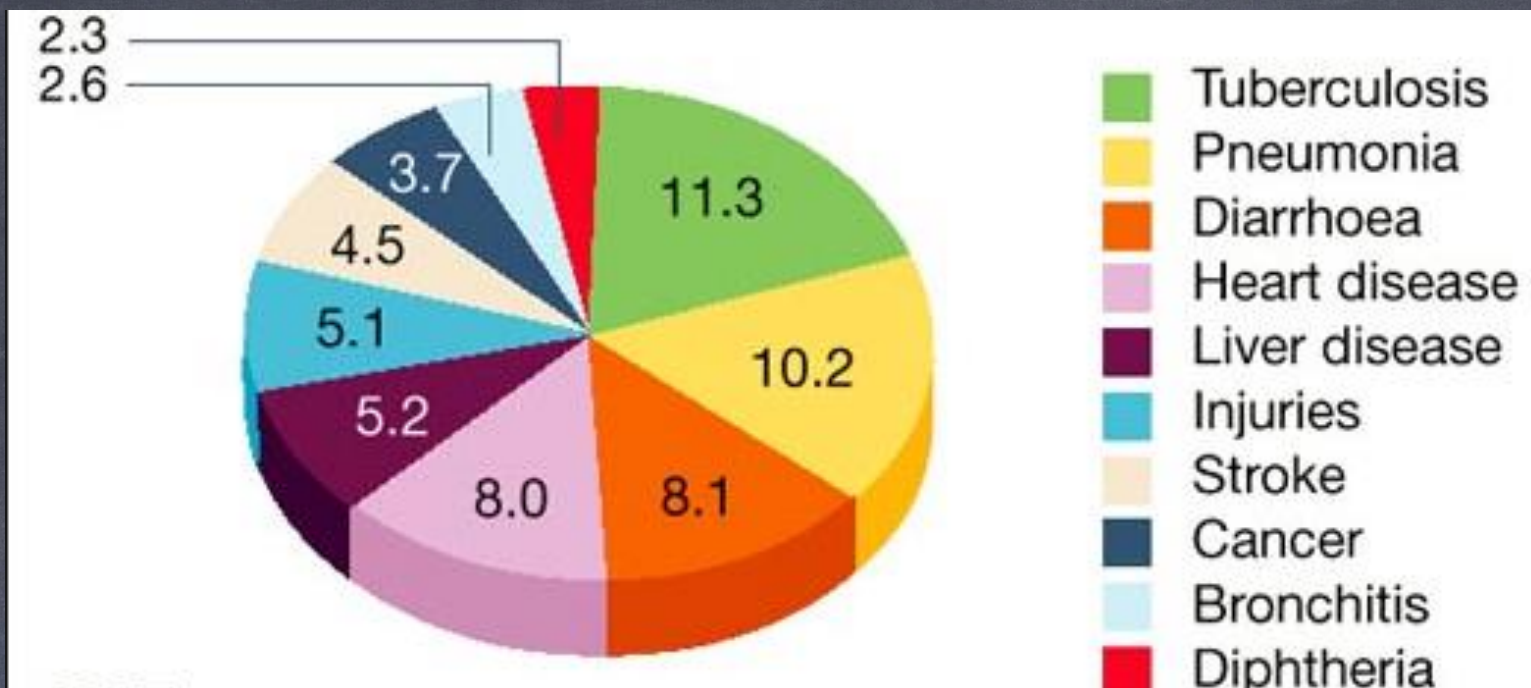


forekomst av suicid i de to gruppene

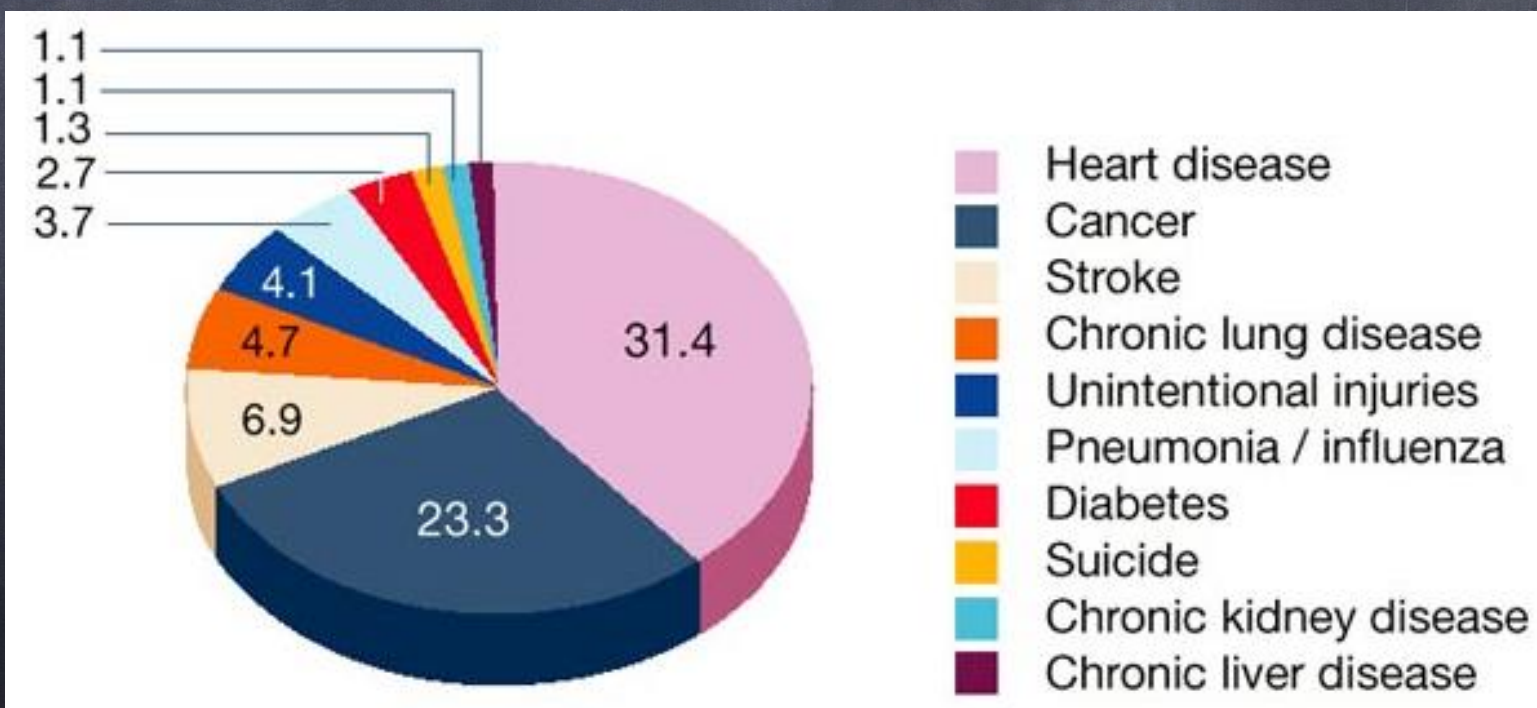
hva tenker du?

- hvor mange vil få en (beh.krevende) depresjon i løpet av livet?
- 1/5...
- hyppigere hos kvinner enn menn
- hva med rygg- eller hodesmerter?

1900



1997



hvor mange får beh?

- 3/4 av de med depresjoner får ikke behandling
- den vanligste beh er medikasjon ved fastlege
- få deltar i psykoterapi

Article

A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study

Einar Kringlen, M.D., Ph.D.

Svenn Torgersen, Ph.D.

Victoria Cramer, Ph.D.

Objective: This study reports results of a large-scale epidemiological investigation of the prevalence of mental disorder in Oslo.

Method: A random sample of Oslo residents age 18–65 years was drawn from the Norwegian National Population Register. A total of 2,066 subjects, 57.5% of the original sample, were interviewed with the Composite International Diagnostic Interview in 1994–1997. The mean age of the interviewed subjects was 39.3 years.

Results: The 12-month prevalence of all mental disorders was 32.8%, and the lifetime prevalence was 52.4%. Alcohol abuse/dependence and major depression had the highest lifetime prevalence and 12-month prevalences. All mental disorders were more prevalent in women than

in men, with the exception of alcohol and drug abuse/dependence. Severe psychopathology (e.g., three or more diagnoses) was found in 14%–15% of the respondents. The lifetime and 12-month prevalences for all diagnostic categories except drug abuse/dependence were similar to those found in the United States Comorbidity Survey.

Conclusions: Epidemiological data for Oslo show that the lifetime and 12-month prevalences of mental disorder are quite high, with alcohol abuse/dependence and major depression particularly frequent. The rates for women are higher than those for men for all diagnostic categories, except for alcohol and drug abuse/dependence.

(*Am J Psychiatry* 2001; 158:1091–1098)

(γω λ βλγμσνλ 2001: 128:1091–1098)

ders were more prevalent in women than 12-month prevalence. All mental disorders had the highest lifetime prevalence and 12-month prevalence and major depression had the highest lifetime prevalence and 12-month prevalence. All mental disorders were more prevalent in women than

dependence. Severe psychopathology (e.g., three or more diagnoses) was found in 14%–15% of the respondents. The lifetime and 12-month prevalences for all diagnostic categories except drug abuse/dependence were similar to those found in the United States Comorbidity Survey.

TABLE 5. Lifetime and 12-Month Prevalences of Mental Disorders in a Survey of a Random Sample of the Adult

Disorder	Lifetime Prevalence (%)		12-Month Prevalence (%)	
	National Comorbidity Survey		National Comorbidity Survey	
	Oslo	Survey	Oslo	Survey
Alcohol abuse/ dependence	22.7	23.5	10.6	9.7
Major depression	17.8	17.1	7.3	10.3
Dysthymic disorder	10.0	0.4	3.0	2.3
Agoraphobia	6.1	5.3	3.1	2.8
Panic disorder	4.5	3.5	2.6	2.3
Generalized anxiety disorder	4.5	5.1	1.9	3.1
Drug abuse/dependence	3.4	11.9	0.9	3.6
Bipolar disorder	1.6	1.6	0.9	1.3
Nonaffective psychosis	0.4	0.7	0.2	0.5
Nonaffective psychosis	0.4	0.7	0.2	0.5
Bipolar disorder	1.6	1.6	0.9	1.3
Drug abuse/dependence	3.4	11.9	0.9	3.6

depresjon ICD-10

- F32

- nedstemthet
- redusert energi
- nedsatt evne til å glede seg over ting
- konsentrasjonsproblemer
- lite energi

depresjon ICD-10

- F32

- forstyrret søvn
- endret appetitt
- svekket selvtillit - skyldfølelse
- håpløshetsfølelse
- selvmordstanker/planer/handlinger

mild depressiv episode F 32.0

- To eller tre av symptomene nevnt under F32.- er vanligvis til stede. Pasienten er vanligvis bekymret over disse, men vil sannsynligvis være i stand til å fortsette med de fleste aktiviteter
- varighet; minst 2 uker

moderat depressiv episode F

32.1

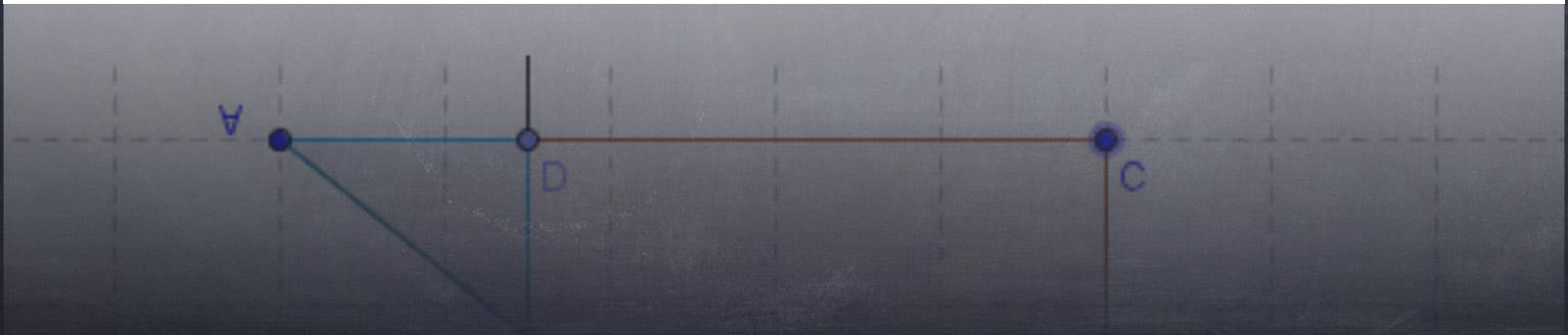
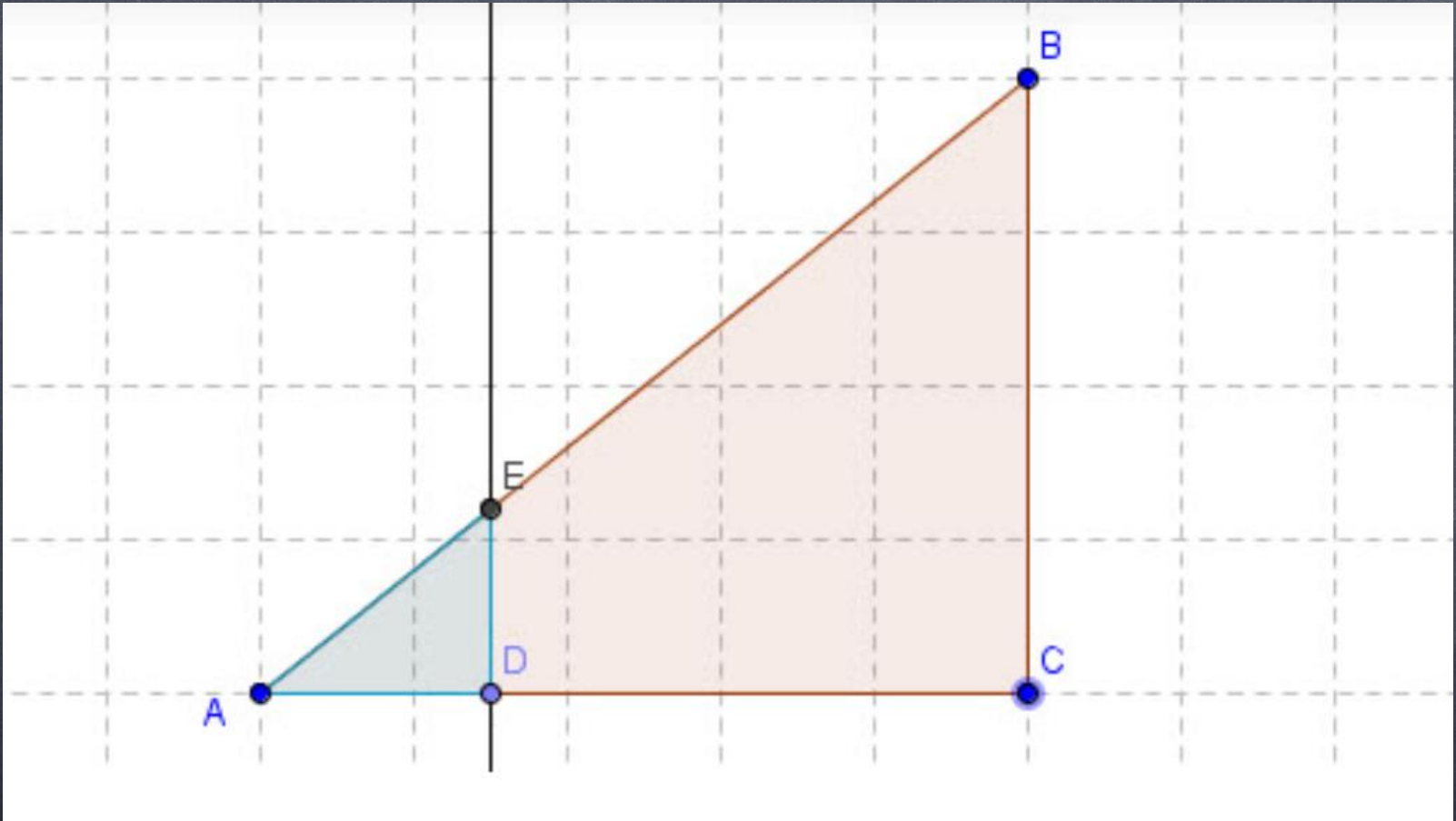
- Fire eller flere av symptomene nevnt ovenfor er vanligvis til stede, og det er sannsynlig at pasienten har store problemer med å fortsette med ordinære aktiviteter.

alvorlig depressiv episode F 32.2

- Episode med depresjon der mange av symptomene nevnt ovenfor er markerte og plagsomme, vanligvis tap av selvaktelse og forestillinger om verdiløshet eller skyld. Selvmordstanker og -handlinger er utbredte, og somatiske symptomer er vanligvis til stede.

alvorlig depressiv episode F 32.3 med psykotiske trekk

- Episode med depresjon som beskrevet i F32.2, men med hallusinasjoner, vrangforestillinger, psykomotorisk retardasjon eller så alvorlig stupor at ordinære sosiale aktiviteter ikke kan utføres. Det kan oppstå livsfare som følge av risiko for selvmord, dehydrering eller manglende inntak av føde. Hallusinasjonene og vrangforestillingene kan være, eller ikke være, i samsvar med stemningsleiet.



psykotisk depresjon

- stemningskongruente symptomer = en forsterking av de depressive ideene (f.eks vrangforestillinger om at man er skyldig og må straffes av GUD)
- inkongruente symptomer = ikke relatert til depresjonen

behandling

- samtaler
- medikamenter
- rehabilitering - innleggelse
- skjerming
- ECT

amtalebehandling

- Kognitiv atferdsterapi
 - Arbeide med negative tanker og antagelser
- Atferdsaktivering
 - Igangsette aktiviteter som gir lyst og lede

samtalebehandling

- Interpersonlig terapi (IPT)
 - Løse problemer i eksisterende relasjoner og bygge nye relasjoner
- Metakognitiv terapi
 - Stoppe bekymring og depressiv grubling
 - Endre metakognitive antagelser og strategier for regulering

Presynaptic Cell

Serotonin

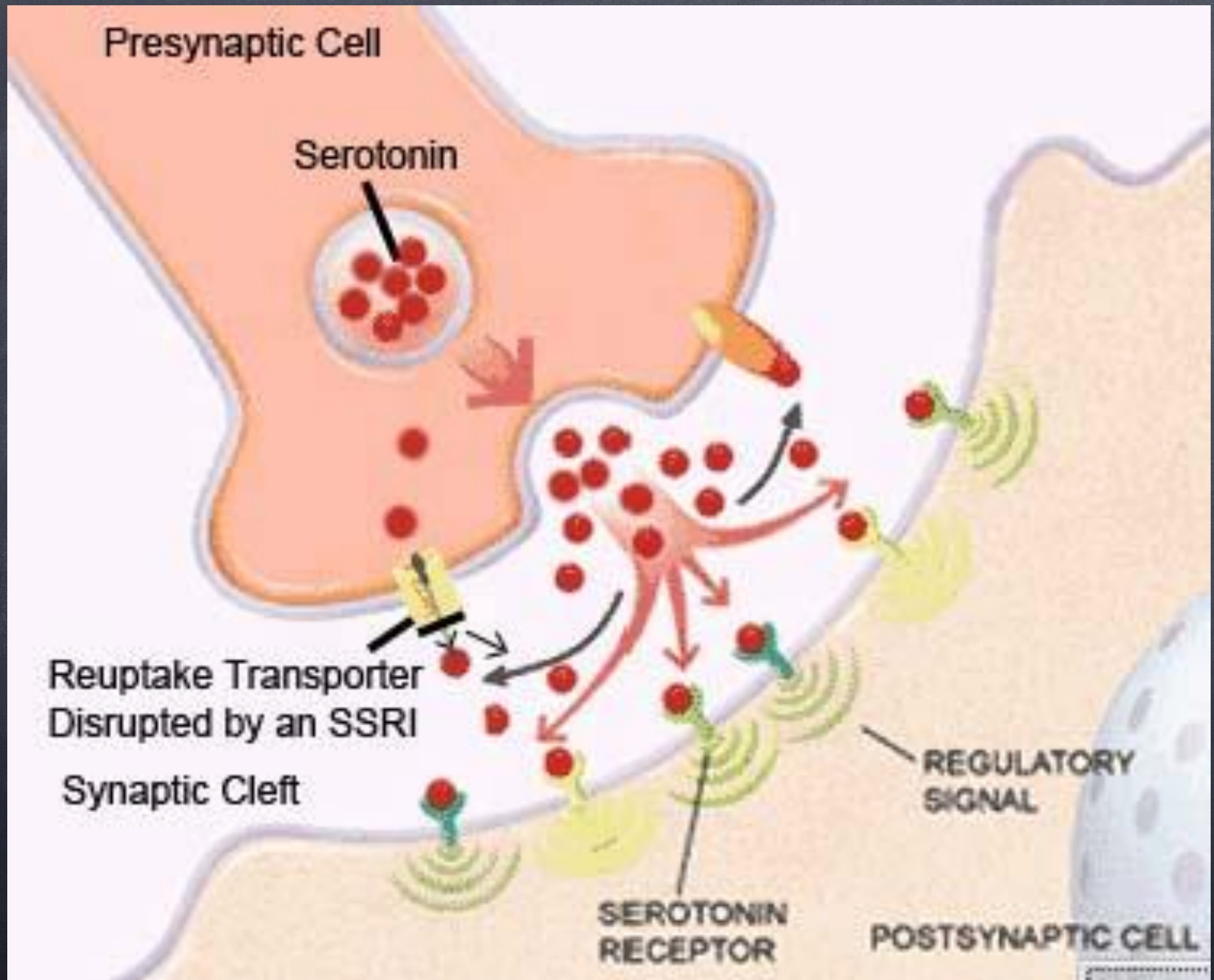
Reuptake Transporter
Disrupted by an SSRI

Synaptic Cleft

REGULATORY
SIGNAL

SEROTONIN
RECEPTOR

POSTSYNAPTIC CELL



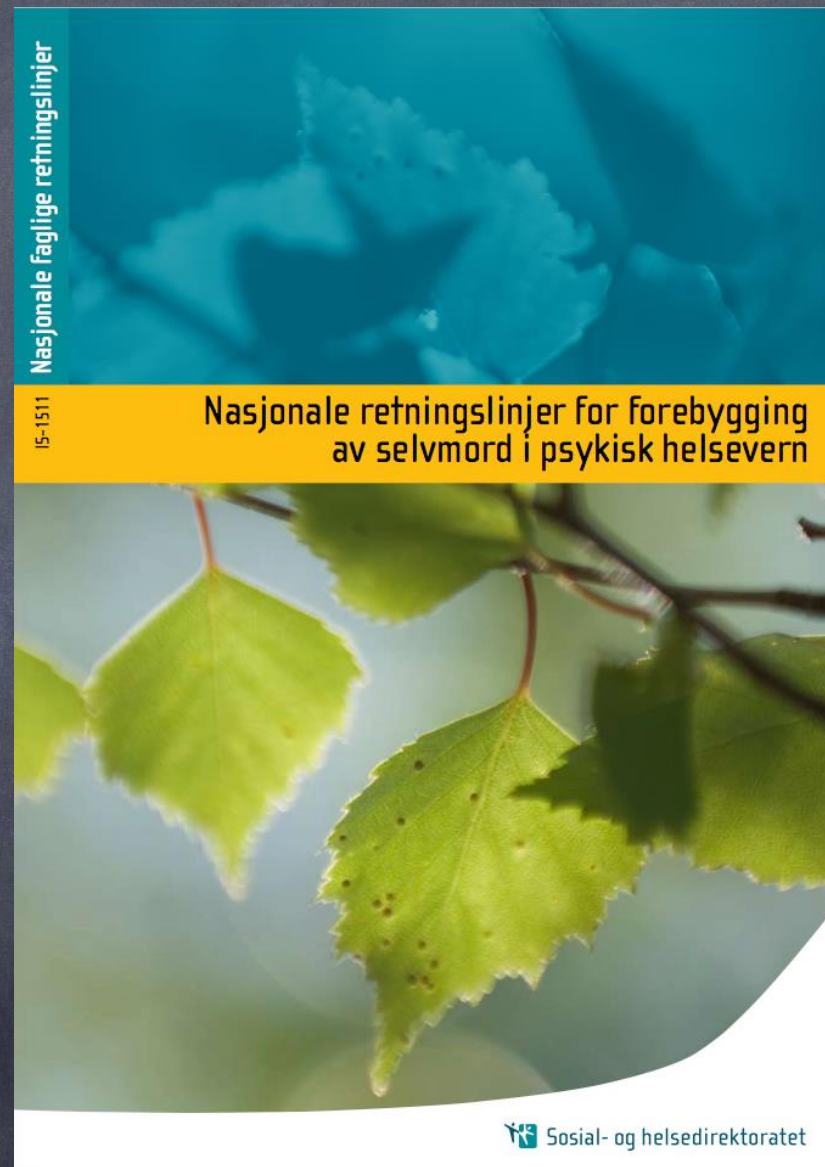
medikamenter

- Stor diskusjon de siste årene om effekten av SSRI preparater er større enn placeboeffekten
- Trisykliske antidepressiver er noe mer effektive enn andre antidepressiver ved dype, melankolske depresjoner
- Alle antidepressiva har bivirkninger som kan oppleves som plagsomme og som gjør at etterlevelsen av medikamentell behandling ikke blir optimalt

2009



2008



Gradering av kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene

Tabell 1. Graderingsskjema for evidenshierarki og anbefalinger^b

Evidenstype	Evidensnivå	Gradering av anbefaling
Minst to randomiserte kontrollerte studier eller metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier	Evidensnivå 1	A
Minst én kontrollert og godt utformet studie, men uten randomisering	Evidensnivå 2	B
Ikke-eksperimentelle, godt utformede deskriptive studier, som komparative studier, korrelasjonsstudier og kasusstudier	Evidensnivå 3	
Ekspertvurdering, i form av komitérapporter eller oversiktsartikler, men uten kliniske studier av god kvalitet med direkte relevans for anbefalingen	Evidensnivå 4	C
Kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra ekspertkomiteer og/eller klinisk ekspertise	Anbefalt god praksis fra arbeidsgruppen	GP

depresjon hos barn

- Forekomst av depresjon hos skolebarn (7-12 år) er lavere enn hos ungdom (13-18)
- Punktforekomst
- 1-2 % hos skolebarn
- 1-7 % hos ungdom

- 12-måneders forekomst
- 1-3 % hos skolebarn
- 2-13 % hos ungdom
- Depresjon og kjønn
- Ingen forskjell mellom kjønn hos skolebarn
- Mer vanlig blant jenter enn hos gutter i ungdomsfasen

behandling

- psykologisk behandling 16-20
behandlinger - 6-9 mndr (B)
- alvorlig depresjon; antidepressiva (B)
- tilbakevendende depresjon; strukturert
psykologisk behandling og
antidepressiva (A)

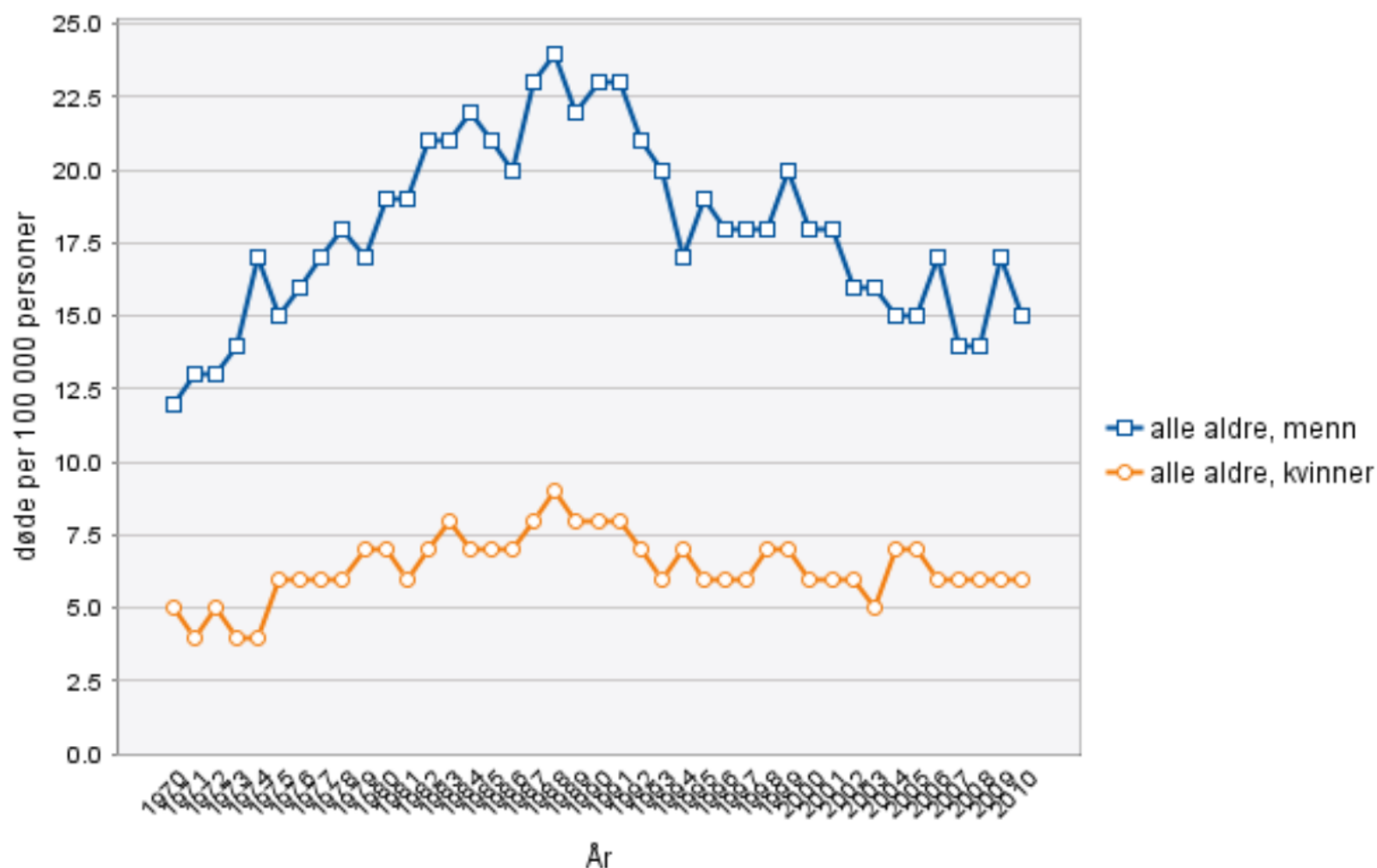
behandling

- ved behandlingsresistens;
ECT (A)
- depresjon med psykose;
antipsykotika +
antidepressiva



selvmordsraten i Norge

antall / 100 000



livstids-risiko for suicid

lidelse	%
depresjon	6
bipolar lidelse	5
schizofreni	5
angstlidelser	?
P.f.	3-10
alkoholmisbruk	3-7

Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior

Ingrid Melle, M.D., Ph.D.

Jan Olav Johannessen, M.D.

Svein Friis, M.D., Ph.D.

Ulrik Haahr, M.D.

Inge Joa, R.N.

Tor K. Larsen, M.D., Ph.D.

Stein Opjordsmoen, M.D., Ph.D.

Bjørn R. Rund, Ph.D.

Erik Simonsen, M.D.

Per Vaglum, M.D., Ph.D.

Thomas McGlashan, M.D., Ph.D.

Objective: The suicide rate in schizophrenia is high, with the risk being highest early in the course. The rate of suicide attempts before treatment onset is also high and is often the event leading up to first treatment contact. A previous report showed that the duration of untreated psychosis can be reduced through an early detection program, and that the reduction was associated with lower symptom levels at treatment initiation. Treatment programs that bring first-episode patients into treatment at lower symptom

levels can have the potential to reduce risk for suicide attempts.

Method: The authors examined consecutive patients with nonorganic, nonaffective psychosis who sought initial treatment at psychiatric treatment units in four catchment areas: two that had an early detection program and two that did not.

Results: The rate of severe suicidality (plans or attempts) was significantly higher in subjects from communities without the early detection program relative to those from early detection communities, even after adjustments for known predictors of suicidality.

Conclusion: Early detection programs that bring patients into treatment at lower symptom levels may reduce suicidality risk at first treatment contact.

suicidalitet og VUP

suicidalitet	NO-ED (%)	ED (%)
ingen	48	69
tanker	35	26
planer	7	3
forsøk	10	1

Long-Term Follow-Up of the TIPS Early Detection in Psychosis Study: Effects on 10-Year Outcome

Wenche ten Velden Hegelstad, M.Sc.

Tor K. Larsen, M.D., Ph.D.

Bjørn Auestad, Ph.D.

Julie Evensen, M.D.

Ulrik Haahr, M.D.

Inge Joa, Ph.D.

Jan O. Johannessen, M.D., Ph.D.

Johannes Langeveld, Ph.D.

Ingrid Melle, M.D., Ph.D.

Stein Opjordsmoen, M.D., Ph.D.

Jan Ivar Rossberg, M.D., Ph.D.

Bjørn Rishovd Rund, Ph.D.

Erik Simonsen, M.D., Ph.D.

Kjetil Sundet, Ph.D.

Per Vaglum, M.D., Ph.D.

Svein Friis, M.D., Ph.D.

Thomas McGlashan, M.D.

Objective: Early detection in first-episode psychosis confers advantages for negative, cognitive, and depressive symptoms after 1, 2, and 5 years, but longitudinal effects are unknown. The authors investigated the differences in symptoms and recovery after 10 years between regional health care sectors with and without a comprehensive program for the early detection of psychosis.

Method: The authors evaluated 281 patients (early detection, N=141) 18 to 65 years old with a first episode of nonaffective psychosis between 1997 and 2001. Of these, 101 patients in the early-detection

area and 73 patients in the usual-detection area were followed up at 10 years, and the authors compared their symptoms and recovery.

Results: A significantly higher percentage of early-detection patients had recovered at the 10-year follow-up relative to usual-detection patients. This held true despite more severely ill patients dropping out of the study in the usual-detection area. Except for higher levels of excitative symptoms in the early-detection area, there were no symptom differences between the groups. Early-detection recovery rates were higher largely because of higher employment rates for patients in this group.

Conclusions: Early detection of first-episode psychosis appears to increase the chances of milder deficits and superior functioning. The mechanisms by which this strategy improves the long-term prognosis of psychosis remain speculative. Nevertheless, our findings over 10 years may indicate that a prognostic link exists between the timing of intervention and outcome that deserves additional study.

10 års forløp

- alder i snitt 28 år ved start
- 28 av 281 var døde
- dvs 10%
- betydelig høyere en i normalbefolkningen

kan vi predikere suicid? (Geddes BMJ 1999)

- suicid innen 28 dager etter utskrivelse = 1/500
- 20 000 utskrivelser = 40 suicid
- Instrument med 80% sensitivitet/spesifisitet
- vil plukke ut 4024
- sanne positive = 32
- falske positive = 3992.....

vi kan identifisere
risikogrupper

MYTE	REALITET
selvm. kan predikeres	risikogrupper kan identifiseres
suicidalitet ja/nei	pas er ofte ambivalente
alle kan gjøre risikovurderinger	det skal være lege eller psykolog
suicidalitet = tvangsinnleggelse	behovet for tvang må vurderes hver gang
skalaer øker presisjon	klinisk intervju = gullstandarden

- langvarig forhøyet risiko ->
 - starte tiltak for redusere risiko / sårbarhet
- høy risiko på kort sikt ->
 - starte tiltak for de neste timer/uker eller måneder
 - rask behandlingsintervensjon
 - evt. beskyttelsestiltak

fører forsøk til selvmord?

- 3-7% selvmord blandt de som har gjort forsøk
- alvorlige eller gjentatte forsøk øker risiko
- ca 50% av de som tar sitt liv hadde forsøk
- økt risiko opp til 10 etter forsøket

man skal spørre!

- har du tanker om selvmord?
- tenker du mye på dette?
- har du lagt planer?
- forberedelser?
- bestemt deg for et tidspunkt?
- har du nesten tatt ditt eget liv?

etter et forsøk

- var det en impuls eller veloverveid?
- avskjedsbrev?
- var du alene?
- sørget du for å bli funnet?
- søkte du selv hjelp?
- metodens farlighet...
- fortsatt ønske om å dø - beklager at du lever...

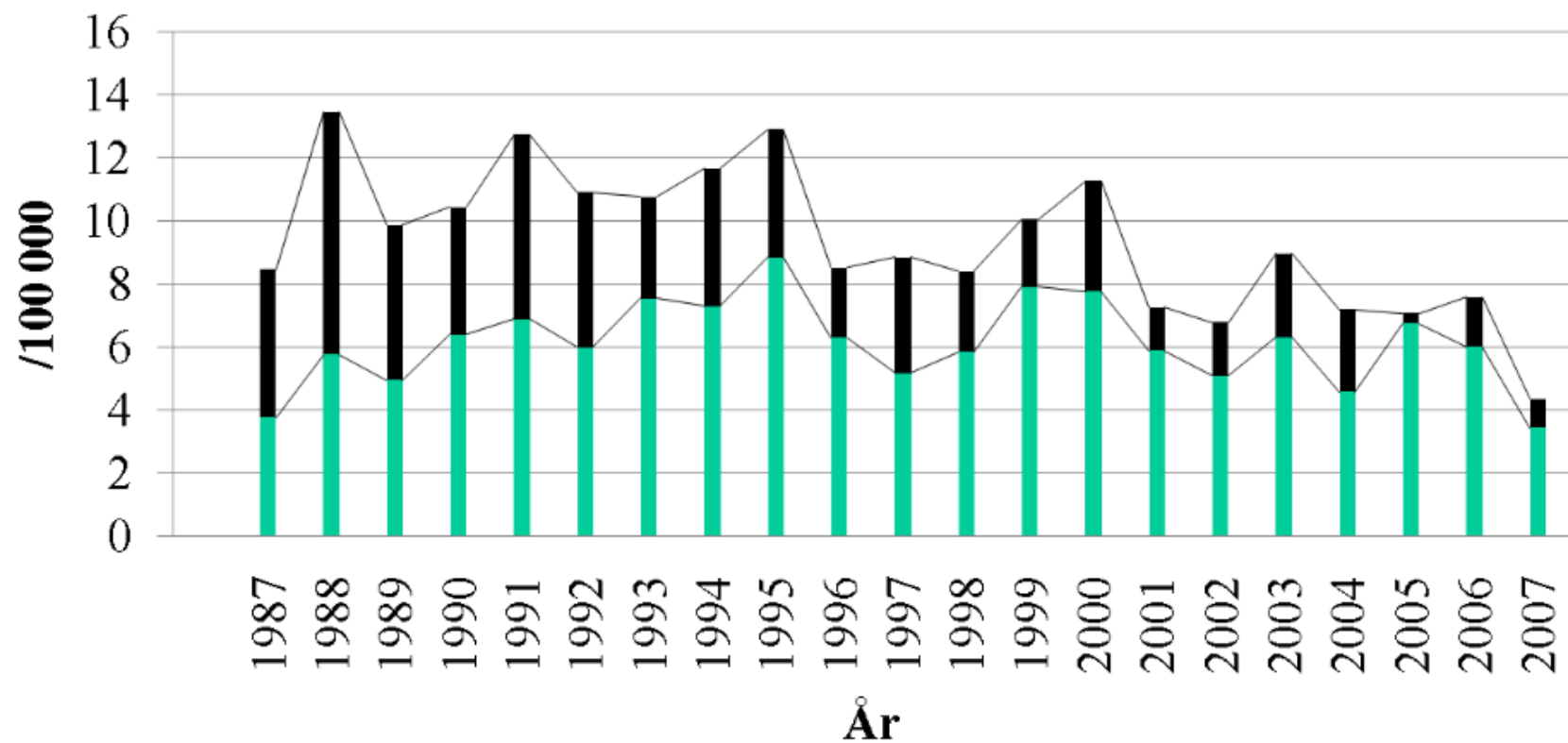
rusmisbruk

- NB alkohol
- involvert i ca 30% av alle suicid
- vanskeliggjør vurderingen
- man bør være mer på vakt
- lav terskel for observasjon en tid
- tap av impulskontroll

økt risiko

- agitasjoner (mani - amfetamin-psykose...)
- alvorlig angst - anhedoni
- imperative stemmer
- konkrete planer
- brudd i relasjoner

Selvmondsrate (/100 000) blant norske gutter i alderen 10-19 år



■ Rate andre selvmord

■ Rate skyteselvmord

■ Rate andre selvmord

■ Rate skyteselvmord

År

en god risikovurdering

- utløsende hendelser - konflikter - tap
- tanker - planer - forsøk (vær konkret)
- tidligere forsøk
- psykisk lidelse
- pågående rusmisbruk
- tilgang på metode
- ressurser (sosial støtte)

depresjon i skolen

- viktig å kjenne til symptomene...
- snakk åpent om det å være trist - kanskje det å ha selvmordstanker
- henvis når du er i tvil
- PPT / helsesøster / fastlege

oppsummering

- depresjoner kan forekomme hos ungdom / barn
- viktig med tidlig oppdagelse
- behandling virker
- samtaleterapi blir for lite brukt
- medikamenter kan være nødvendige noen ganger...