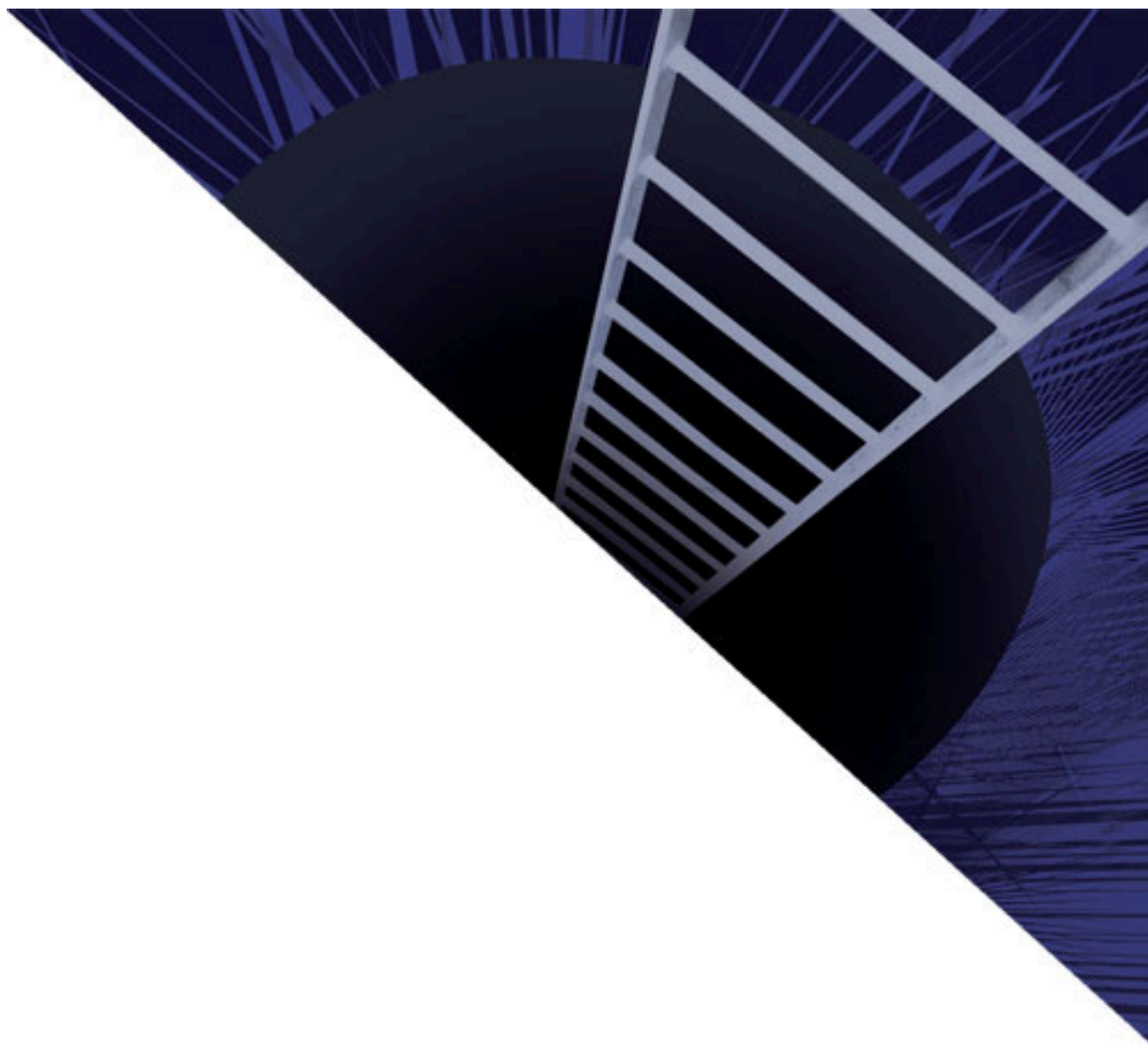


Nye utfordringer for psykologer i arbeidet med depresjon?

Catharina Elisabeth Arfwedson Wang
Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet
catharina.wang@uit.no.

Hans M. Nordahl
hans.nordahl@svt.ntnu.no



ILLUSTRASJON: KRISTIN BERG JOHNSEN

Ved inngangen til 2012 er det nøyaktig ti år siden Tidsskriftet publiserte temanummeret «Mestring av depresjon – veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser». Veilederens primære fokus var på beskrivelse og behandling av tilstanden, men selvhjelp og forebygging fra et samfunnsperspektiv ble også diskutert. I de siste årene har disse perspektivene fått større oppmerksomhet både av fagfolk og helsepolitikere. Økt fokus på de samfunnsmessige konsekvensene av depresjon, men også kunnskap

om at en depresjons episode i seg selv er sårbarhetsskapende for gjentatte episoder, forklarer hvorfor forebygging, lavterskeltilbud og selvhjelp er blitt begreper de fleste omtaler med stor entusiasme. Spesielt viktig er det å iverksette forebyggende tiltak overfor barn og unge, fordi den første depressive episoden gjerne oppstår i ung alder. Å fange opp mennesker som er i ferd med å falle ut av skole og arbeidsliv, er tilsvarende blitt et satsingsområde, fordi det å stå utenfor meningsfulle sammenhenger har vist seg å føre til selvforsterkende sirkler av tilbaketrekning og depressiv grubling.

Allerede i 1975 beskrev Martin Seligman depresjon som «the common cold of psychological problems»

Allerede i 1975 beskrev Martin Seligman depresjon som «the common cold of psychological problems». Kunnskap om depresjonens omfang er derfor ikke ny. Ifølge Verdens helseorganisasjon er depresjon i dag den ledende årsak til arbeidsudyktighet og antas i 2020 på verdensbasis å utgjøre den nest største byrde av helseproblemer. Folkehelseinstituttet beskriver depresjon som den mest utbredte og den mest kostbare av de psykiske lidelsene. Behovet for å redusere depressive symptomer i befolkningen synes derfor innlysende både av samfunnsøkonomiske hensyn og med tanke på å redusere personlig lidelse for den det gjelder og de pårørende. Spørsmålet er imidlertid hva som er den sterkeste drivkraft: den samfunnsøkonomiske gevinsten eller å gi mennesker økt livskvalitet? For psykologer er det viktig å være seg bevisst denne problemstillingen, da vårt hovedanliggende bør være å redusere personlig lidelse og gi økt livskvalitet. Hvis dette samtidig medfører reduserte samfunnsøkonomiske kostnader, vil det selvfølgelig være av det gode, men livskvalitet kan neppe måles kun i penger.

Problemstillingen er betimelig fordi psykologer bør søke kunnskap om hvorfor depresjon er blitt et stort helseproblem i den vestlige verden. Ifølge evolusjonslæren er all atferd adaptiv, med unntak av atferd som har sin årsak i defekter. Det synes urimelig å anta at defekter kan være årsak til denne folkesykdommen vi observerer i dag. Dermed synes det mer naturlig å lete etter årsaker i miljøet, og flere evolusjonpsykologer hevder at det har tilkommet en ny type stress i det moderne samfunn som det er vanskelig å forsvare seg mot. Dette inkluderer miljøer kjennetegnet ved fiendtlighet, manglende sosial støtte og/eller utstrakt konkurranse. Psykologer er derfor stilt ovenfor en fagetisk problemstilling med tanke på hvor innsatsen skal settes inn. Vi skal være stolte over at vi har solid kunnskap og klinisk kompetanse som er viktig i planlegging av forebyggingstiltak og behandling av depressive reaksjoner. Samtidig må vi være forsiktig med å by på vår kunnskap uten å samtidig formidle kunnskap om samfunnsmessige forhold som forårsaker depressive reaksjoner.

Depresjon kan forstås som en siste utvei, eller et rop om hjelp, når de psykologiske belastningene blir for store. Dette forklarer hvorfor de første depressive episodene ofte oppstår etter langvarige eller mange påfølgende stressfulle livshendelser, mens etterfølgende episoder oppstår mer spontant som resultat av nevrobiologisk sensitivisering og lærte responser. Nevrokognitive dysfunksjoner kan både være årsak til og konsekvenser av depresjon, og nevropsykologisk utredning og tiltak bør derfor være sentralt i fremtidig depresjonsbehandling og rehabilitering. At depresjon kan betraktes som en siste utvei, forklarer også hvorfor depresjon helst forekommer som komorbid tilstand til andre psykiske eller somatiske tilstander. Helsevesenets dualistiske oppbygning i «psyke og soma» har ført til at somatiske symptomer ved depressive tilstander, og vice versa, er blitt mer som støy å betrakte enn som en del av et helhetlig tilstandsbilde. Her har psykologer et stort arbeid å gjøre både med tanke på kunnskapsheving i egne rekker, men også fagpolitisk med tanke på å få psykologer inn i det somatiske helsevesenet for å forebygge og behandle depresjon.

Psykologer har mye å bidra med både i forståelsen og behandlingen av depresjon. I dette temanummeret har vi forsøkt å fokusere på temaer som vi mener reflekterer kunnskapsfeltet i dag. Vi tror artiklene kan bidra som en vitamininnsprøyting for videre debatt og for psykologfaglig virke. Vi har invitert en del sentrale depresjonsforskere til å skrive om temaer de selv har kunnskap om og interesse for, men listen kunne sikkert vært lengre, og vi har nok erfart at vår appetitt var større enn magemålet. Derfor måtte vi utelate en del temaer vi opprinnelig ønsket å få mer plass til. Dette gjelder særlig livstidsperspektivet ved depresjon, og depresjon ved psykoser. Vi ser også at det kognitive perspektivet har fått relativt stor plass på bekostning av andre, eksempelvis psykoanalytisk, eksistensialistisk og familiesystemisk tilnærming. Dette må imidlertid ikke forstås som et bevisst ønske om å nedvurdere disse perspektivene. Tvert imot tror vi fremtiden vil vise at de ulike faglige perspektivene vil utfylle hverandre i forståelsen av depresjonens etiologi, uttrykksform, meningsinnhold, og behandlingspotensial, og at Tidsskriftet vil være en spennende arena for å dele denne kunnskapen.

Med ønske om inspirerende lesning!