
Eiríkur Örn Arnarson:

Punglyndi meðal ungmenna og fyrirbyggjandi aðgerðir

Almennt um þunglyndi

Punglyndi fullorðinna er alvarleg röskun sem dregur úr hæfni einstaklinga til að sinna daglegum athöfnum. Á síðustu tveimur áratugum hefur athyglin beinst að þunglyndi barna og unglunga en fram að því hafði verið litið á þunglyndi í þessum hópi sem eðlilegt ferli sem þyrfti engrar meðferðar við (1). Athyglin beindist að þunglyndi barna og unglunga í kjölfar breyttra áherslna í kenningum um þunglyndi. Áður var talið að þunglyndi gæti ekki verið til staðar hjá börnum (2). Snemma á níunda áratugnum voru birtar niðurstöður viðtala og faraldsfræðilegra rannsókna sem gáfu til kynna háa tíðni þunglyndis og sjálfsvíga hjá unglingum. Með útgáfu þriðju skilmerkjaskrár bandaríska geðlæknafélagsins (DSM-III, 1980) kom fram að greina mátti einkenni þunglyndis barna og unglunga með skilmerkjum sem ætluð voru fyrir greiningu þunglyndis hjá fullorðnum. Notkun skilmerkja fyrir fullorðna leiddi til þess að þunglyndi unglunga var viðurkennt sem röskun (1) og varð hvati til rannsókna á þunglyndi barna og unglunga.

Punglyndi barna og unglunga hamlar ekki aðeins virkni þeirra og þroska heldur hefur áhrif á námsárangur og alla þá sem þau hafa samskipti við. Það leiðir til vítahrings sem er skaðlegur fyrir barnið og þroska og elur á þunglyndi auk þess að halda því við (3).

Fyrir kynþroska er algengi þunglyndis talið vera á bilinu 0,5 til 2% (4). Faraldsfræðilegar rannsóknir gefa til kynna að algengi vægra til alvarlegra einkenna þunglyndis eftir kynþroskaaldur sé á bilinu 3 til 15% (5,6,7) og er

algengi þess talið vera að aukast nú (8,9). Í sænskri rannsókn kom fram að um 10% barna á aldrinum 9 til 13 ára höfðu alvarleg einkenni þunglyndis (10).

Hér á landi hafa fáar rannsóknir verið gerðar á algengi þunglyndis meðal barna og unglunga. Tíðni sjálfsvíga hefur þótt gefa vísbendingu um tíðni þunglyndis. Um það bil 70% ungmenna sem fremja sjálfsvíg eru talin hafa verið þunglynd. Talið er að um 40% ungmenna sem greinst hafa með þunglyndi séu líkleg til að reyna sjálfsvíg (4). Vísbendingar eru um að tíðni sjálfsvíga meðal ungra karlmanna (15 til 24 ára) hafi aukist á undanförunum árum (11) sem vekur grun um aukna tíðni þunglyndis en vísbending er um að þunglyndi hjá börnum og önnur hegðunarvandkvæði hafi aukist í seinni tíð (12).

Ástæða er til að ætla að börn þunglyndra einstaklinga séu í sérstökum áhættuhóp til að verða þunglynd. Benda má á að börn þeirra sem greinst hafa með þunglyndi eða óyndi eiga oftast við vandamál að stríða en börn í samanburðarhópi (13). Í rannsókn Nolen-Hoeksema o.fl. (7) koma fram að neikvæðir atburðir í æsku spáðu fyrir um þunglyndiseinkenni á unglingsárum. Punglyndi foreldra má að öllum líkindum flokka undir neikvæða atburði í lífi barns.

Í rannsókn Lewinsohn o.fl. (14) kom fram að um 14% ungmenna greinast með þunglyndi/óyndi fyrir 15 ára aldur. Talið er að um helmingur þeirra ungmenna sem greinast með mörg einkenni þunglyndis fái sitt fyrsta þunglyndiskast fyrir tvítugt. Eftir fyrsta þunglynd-

iskast eru meiri líkur á öðru þunglyndiskasti (14). Kovacs o.fl. (15,16,17) rannsökuðu ferli þunglyndis hjá börnum sem greindust með þunglyndi fyrir kynþroskaaldur. Niðurstöður bentu til að um 70% líkur eru á öðru þunglyndiskasti innan fimm ára hjá þessum hópi. Því má ætla að sé ekkert að gert nái þunglyndi frekar að búa um sig og verða að langvarandi vandamáli. Líklegra er að þeir sem greinast ungir með mörg þunglyndiseinkenni sýni önnur geðræn einkenni samhliða þunglyndiseinkennum heldur en þeir sem verða þunglyndir síðar. Í ljós hefur komið að nær helmingur þunglyndra unglunga þjáist jafnframt af annars konar geðröskun, eins og kvíðaröskun (*anxiety disorder*), hegðunarröskun (*conduct disorder*), misnotkun áfengis og vímuefna (*substance use disorder*) og röskun á matarvenjum (*eating disorder*) (18). Þetta er vísending um að því fyrir sem þunglyndi býr um sig þeim mun alvarlegra kunni það að verða (18). Batahorfur eru meiri því fyrir sem brugðist er við. Í rannsókn Rohde o.fl (19) kom fram að afleiðingar þunglyndiskasts hjá unglingum virtust alvarlegri en hjá fullorðnum. Það kann að vera að ýmsir þættir til dæmis sjálfsmynd og hugsanaháttur, séu ómótud hjá unglingum og þunglyndiskastið raski þessum þáttum og auki þannig líkur á öðru þunglyndiskasti síðar. Í rannsókn Nolen-Hoeksema á börnum sem fengið höfðu þunglyndiskast kom fram að skýringarstíll sem einkenndist af svartsýni var enn til staðar eftir að einkenni þunglyndis höfðu rénað.

Hugræn atferlismeðferð

Rannsóknir á sálrænni meðferð fyrir börn og unglunga með þunglyndiseinkenni hafa verið af skornum skammti. Eftir að faraldsfræðilegar rannsóknir sýndu fram á tilvist þunglyndis meðal barna og unglunga, voru fyrstu viðbrögð að beita lyfjameðferð sem þykir hafa sýnt góðan árangur hjá fullorðnu fólki með þunglyndi. Árangur lyfjameðferðar í meðferð á þunglyndi barna og unglunga hefur hins vegar

ekki verið eins og vonir stóðu til (20). Rannsóknir á árangri sálfræðilegrar meðferðar á þunglyndi barna og unglunga eru einnig fáar. Sama hefur gilt á þessu sviði og í lyfjameðferð að meðferð á þunglyndi fullorðna hefur verið aðlöguð að yngri aldurshópum og gert ráð fyrir að um sömu röskun væri að ræða.

Í rannsóknnum sínum á þunglyndi fullorðinna gerði Beck grein fyrir því að ákveðið hugsanamynstur virtist einkenna hina þunglyndu. Þetta mynstur einkenndist af neikvæðum hugsunum um sjálfan sig, um atburði í daglegu lífi og neikvæðum hugsunum um fortíð og framtíð. Slíkt hugsanamynstur getur alið á þunglyndiseinkennum og haldið þunglyndisástandi við.

Hugræn atferlismeðferð er kerfisbundin og formgerð (*structured*) nálgun sem byggir á tengslum hugsana, líðanar og hegðunar. Í hugrænni atferlismeðferð er sjónum meðal annars beint að viðbrögðum ungmenna við vandamálum og úrlausnum á þeim. Viðbrögðin geta komið fram í hugsunum, tilfinningum og hegðun. Í meðferðinni er lögð áhersla á þrjá aðalþætti. Sjálfsstjórn, samskiptahæfni og hugræna þjálfun. Í rannsóknnum hefur komið fram að hjá börnum og unglingum með einkenni þunglyndis eru þessir þættir skertir (21). Breyting á hegðun og hugsun hefur áhrif á líðan. Kenndar eru leiðir til að hafa áhrif á hvoru tveggja. Með sjálfsstjórn er lögð áhersla á að þau læri að veita jákvæðum atburðum athygli (*self-monitoring*), setjir sér raunhæf markmið (*self-evaluation*) og verðlauni sig oft og refsir sér sjaldnar (*self-consequation*). Kennsla í samskiptahæfni er m.a. fólgin í að læra að hefja samskipti og halda þeim gangandi. Auk þess er rík áhersla lögð á skilvirka lausn vandamála. Í hugrænni þjálfun er unnið með neikvæðar, óraunhæfar sjálfvirkar hugsanir sem endurspeglar gjarnan lélega sjálfsmynd en ekki raunveruleikann. Kenndar eru leiðir til að meta óraunhæfar hugsanir og koma með aðrar raunhæfari í staðinn. Sjálfvirkar hugsanir eiga greiða leið að innstu hugarfylgsnum, staldra stutt við og er tekið eins og

nýju neti; án gagnrýni. Kenndar eru leiðir til að bera kennsl á þessar hugsanir, færa rök gegn þeim og leggja mat á réttmæti þeirra.

Sjálfsmynd unglunga með mörg þunglyndis-einkenni er oft skert en sterk tengsl eru á milli neikvæðra hugsana og þunglyndis. Eftir fyrsta þunglyndiskast festast óraunhæfar og neikvæðar hugsanir í sessi og auka líkur á þunglyndiskasti síðar. Í hugrænni atferlismeðferð er reynt að hafa áhrif á hugsanir og styrkja bjargráð einstaklingsins. Samkvæmt líkani Seligmans um áunnið hjálparleysi einkennir eftirfarandi skýringarstíll hina þunglyndu. 1) Litið er á orsakir slæmra atburða sem stöðugar frekar en óstöðugar. 2) Orsakir slæmra atburða séu almennar frekar en sértækar og 3) að rekja megi orsakir slæmra atburða til innri frekar en ytri aðstæðna. Rannsóknir hafa sýnt fram á fylgni milli skýringarstíls af þessu tagi og þunglyndiseinkennum barna. Auk þess hefur komið fram að skýringarstíll barna er talinn spá fyrir um fjölda þunglyndiseinkennum sex mánuðum seinna (22). Hugræn atferlismeðferð leggur meðal annars áherslu á að hafa áhrif á skýringarstíll barna og koma þannig í veg fyrir þunglyndi.

Árangur hugrænnar atferlismeðferðar

Reynolds og Coats (23) lögðu mat á árangur hugrænnar atferlismeðferðar og þjálfunar í slökun meðal unglunga með meðalfjölda þunglyndiseinkennum og höfðu til samanburðar hóp sem var á biðlista. Enginn marktækur munur kom fram á hópnum tveimur en það dró marktækt meira úr einkennum þunglyndis hjá tilraunhópnum en hópnum á biðlistanum. Þessi munur reyndist enn til staðar fimm vikum síðar. Svipaðar niðurstöður fengust í rannsókn á börnum með meðalfjölda til mjög alvarlegra einkennum þunglyndis. Í þeirri rannsókn kom fram marktækur munur á einkennum þunglyndis hjá þeim sem tóku þátt í hugrænni atferlismeðferð og samanburðarhópi (24). Einnig hefur komið fram að meðferðin

dregur úr einkennum þunglyndis og röskun á hegðun auk þess að breyta hugsanaferli og sjálfsmynd barna (25).

Hugrænni atferlismeðferð hefur verið beitt með góðum árangri í meðferð þunglyndis. Talið er að neikvæður þankagangur sem er mjög einkennandi fyrir hina þunglyndu mótist snemma á ævinni eða á aldrinum 11 til 14 ára. Það er talið að nota megi nálgun hugrænnar atferlismeðferðar til að auðvelda ungmennum, sem talin eru vera í áhættuhóp fyrir þunglyndi, að takast á við neikvæðan þankagang og stýra hjá því að þau verði þunglynd síðar á lífsleiðinni.

Niðurlag

Þunglyndi er alvarleg röskun og dregur úr hæfni einstaklings félagslega, tilfinningalega og vitsmunalega. Rannsóknir hafa leitt í ljós að þeir sem eru þunglyndir nota almenna heilbrigðisþjónustu þrefalt á við það sem almennt gerist. Það eru ekki aðeins hinum þunglynda sem líður illa heldur einnig nánustu ástvinum og fjölskyldu. Hinir þunglyndu eru einnig í meiri sjálfsvígshættu en aðrir. Um fjórðungi fleiri deyja vegna sjálfsvíga ár hvert hér á landi en í umferðaslysum. Að auki er vinnutap mikið vegna þunglyndis. Komið hefur fram að eftir því sem þunglyndiseinkenni koma fyrir fram þeim mun alvarlegra kann það að verða seinna meir. Það er því brýn nauðsyn að rannsaka þetta efni frekar þannig að hægt verði í náinni framtíð að bjóða upp á meðferð fyrir börn og unglunga sem eru talin vera í áhættuhópi og koma í veg fyrir frekari þróun þunglyndis hjá þeim.

Heimildaskrá

1. Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence*, 31, 935-954.
2. Racusin, G.R. og Kaslow, N.J. (1991). Assessment and treatment of childhood depression. Í P.A. Keller og S.R. Heyman (ritstj.), *Innovations in clinical practice: A source book*. Vol.10. Sarasota: Professional Resource Exchange.
3. Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 705-715.

4. Knorrning , von. A.L. (1996). Depressioner hos barn och ungdomar. *Nordisk Medicin*, 8, 271-274.
5. Hildur Jóhannsdóttir (1996). *Punglyndi barna og unglínga með tilliti til skýringarstíls*. Óbirt BA-ritgerð.
6. Eiríkur Örn Arnarson, Jakob Smári, Herdís Einarisdóttir og Elín Jónasdóttir (1994). The prevalence of depressive symptoms in pre-adolescent school children in Iceland. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*; 23, 113-122.
7. Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S. og Seligman, M.E.P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*; 101, 405-422.
8. Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R., Seeley, J.R. og Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*; 102, 133-144.
9. Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, Dryman A, Shapiro S, Locke BZ. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989 79(2), 163-78.
10. Nilzon KR, Palmerus K. The influence of familial factors on anxiety and depression in childhood and early adolescence. *Adolescence*. 1997 Winter; 32(128), 935-43.
11. Þóroddur Bjarnason, Þórólfur Þórólfsson og Guðríður Sigurðardóttir (1991). Aðgát skal höfð... um sjálfsvígisbylgjur unglínga. *Ný menntamál*, 4 tbl. 9. árg.
12. Helga Hannesdóttir (1994, 12. maí). Munur á geðheilsu barna í efstu og lægstu stétt mestur hér. *Morgunblaðið*, bls. 28.
13. Cytrin, L., McKnew, D.H., Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Gaensbauer, T.J., Harmon, R.J. og Lamour, M. (1984). A developmental view of affective disturbances in the children of affectively ill parents. *American Journal of Psychiatry*, 141, 219-222.
14. Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. og Fischer, S.A. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*; 102, 110-120.
15. Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crous-Novak, M., Paulauskas, S.L. og Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood I: A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
16. Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crous-Novak, M., Paulauskas, S.L., Pollock, M. og Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood II: A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 643-649.
17. Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 35, 705-715.
18. Rohde, P., Lewinsohn, P.M. og Seeley, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*; 100, 214-222.
19. Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. (1994). Response of depressed adolescents to cognitive-behavioral treatment: Do differences in initial severity clarify the comparison of treatments? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 62, 851-854.
20. Temple, S. (1997). *Brief Therapy for Adolescent Depression*. Florida: Professional Resource Press.
21. Craighead, W.E., Curry, J.F. og McMillan, D.K. (1994). Childhood and adolescent depression. Í L.W. Craighead, W.E. Craighead, A.E. Kazdin og J Mahoney (Ritstj.), *Cognitive and Behavioral Interventions: An Empirical Approach to Mental Health Problems* (bls. 301-312). New York: Pergamon Press.
22. Seligman, M.E.P., Peterson, C., Kazlow, N.J., Tannenbaum, R.L., Alloy, L.B. og Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive syndrome among children. *Journal of Abnormal Psychology*; 93, 235-238.
23. Reynolds, W.M. og Coats, K.I. (1986). A comparison of cognitive-behavior therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 54, 653-660.
24. Stark KD, Reynolds WM, Kaslow NJ. A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1987 15(1), 91-113.
25. Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J. E., & Seligman, M. E. P. (1994). Preventing depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*; 32, 801-816.

Eiríkur Örn Arnarson
er yfirsálfræðingur á geðdeild Landspítala-
Háskólasjúkrahúss og dósent í sálfræði við
læknadeild Háskóla Íslands