

Riktlinje depression 2014

sfbup

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

Arbetsgrupp:

Håkan Jarbin, med dr, leg psykoterapeut, SFBUP och BUP Halland

Anne-Liis von Knorring, professor emerita, Uppsala

Maria Zetterqvist, leg psykolog, leg psykoterapeut, BUP Linköping

Tack till BUP Halland och BUP Linköping för stöd till arbetsgruppen

Innehåll	
Syfte.....	2
Genomförandeplan.....	2
Klinisk bild.....	3
Utredning.....	4
Screening.....	4
Steg I.....	4
Steg II.....	8
Steg III.....	10
Behandling.....	10
Psykosocial behandling.....	11
Steg I.....	11
Steg II.....	13
Steg III.....	14
Farmakologisk behandling.....	15
Steg I.....	15
Steg II.....	15
Steg III.....	16
Icke göra.....	17
Utvärdering.....	17
Utvärdering behandlingseffekt.....	17
Återfallsprevention.....	18
Kvalitetsindikatorer.....	19
Utredning.....	19
Behandling.....	19
Utvärdering kvartalsvis.....	19
Diagnos- och KVÅ-koder.....	19
Referenser.....	20

■ SYFTE

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av depression har utarbetats på uppdrag av svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP). De ska ge klinisk vägledning och fördjupad kunskap för behandlare inom BUP. Steg I kan även användas av första linjen. Farmakologisk behandling av depression sköts således alltid inom BUP. Riktlinjerna avser barn och ungdomar i åldersgruppen 6–17 år. Riktlinjerna syftar särskilt till att:

1. alla patienter inom BUP screenas vid bedömningsamtal och vid behov även senare för kärnsymtomen på depression för att motverka underdiagnostik.
2. säkra en bred diagnostik både vad gäller psykiska symtom, funktion och livssituation.
3. alla patienter med depression och deras föräldrar först erbjuds psykosocial basbehandling med fokus på vidmakthållande faktorer.
4. uppföljningen genomförs strukturerat avseende symtom, funktion och livssituation.
5. utvärderingen av behandlingsinsatser sker till fullt tillfrisknande.

Riktlinjerna är indelade i nivåer för stegvis vård.

- Steg I är basnivån och ska erbjudas till alla patienter då konsensus (good clinical practice) eller vetenskapligt stöd är starkt. Delar av eller hela steg I

kan erbjudas inom första linjen, och behöver ofta kompletteras när patienten blir aktuell inom BUP.

- Steg II kan erbjudas många patienter när utredning eller behandling enligt basnivån visat sig otillräcklig. Dessa insatser kan ha svagare vetenskapligt stöd.
- Steg III kan erbjudas till enstaka patienter när insatser enligt steg I + II visat sig otillräckliga. Vetenskapligt stöd är ofta extrapolerat från vuxna eller bara tillämpligt för en mindre subgrupp.

■ GENOMFÖRANDEPLAN

SFBUP planerar att i samråd med Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Psykiatrin Halland utarbeta ett utbildningsmaterial i diagnostik, utredning och psykosocial basbehandling. Utbildningsmaterialet utgår från dessa riktlinjer men har även påverkat riktlinjerna.

Detta material ska göras tillgängligt via en e-plattform och kompletteras med broschyrer och arbetsmaterial att användas ute i lokalt kliniskt behandlingsarbete. Utbildningsseminarier med regelbundna återträffar planeras för att under en treårsperiod utbilda lokala utbildare och handledare på landets alla kliniker. Utvärdering av effekten av riktlinjer och utbildningsaktiviteter planeras och inleds med baslinjemätning.

Klinisk bild

Depression är ett genomgripande sjukdomstillstånd som ger lidande och nedsatt funktion. Debuten kan ske redan från sex månaders ålder. Depression påverkar emotioner men också kognitiva och kroppsliga funktioner. Många av de enskilda symtomen vid depression är vanligt förekommande i normalbefolkningen. Det kan vara svårt att avgöra om självkritik och tillfällig nedstämdhet är normalt för ålder och situation eller om ett sjukligt och behandlingskrävande tillstånd utvecklats. Någon tydlig gräns finns inte, däremot ett lineärt samband mellan antal depressiva symtom, svårighetsgrad och funktionsnedsättning.

Depression hos spä- och småbarn har ett starkt samband med svåra upplevelser, vanvård och misshandel. Den kliniska bilden domineras av gnällighet, brist på nyfikenhet, ligkiltighet, självförsjunknenhet, sömnproblem och stagnation eller tillbakagång i psykomotorisk utveckling. I svåra fall kan total apati förekomma. Insatser fokuserar på anknytning och samspel, föräldrarnas omsorgsförmåga liksom familjens sociala livssituation och stödbehov. Dessa riktlinjer riktar sig inte till denna åldersgrupp.

I förskole- och skolåldern förekommer depression hos 1–2 procent, och är lika vanligt hos pojkar och flickor. Det är vanligt att framför allt modern också lider av depression. Föräldrars psykiska hälsa kan utgöra både en ärftlig sårbarhet och bidra till stress i miljön. Även annan psykologisk stress kan förekomma, såsom konflikter i familjen. Ett svårt temperament ökar risken för depression, och utagerande beteende är inte ovanligt. I denna ålder brukar nedstämdhet och anhedoni (minskad förmåga att känna glädje) vara mindre framträdande. Irritation kan vara tydligare än nedstämdhet. Skuld känslor och dödstanor uppträder oftast som återkommande teman i lek. Magont och huvudvärk är mycket vanligt. Suicidala handlingar är inte ovanliga, men sällan dödliga. Från sju års ålder kan barn på ett reliabelt sätt skatta sina egna symtom på depression. Efter puberteten ökar förekomsten av depression till 5–8 procent med övervikt på 3–4 gånger hos flickor,

det vill säga som hos vuxna. Den kliniska bilden karakteriseras av ledsenhet och irritation, nedstämdhet, gråt i ensamhet, ständig trötthet, svårigheter att vara glad i situationer som brukar ge glädje. Enbart irritation är relativt ovanligt, men en kombination av irritation och nedstämdhet är vanligare.

Ofta uppfattar inte omgivningen depressionen eftersom tonåringen kan maskera symtomen och uppvisa en bekymmersfri fasad. Hemma märker kanske föräldrarna att tonåringen är ovanligt irriterad, ”grinig” och ”tvär”. Särskilt flickor är missnöjda med sig själva och ofta vad gäller utseendet. Sömnproblem är vanligt, mest med insomning men ibland ses även ett ökat sömnbehov. Svårigheter med koncentration och minne är vanligt, vilket leder till sjunkande skolprestationer. Livet känns ibland inte värt att leva och tankar på självmord och att skada sig dyker upp. Allvarliga självmordshandlingar blir vanligare och med åldern ökar kunskap om dödliga metoder och risken för fullbordat självmord. Mindre vanligt men tecken på en djupare depression är aptitnedsättning och psykomotorisk hämning.

Depressioner är allvarliga och livshotande tillstånd. Den akuta risken är självmord men också annan våldsam död, till exempel via olyckor. En enskild episod av depression går oftast över spontant, men kan pågå under månader till år. Risken för återinsjuknande är stor och tre av fyra unga som sökt vård för depression återinsjuknar inom fem år. Många får lägre utbildningsnivå än förväntat samt lägre funktion i arbete, föräldraskap och relationer. Riskfaktorer för återinsjuknande är svår depression, suicidförsök, drogmissbruk, konflikter i familjen, skolproblem och ärftlighet för depression.

Depression ger även ökad risk att få andra sjukdomar på sikt, såsom infektioner, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Kärlförändringarna vid depression kommer tidigare och kan ses hos unga vuxna utan att det då märks kroppsliga symtom. Riskfaktorer för sämre prognos är långdraget förlopp, återinsjuknanden, uppgivenhet, anhedoni, sömnstörning och samsjuklighet. Subkliniska depressionstillstånd

utvecklas ofta senare till fullt kliniskt tillstånd av depression och har lika dålig prognos.

Dystymi ersätts i DSM-5 med *ihållande depression*. Det begreppet innefattar DSM-IV:s dystymi, alltså ett mer långdraget depressionstillstånd som har lindrigare och färre symtom, besvärar de flesta men inte alla dagar och har duration på mer än ett år. Den ihållande depressionen kan också innefatta pågående depressiv episod efter ett år eller depressionstillstånd som når antingen dystymi eller depressiv episod och som pågått i mer än ett år. DSM-5 betonar därmed utveckling och uppföljning över tid av depressionstillstånd.

”*Disruptive Mood Dysregulation Disorder*” (DMDD) är ett förstämningssyndrom i DSM-5 som kännetecknas av extrema ilskeutbrott flera gånger i veckan och ett negativt stämningssläge mellan utbrotten, utan förekomst av förhöjt stämningssläge. Debut är vid 6–10 års ålder och samsjuklighet med adhd är mycket vanligt.

Uppgivenhetssyndrom ses ibland hos asylsökande flyktingbarn, ofta med svåra trauman i bagaget. De insjuknar under asylprocessen i total apati, blir okontaktbara, slutar att äta och dricka, klarar inga ADL-funktioner, måste matas och ibland sondmatas. Sedan uppehållstillstånd givits brukar man se ett successivt tillfrisknande.

Utredning

Screening

REKOMMENDATION

1. Alla patienter som söker vård för psykiska besvär ska screenas för depressionens kärnsymtom (nedstämdhet, irritabilitet och anhedoni) samt för dödstankar.

Depression hos unga är fortfarande ett ouppmärksammat tillstånd där fler går oupptäckta och obehandlade jämfört med vuxna. Det krävs riktade frågor eftersom de flesta unga med depression inte ter sig uppenbart nedstämda i samtalsrummet. Depression är också en mycket vanlig samsjuklighet och komplikation till alla andra psykiatriska tillstånd. Frågor ska ställas utifrån huvudkriterierna i DSM-5, eventuellt med stöd av självvarsformulär som Youth Self Report (YSR), Mood and Feelings

Questionnaire (MFQ) eller Beck Depression Index (BDI-II). Om symtomen är ihållande och påverkar barnets funktion eller ger ett lidande ska behandlaren gå vidare med en fördjupad depressionsbedömning, ”steg I utredning”.

Steg I

REKOMMENDATION

1. Grundläggande för utredningen är att etablera en förtroendefull relation med både patient och föräldrar.

Större delen av insamlandet av information sker vanligen gemensamt med barn och förälder. Detta skapar både en arbetsallians och ger kompletterande och säkrare information. Den förtroendefulla relationen utgör den grund som fortsatta insatser vilar på. Barnet ska få möjlighet att prata i enrum och i förtroende med behandlaren och då särskilt om övergrepp/trauma och andra stressorer, missbruk samt suicidalitet och självskadebeteende. Ställ direkta frågor. Man kan även behöva återkomma till känsliga frågor flera gånger.

Föräldrar kan behöva ge information och få prata enskilt, exempelvis när det gäller ärftliga förhållanden och föräldrarnas egen hälsa och belastningar. Bakgrunden till att man söker hjälp, särskilda önskemål och preferenser gällande behandlingsinsatser från patient och närstående ska efterfrågas, dokumenteras och ges stor vikt. Detta utifrån att de egna preferenserna är särskilt viktiga att beakta vid depression.

REKOMMENDATION

2. Utredningen ska kartlägga funktionsnivån samt symtom på depression och mani.

En bred och systematisk psykiatrisk intervju är grunden i utredningen. Ett bra sätt kan vara att inleda med frågor om funktionen i vardagen, såsom skola, fritid, kamrater inklusive kvaliteten av relationer och vardagslivet hemma både vad gäller samarbetsförmåga och behov av stöd. Detta ger en bild både av livssituationen och i vilken omfattning depressionen påverkar funktionen. En livslinje med tidpunkter (debut – värsta läge – eventuellt tillfrisknande) för tidigare och nuvarande episoder av

■ Kriterier för Egentlig depression enligt DSM-5 (Publiceras med tillstånd av förlaget Pilgrim Press)

A Minst fem av följande symtom har förelegat under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomen (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje måste föreligga. **OBS!** Inkludera ej symtom som uppenbart kan tillskrivas något annat medicinskt tillstånd.

1. Nedstämdhet under större delen av dagen så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv (till exempel känner sig ledsen, tom eller hopplös till sinnes) eller av andra (till exempel ser ut att vilja gråta). **OBS!** Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
2. Påtagligt minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen själv eller av andra).
3. Betydande viktnedgång (utan att avsiktligt banta) eller viktuppgång (till exempel en mer än femprocentig förändring av kroppsvikten under en månad), eller minskad alternativt ökad aptit, så gott som dagligen. **OBS!** Ta också med i beräkningen om förväntad viktökning hos barn uteblivit.
4. Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn så gott som varje natt).
5. Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (tydligt märkbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet).
6. Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.
7. Känsla av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor (vilka kan ha vanföreställningskaraktär) så gott som dagligen (inte enbart självförelöser eller skuldkänslor för att vara sjuk).
8. Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet, så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen själv eller av andra).
9. Återkommande tankar på döden (inte enbart rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.

B Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

C Episoden kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans eller något annat medicinskt tillstånd.

OBS! Kriterierna A-C ovan definierar en egentlig depressionsepisod.

OBS! Reaktionen på en allvarlig förlust (såsom dödsfall, ekonomisk ruin, konsekvenser av naturkatastrof, allvarlig ohälsa eller funktionsnedsättning) kan inkludera symtom i form av känslor av förtvivlan, grubblerier kring förlusten, sömnstörning, aptitförlust och viktnedgång som beskrivs i kriterium A, vilket kan likna en egentlig depressionsepisod. Sådana symtom kan vara förståeliga eller förefalla adekvata med tanke på förlusten, men det är alltid tillrådligt att överväga om en egentlig depressionsepisod pålagrats den normala reaktionen på en allvarlig förlust. Ett sådant ställningstagande kräver en klinisk bedömning som grundas på personens livshistoria och med beaktande av relevanta kulturella normer för uttryck för sorg och lidande.

För att särskilja en sorgreaktion från en egentlig depressionsepisod kan det vara till hjälp att betänka att den dominerande affekten vid sorg är känslor av tomhet och förlust, medan det vid en egentlig depressionsepisod snarare rör sig om ihållande nedstämdhet och en oförmåga att föreställa sig känslor av lycka eller glädje. De plågsamma känslorna vid sorg brukar vanligen avta i intensitet under loppet av någon eller några veckor och upplevs vanligen som plötsliga vågor av själslig smärta. Nedstämdheten vid en egentlig depressionsepisod är mer ihållande och inte direkt förknippad med specifika minnesbilder eller tankar.

Smärtan vid sorg kan avlösas av positiva känslor och humor, medan en egentlig depressionsepisod i stället utmärks av en själslig plåga som är allomfattande. Tankeinnehållet vid sorg återspeglar i allmänhet en upptagenhet av tankar och minnen av den avlidne, medan självkritiska eller pessimistiskt ältande tankar i stället utmärker en egentlig depressionsepisod. Vid sorg är självkänslan vanligen intakt, medan självförakt och värdelöshetskänslor i stället är vanligt vid en egentlig depressionsepisod.

Forts →

Den självnedvärdering som kan förekomma vid sorg handlar i typfallet om upplevelser av att ha svikit den avlidne (exempelvis inte kommit på besök tillräckligt ofta, inte uttryckt uppskattning eller kärlek). Om en person i sorg har dödstankar, så är dessa tankar vanligen fokuserade på den avlidne och på en önskan om att återförenas med denne, medan dödstankarna vid en egentlig depressionsepisod i stället är kopplade till värdelöshetskänslor, tankar om att inte förtjäna att leva eller en känsla av att inte kunna härda ut med den plåga som depressionen orsakar.

D Den egentliga depressionsepisoden förklaras inte bättre med schizoaffektivt syndrom, schizofreni, schizofreniformt syndrom, vanföreställningssyndrom eller annat specificerat eller ospecificerat schizofrenispektrum syndrom samt andra psykosor.

E Det har aldrig förekommit någon manisk eller hypoman episod. **OBS!** Den här exklusionen gäller inte om samtliga maniliknande eller hypomaniliknande episoder är substansutlösta eller kan tillskrivas fysiologiska effekter av något annat medicinskt tillstånd.

depression, samsjukligheter och större livshändelser ger en bra översikt innan man utreder depression i större detalj.

För att säkerställa diagnos ska man fråga om samtliga symtom på depression (DSM-5) för tidpunkt då depressionen var mest uttalad inklusive om svårighetsgrad. För att uppfylla kriterier, det vill säga vara del av ett sjukdomstillstånd, ska nedstämdhet liksom övriga symtom vara ihållande under större delen av tiden nästan alla dagar även om de kan variera något och tillfälligt lätta. Anhedoni är särskilt viktigt att värdera då den både har hög specificitet för diagnos och stor betydelse för prognos – den bör alltså följas noga under behandlingens gång. Sömnstörning har också en särskilt stor betydelse för förloppet.

Vissa symtom kan överlappa med andra diagnoser (exempelvis koncentrationsstörning och agitation/hyperaktivitet med adhd/add) och för att de ska anses vara del av depressionen ska man kunna koppla en försämring i koncentration till insjuknandet i depression. Viktigt att tänka på är att depression ska vara episodisk, alltså innebära en episod av nytillkomna kärnsymtom och försämrad funktion.

Depression kan vara del av en bipolär sjukdom och man ska alltid fråga om barnet haft episoder med kärnsymtom på mani (förhöjd eller expansiv sinnesstämning eller uttalad irritabilitet samtidigt med ökad aktivitets- eller energinivå). Risken för mani är högre vid mani i släkten, vid psykosymtom i depressionen eller vid mycket plötsliga och episodiska insjuknanden. Depression som plötsligt avklingar övergår ibland abrupt i kortvarig och lindrig hypomani, som inte besvärar men är markör för en depression inom bipolärt spektrum.

Hypomani behöver man aktivt fråga efter då den ofta inte uppfattas som ett bekymmer. Tänk på att

deppiga och självkritiska barn kan uppfatta svängning till normalitet som en hypomani och extern validering bör inhämtas. Även enstaka symptom på hypomani inom depressionen, exempelvis agitation, är viktiga och försämrar prognos och bör efterfrågas, följas upp och leda till aktivare behandling. Bipolär sjukdom är dock ett ovanligare tillstånd. (Se SPF:s riktlinjer för bipolär sjukdom, inom kort på SFBUP:s hemsida www.svenskabupforeningen.se)

REKOMMENDATION

3. Utredningen ska kartlägga suicidrisk, självskadebeteende och risk för våld.

Depression är den viktigaste riskfaktorn för suicid. De flesta med depression har dödstankar och självmordsförsök är vanligt. Kartläggningen innefattar aktuella dödstankar och suicidplaner, värsta läge under pågående episod, tidigare suicidförsök inklusive allvarlighetsgrad men även självskadebeteende (debut, frekvens och värsta läge). Självskadebeteenden ökar påtagligt risk för suicidförsök. Andra viktiga faktorer för suicidrisk är svag familjesammanhållning, avbrott i relationer, sexuella övergrepp, ökat bruk av alkohol och droger, aggressivitet och impulsivitet samt svår sömnstörning. Var i rummet uppmärksam på förmågan till känslomässig kontakt, instabilitet och impulsivitet, hopplöshet och självmordsavsikt, men också bagatellisering av risk och bristande medverkan i säkerhetsplanering. Man bör kontrollera om vapen eller mediciner i hemmet behöver förvaras säkrare.

Ökad risk för våldshandlingar förekommer ibland parallellt med suicidalitet och bör kartläggas med

aktuella våldstankar, tidigare våldshandlingar och med riskfaktorer som vid suicidalitet. Detta kan kartläggas i likhet med den om suicid med fokus på aktuella våldshandlingar, våldstankar och prat om våld under samtalet.

REKOMMENDATION

4. Utredningen ska kartlägga psykiatrisk och somatisk samsjuklighet.

Samsjuklighet med annan psykisk störning är mycket vanlig och hälften av patienterna med depression har minst två andra tillstånd. Kartläggningen ger samtidigt ett fokus på såväl samsjuklighet som differentialdiagnos. Depressionsdiagnos ges parallellt om kriterier är uppfyllda. Vid organisk orsak till depressionen ska det särskilt anges som ”Förstämningssyndrom orsakad av ...” Följande tillstånd är mycket vanliga vid depression och ska alltid efterfrågas: Ångestsyndrom (separationsångest, generaliserad ångest, social fobi och paniksyndrom), tvångssyndrom, posttraumatisk stress och övergrepp, ådstörning, adhd (särskilt uppmärksamhetsstörning) och beteendestörning (trotssyndrom och uppförandestörning).

Depression komplicerar ofta ett autismspektrum-syndrom. Sorg ger ofta nedstämdhet men inte på ett ihållande vis och inte med den funktionsnedsättning som ses vid en depression. Man ska även överväga kroppslig sjukdom (anemi, hypothyreos, infektion, smärttillstånd, diabetes) eller medicinering (centralstimulantia, steroider, p-piller) som kan bidra till depression. Vid riktad misstanke ska ordentlig lab-genomgång ske, enligt steg II.

REKOMMENDATION

5. Utredningen ska kartlägga bruk av alkohol och droger.

Depression ökar risken för beroende av nikotin, alkohol och droger. Särskilt bruk av alkohol och cannabis men även andra illegala droger ökar risken för och vidmakthåller depression. Kartlägg alltid debutålder, frekvens och aktuellt bruk. Tänk på att kartläggningen bör ske i enrum med barnet. Vanligen bör föräldrar informeras och bäst är om detta sker i samförstånd med den unge. I många fall och särskilt vid droganvändning bör socialtjänsten informeras.

REKOMMENDATION

6. Utredningen ska kartlägga ärftlighet och särskilt aktuell psykisk störning hos förälder.

Ärftlighet för depression är den enskilt viktigaste faktorn för insjuknande. Mani i släkten ökar risken för bipolaritet. Kartlägg psykiska störningar inklusive missbruk hos alla första- och andragsläktingar som ett stöd i diagnostiken. Fortsätt att kartlägga pågående psykisk störning och särskilt depression eller missbruk hos förälder då detta har mycket stor påverkan på barnets depression och behandlingsupplägg.

REKOMMENDATION

7. Utredningen ska kartlägga aktuell skolfunktion och behov av stödinsatser.

Depression innebär mindre ork och koncentration till skolarbetet, som då ofta blir en betydande stress. Pågående **skol- och inlärningsproblem** med för högt ställda krav kan bidra till insjuknandet, försvårar tillfrisknandet, begränsar nyttan av andra insatser och behöver prioriteras högt bland behandlingsinsatser. Kartlägg skolnärvaro, aktuell ork till skolgång, inlärningssvårigheter, betyg, beteendeproblem samt kamratrelationer och eventuell mobbning i skolan.

REKOMMENDATION

8. Utredningen ska kartlägga psykosociala stressorer.

Depression uppstår i samspel mellan individens känslighet och pågående stressfaktorer. Dessa faktorer kan vara viktiga för att förstå insjuknandet men också vara pågående och vidmakthållande. Fråga efter **kognitiv stil** (personlighetsdrag) före debut (se tidslinjen!) som ökar risk såsom pessimistisk attityd, grubblande stil och negativ självbild med tendens att ta på sig skulden för misslyckanden. Riskfaktorer bör listas och kan innefatta fysiska eller sexuella **övergrepp, konflikter och avbrott i viktiga relationer, bevittnat våld**, liksom **försummelse och brist på stöd** samt **sociala och ekonomiska belastningar i familjen**.

Bedöm även hur barnet hanterat negativa livshändelser och hur möjligheten till emotionellt stöd ser

ut. Fråga efter vem barnet kan vända sig till för stöd. Depression med irritation kan bidra till försämrade nära relationer samt flykt till antisocialt umgänge med risk för ytterligare traumatisering, missbruk och beteendestörning som komplikationer.

REKOMMENDATION

9. Utredningen ska kartlägga vidmakthållande faktorer.

Det kan finnas olika inkörsportar till varför ett barn utvecklar depression. En viktig del i utredningen är att förstå och kartlägga vad det är som bidrar till att de uppkomna depressiva symtomen fortgår. Vanliga vidmakthållande faktorer är obehandlad eller underbehandlad sömnstörning, skadligt bruk av alkohol och droger, minskad aktivitetsnivå, familjekonflikter och skolsvårigheter. Kartläggningen ska utmynna i en förståelse för hur vidmakthållande faktorer på olika nivåer samverkar och förvärrar depressionen. Denna ska ligga som en grund för vårdplanen där den viktigaste faktorn bör komma i fokus först.

Några förenklade exempel på vidmakthållande spiraler vid depression är:

1. Sömnstörning → uttalad trötthet → minskad aktivitet och tillbakadragande → minskad glädje + mer grubblande → minskad energi + ytterligare sömnstörning → mer nedstämdhet + anhedoni + hopplöshet.
2. Föräldradepression + barnets depression → minskad positiv tid tillsammans + ökade konflikter → undandragande + minskad aktivitetsnivå eller asocialt umgänge och droger → mer nedstämdhet + anhedoni + hopplöshet.
3. Depressiva symtom inklusive sömnstörning → koncentrationsproblem → sämre resultat alternativt ökad tid för läxor → minskad tid för positiva aktiviteter + mer grubblande → sömnstörning → mer nedstämdhet + anhedoni + hopplöshet.

REKOMMENDATION

10. Utredningen ska kartlägga aktuella skyddsfaktorer.

Skyddande faktorer att lyfta fram i utredningen är ”coping” och förmåga till **känsloreglering**, stödjande **vuxna**, starka **familjeband**, **kamratrelationer**, samt **fysisk aktivitet**, **fritidsaktiviteter** och **intressen**.

REKOMMENDATION

11. Utredningen bör kompletteras med bedömningsinstrument som ett stöd till kommande utvärdering av behandling.

Montgomery-Åsberg Depression Ratings Scale (MADRS) eller annan symtomskala bör användas i utredningsfas som utgångsvärde för att sedan underlätta att följa förloppet. MADRS ska dock ej användas för diagnostik. Om man använder egen-skattningen (MADRS-S) bör denna gås igenom och vid behov korrigeras under samtalet.

C-GAS (sammanvägd funktion hemma, skola, fritid och relationer) skattas av klinikern, både aktuell och eventuellt tidigare bästa nivå. Detta ger både en bild av tidigare högsta funktionsnivån, funktionen under depressionen och ger utgångsvärde för utvärdering av behandlingen.

REKOMMENDATION

12. Utredningen ska sammanfattas och redovisas för patient och närstående inklusive möjliga behandlingsinsatser.

Bedömningen ska utmynna i en kärnfull sammanfattning av hur man uppfattar problematiken diagnostiskt, viktigaste vidmakthållande faktorer (exempelvis depression hos förälder, konflikter och/eller bristande stöd i familjen, skolproblem, alkohol) samt eventuellt behov av vidare utredning och behandlingsmöjligheter. Man bör även ange

- Diagnos (-er)
- Svårighetsgrad: mild, medelsvår, svår
- Aktuell suicidrisk/risk för våld graderad i lindrig, medelsvår, hög, svårbedömd

Tänk på att ge information både muntligt, men även skriftligt på grund av koncentrations- och minnes-svårigheter i samband med depressionen.

Steg II

REKOMMENDATION

1. Överväg fördjupad organisk utredning med somatiskt status och blodprov.

Depression hos unga har mindre ofta sin orsak i somatiska störningar jämfört med depression

hos vuxna. En noggrannare utredning av eventuell somatisk grund bör göras om inte symtombild, ärftlighet och eventuellt svar på behandling är tydligt friande från somatisk misstanke samt vid misstanke om anemi, hypothyreos, glutenintolerans, vid rubbning i tillväxt eller pubertet, vid neurologiska symtom eller vid vaga eller svårförklarliga symtom från olika organ. Då organisk screening endast görs vid riktad misstanke eller terapiresistens är utredningarna bredare än vid rutinmässig screening. Vid indikation på organisk förklaring till besvär ska barnmedicinsk expertis konsulteras.

Labscreening nivå 1: Hb, Retikulyocyter, RetHb (retikulyocyternas järninnehåll är ett bättre mått än S-järn, som ej ska tas), EVF, MCHC, MCV, B-12. Folat, S-homocystein (visar funktionell brist på B12 eller folat) S-Ca, S-albumin, B-glukos, D-vitamin (särskilt viktigt hos mörkhyade och bör behandlas om <50 nmol/l), S-kortisol (tas på morgonen före kl. 08.30), S-prolaktin, Na, K, ALAT, ALP, bilirubin, TSH, T3 och T4, anti-transglutaminas, CRP och urinsticka.

Labscreening nivå 2: ANA (antinukleära antikroppar om hud eller ledbesvär), TRAK (thyroidaantikroppar vid högt T4), TPO-antikroppar (om TSH är förhöjt eller T4 avviker).

REKOMMENDATION

2. Överväg urinprovtagning för droganalys och screeninginstrument för missbruk.

Om anamnes ger indikation på risk för komplicerande missbruk (tidig rökdebut, umgänge i missbrukande kretsar) bör ett urintoxprov komplettera utredningen och överväg alltid drogscreening vid behandlingsresistens. Stickan bör ha information om pH och u-krea för att öka säkerhet att provet inte har manipulerats. Fördjupad anamnes kan göras med stöd av Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) eller Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT), vilka finns fritt på nätet inklusive i e-version.

REKOMMENDATION

3. Överväg systematisk halvstrukturerad intervju.

En erfaren diagnostiker bör konsulteras vid svårbedömda tillstånd eller när flera behandlingsförsök inte givit önskad effekt, liksom stöd av en systema-

tisk intervju exempelvis Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) för att skärpa diagnostiken och se över samsjuklighet, differentialdiagnostik och förlopp. Personlighetsproblematik kan fångas i vuxenversionen Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II).

REKOMMENDATION

4. Överväg att inhämta bredare information från nätverk

Både i syfte att etablera behandlingsallians men även för diagnostisk kartläggning kan direktinformation från skola, socialförvaltning, äldre syskon eller andra personer i nätverket tillföra viktig förståelse. Var noga med att få medgivande från föräldrar och ungdom.

REKOMMENDATION

5. Överväg ytterligare diagnostiska- och symtomskalor, liksom av socialt stöd.

- Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) är en diagnostisk depressionsskala för barn från 8 år och för föräldrar.
- Child Behavior Checklist (CBCL) är en mycket använd föräldraskala till barn 4–16 år. Den affektiva delskalan ur DSM-orienterade versionen av CBCL har visat god sensitivitet och specificitet vid screening.
- En lång rad skalor för samsjuklighet som administreras till barnet och framför allt till föräldrar kan övervägas som stöd i screening men aldrig som instrument för diagnos. Var noggrann med att värdera informationen från skalorna med stöd av strukturerad anamnes och status.
- MADRS skattningsskala som skattas av behandlaren vid intervju för behandlingsutvärdering.
- För bedömning av stöd från familj kan skattningsformulär vara användbart, till exempel ”Perceived Social Support (from the family)” som finns i svensk översättning.

Steg III

REKOMMENDATION

1. Överväg neuropsykologisk utredning.

Vid misstanke om svagbegåvning, stora problem med exekutiva funktioner, minnesstörningar eller vid otillräcklig effekt av behandling bör begåvnings-test och eventuellt ytterligare neuropsykologiskt test komplettera utredningen. Vid tolkningen behöver man dock beakta att koncentrations- och minnesproblem är en del av depressionsbilden och kan påverka testresultaten.

Behandling

REKOMMENDATION

1. Målet för behandlingen är symtomfrihet, minskat lidande, återställd funktionsnivå samt förebyggande av återfall.

Primärt syfte är att behandla depressionen och främst att korta ner aktuell episod. Att utgå från en korrekt diagnos och få snabb och robust respons tidigt i behandlingen är en nyckelfaktor för att lyckas med remission senare. En väl genomförd behandling och därmed tillfrisknande kan minska svårighetsgraden hos eventuella följande depressioner.

Val av behandlingsinriktning bygger på depressionens svårighetsgrad och andra väsentliga påverkande faktorer. När man planerar behandlingen är det därför viktigt att utgå från bedömningen av antal symtom, funktionsnedsättning, samsjuklighet, duration av symtom, tidigare episoder, samt närvaro av psykos och/eller suicidalitet, liksom psykosocial belastning. Interventioner riktade mot stressorer och vidmakthållande faktorer ska alltid övervägas.

REKOMMENDATION

2. Samsjuklighet kan behöva parallell behandling eller vara huvudfokus.

När annan samtidig diagnos förekommer, som exempelvis adhd, alkohol- och drogmissbruk eller ett ångestsyndrom, får man värdera om depressiva symtom mest kan uppfattas vara del av eller underordnad det andra tillståndet.

När annan diagnos dominerar den kliniska bilden bör den behandlas först medan man följer förloppet av depressionen. I synnerhet gäller detta vid uppmärksamhets- och autismspektrumsvårigheter som inte sällan innebär tilltagande funktionssvårigheter när kraven ökar med åldern och ger demoralisering med nedstämdhet. Asylsökande personer med uppgivenhetsyndrom ges stöd och omvårdnad men inte riktad antidepressiv behandling. Unga som varit utsatta för sexuella övergrepp eller andra svåra trauman och har en depression ska inte behandlas med depressionsspecifik KBT eller IPT i steg II utan i stället med traumafokuserad behandling.

Vid episod av medelsvår – svår depression ska denna behandlas före samsjuklighet med undantag för ätstörning i svält och missbruk. När svälten hävts respektive efter fyra veckors drogfrihet kan antidepressiva farmaka övervägas.

REKOMMENDATION

3. Grunden i behandlingen är gemensamma överenskommelser (vårdplaner) med uppgift om diagnos, väsentliga stressorer och skyddsfaktorer, vidmakthållande faktorer, mål och delmål, åtgärder och utvärdering med inriktning på att häva depressionen.

Behandlaren ska ge individuellt anpassad information till barnet och familj om sin bedömning och om hur depression uppstår, effektiv behandling och förväntat förlopp samt stödja dem att hantera depressionen. Här finns ett tydligt fokus på familj och nätverk som viktig resurs som tillsammans med barnet och behandlare arbetar för att häva depressionen. En gemensam konceptualisering av diagnos(er), viktiga påverkande faktorer och risker inklusive en tydlig plan framåt bidrar till förståelse, aktiv handling, hopp och optimism. Barnet och föräldrar bör få möjlighet att berätta vad de tror är bakgrunden till barnets depression och vad de tror gör att depressionen fortsätter.

Tillsammans listar man problemområden och vidmakthållande faktorer och sätter upp mål och delmål för de första 4–8 veckornas psykosociala basbehandling. Risk för självskadehandling, självmord och våld bör övervägas och säkerhetsplan (se faktaruta på sid 13) vid behov upprättas. I samband med den psykosociala delen av behandlingen bör behandlaren beskriva depression som ett sjukdomstillstånd för att avlasta skuld och ge en grund för att öka stöd och anpassa krav hos både barn och för-

äldrar. Ett datum för utvärdering av symtom, viktiga faktorer (såsom skolproblem och förälders depression) och hur det gått med delmålen efter 4–8 veckors aktiv behandling bör tydligt anges i vårdplanen.

Psykosocial behandling

Depression ska ges hög prioritet och såväl bedömning som behandling ska därför starta utan dröjsmål.

Steg I

REKOMMENDATION

1. Psykosocial basbehandling är en multimodal behandling i familjekontext. Den är fasindelad och ges före annan specifik behandling.

• Information

Första steg i behandlingen är grundlig information om depression och behandlingsmöjligheter till barnet och närstående. Informationen ger grunden till att få stöd och förståelse i vardagen.

• Stabilitet och säkerhet

En säkerhetsplanering för att hantera risk för självskada och självmord behöver upprättas i samband med bedömningen. Stabilisering innebär att vardagsrutiner för mat, sömn och fysisk aktivitet ska ses över och skadligt bruk av alkohol och droger hanteras. Olika konkreta strategier att hantera självmordstankar och självskaideimpulser går igenom. Försök att försiktigt utmana barnets föreställning om att vara en belastning för omgivningen, då detta kan leda till att barnet inte söker hjälp vid behov.

• Stress och vidmakthållande faktorer

Nästa steg är att fokusera på faktorer som vidmakthåller depressionen. De är angelägna för familjen och man har också god chans att få till stånd en förändring. Aktivering skiftar känslor av hjälplöshet till handling och lösning av problem. Föräldrarna bör uppmuntras att göra positiva saker tillsammans med sitt barn och att hjälpa barnet att bryta passiviteten. Det är viktigt att komma i gång med skolgången, eller upprätthålla den, men man brukar behöva begränsa den när det gäller krav på prestationer.

Det är vid depression vanligt med konflikter mellan föräldrar och barn. Om bedömningen är att konflikter bidrar till barnets depression bör barn

och föräldrar tillsammans få hjälp med konkret problemlösning och konflikthantering. Det är även viktigt att familjens kommunikationsstil ses över med syftet att minska upplevd kritik. Om föräldrar har egna problem som bidrar till barnets depression bör man på ett icke-skuldbeläggande sätt prata om hur det påverkar barnet. Föräldrarna bör uppmuntras att söka egen hjälp. Ibland kan barnets livssituation vara svår, exempelvis på grund av stora familjekonflikter, våld i hemmet, missbruk eller psykisk sjukdom hos förälder som gör att föräldrarnas omsorgsförmåga inte är tillräcklig. Socialtjänsten behöver då involveras omgående.

• Kvarstående symtom och livsmål

I denna fas övervakas och behandlas kvarstående symtom. Behandlingen inriktas också på de livsområden som stått tillbaka under depressionen eller behöver utvecklas. Många barn med depression har problem i relation till kompisar, har kanske tappat tidigare vänner eller har svårt att söka stöd hos dem de har. Tankar om att man är en belastning och kanske för tråkig för kamraterna är inte ovanliga. De kan också ha svårt med sunt självhävande, att uttrycka sina behov, svårt i kommunikation och i att kompromissa. Görs bedömningen att det bidrar till eller vidmakthåller depression bör en del av behandlingen fokuseras på förbättring av sociala färdigheter. Efterhand blir livsmål och prosociala aktiviteter som utbildning, fritid och att umgås viktigare.

• Motverka återfall

Sista fasen är att identifiera högrisksituationer som yttre stress och alkoholbruk samt tidiga symtom, och då särskilt sömnproblem, för att snabbt kunna använda fungerande strategier.

REKOMMENDATION

2. Patienter som inte tydligt förbättrats efter 4–8 veckors psykosocial basbehandling ska erbjudas psykofarmakologisk och/eller specifik psykoterapeutisk behandling.

En strukturerad utvärdering ska genomföras enligt anvisning på sid 17. Om patienten inte tydligt har förbättrats, det vill säga halverad symtombelastning och ökad funktion, ska genomgång av faktorer som vidmakthåller depressionen enligt lista på sid 17 göras. Vid medelsvår depression kan fyra veckor vara en lämplig utvärderingstid medan åtta veckor är rimligt vid lindrig depression. Utforska särskilt

■ Psykosocial basbehandling under minst 4–8 veckor

För många barn med lindrig–medelsvår depression kan det vara tillräckligt med en multimodal behandling i familjekontext med inriktning på depression. Ge information om depression, lyssna empatiskt, reflektera, ge råd och jobba med generell problemlösning. Håll samtidigt symptomen under uppsikt. Inge inte falsk optimism men leta efter möjligheter att ge hopp.

Hållpunkter att överväga när vårdplaner utformas:

1. Skapa behandlingsallians både med barn och föräldrar och ibland även med andra viktiga vuxna.
2. Ge anpassad muntlig och skriftlig information till barn och föräldrar om:
 - Psykopedagogik (enligt faktaruta sid 13).
 - Metoder för utvärdering (exempelvis MADRS, behandlarskattning av depressionsgrad vid varje samtal, CGAS).
 - Skriftligt material liksom tillförlitliga webbsidor och böcker.
3. Se över skolsituationen. Föräldrar får stöd i att informera lärare om depressionens inverkan, överväg tillsammans minskade krav, "sjukskrivning" från prov och inlämningar samt anpassad studiegång, åtgärda eventuell mobbning.
4. Identifiera och remittera föräldern till egen hjälp om förälder har påtagliga egna problem (framför allt pågående depression men även sömnstörning, äktenskapsproblem, missbruk).
5. Arbeta motiverande med:
 - Mat. Betona regelbundenhet och rutiner för måltider. Vid illamående och/eller aptitlöshet – ät mindre och oftare.
 - Sömn. Betona regelbundna vanor. Sänggående och uppstigning vid ungefär samma tider under både ledighet och vardagar. Undvika att vända på dygnet och att sova på dagtid. Ge råd om sömnhygien: nedvarvning, ej koffein eller alltför stimulerande aktiviteter kvällstid. Släck skärm en timme före sömn.
 - Fysisk aktivitet. Helst tre pass på minst 30 minuter varje vecka. Fysisk aktivitet erbjuder distraktion, ökad möjlighet till social interaktion, minskar stress samt motverkar övervikt.
 - Alkohol/droger ska undvikas då det ökar symtomen och försämrar möjligheten att tillgodogöra sig behandling.
 - Lagom och positiva aktiviteter. Intrassen och relationer som man gradvis kan hitta tillbaka till.
6. Arbeta med övriga faktorer av betydelse för depressionen:
 - Familjerelationer. Minska kritik, lagom med krav, tid tillsammans, god problemlösning, god kommunikation, emotionellt stöd och sammanhållning.
 - Kamratrelationer: Hjälps att ta kontakt, uttrycka behov, utmana negativa tolkningar, social färdighetsträning.
 - Stressorer. Exempelvis tidigare och/eller pågående konflikter och våld i familjen, övergrepp, mobbning eller andra belastningar.
7. Följ kontinuerligt upp de depressiva symtomen och suicidrisk.
8. Följ kontinuerligt upp samsjuklighet.
9. Om förbättring ses, fortsatt behandling efter utvärderingen men kanske med glesare intervall.

skolsvårigheter, depression hos förälder, pågående psykosociala stressorer eller alkoholkonsumtion hos tonåringen. Patient och föräldrar ska sedan få information om de olika psykologiska och farmakologiska behandlingsmetoderna, deras förväntade effekt, grad av vetenskapligt stöd samt biverkningsprofil och vad som förväntas av patienten i form av egen arbetsinsats för att få bästa möjlighet att välja. Ju lägre funktionsnivå desto större nytta av farmaka och ju högre funktion och önskan att ha samtal desto större nytta av psykologisk behandling.

Farmakologisk och specifik psykologisk behandling kan med fördel kombineras samtidigt eller i fas

så att en initial förbättring med hjälp av farmaka efterföljs av psykoterapeutiska insatser mot vidmakthållande faktorer och för att uppnå full funktion. Man kan även fortsätta med psykosocial basbehandling och lägga till specifika behandlingsinsatser. Det är viktigt att ha i åtanke att beteendeförändringar tar tid och kräver att patient och föräldrar är uthålliga och arbetar aktivt liksom att behandlaren följer upp att planen verkligen följs. Inför övergången till steg II behåller patienten tidigare kontakt på mottagningen eller etablerar ny kontakt beroende på behandlarens inriktning.

■ Psykopedagogik

Utbildning om depression för barnet samt föräldrar/familj ökar förståelse, leder till minskad kritik, ökar stöd och ger rimligt hopp. Den bör omfatta

- Genomgång av tecken och symtom på depression.
- Förekomst av depression i befolkningen.
- Orsaker till depression (stress-sårbarhet).
- Påverkan på kognitioner, sinnesstämning och beteende.
- Inverkan på skolsituationen, familje- och kamratrelationer, risk- och skyddsfaktorer.
- Samspelet mellan negativa tankar, nedstämdhet → depressivt beteende såsom isolering och andra vidmakthållande spiraler, exempelvis anhedoni → passivitet, → nedstämdhet → hopplöshet, betydelsen av sömn, mat, fysisk aktivitet och att bryta passiviteten.
- Stressreduktion (kritik, överkrav i relation till aktuell funktion, konfliktnivån i hemmet).
- Risker med alkohol och droger.
- Diskussion om vad som får den unga personen att må bättre respektive sämre.
- Verksamma behandlingsmetoder.
- Risk för återfall och förebyggande åtgärder.

Steg II

REKOMMENDATION

1. Psykologisk behandling har stöd vid lindriga till medelsvåra depressioner och insatser behöver ofta skraddarsys efter individuella behov.

Evidensen är för fler olika behandlingsinriktningar starkare för vuxna än för ungdomar och i synnerhet för barn. För yngre barn med depression är det svårt att uttala sig om rekommendationer för specifika psykologiska behandlingar utifrån befintlig litteratur. Utifrån ett familjeperspektiv fokuseras på risk- och skyddsfaktorer för att minska stress i livssituationen och öka emotionellt stöd. Gemensamt för de psykologiska behandlingar som har evidens

■ Skriftlig säkerhetsplan vid självmordsrisk

- Värdera och beskriv risk utifrån självmordstankar, suicidala beteenden och riskfaktorer.
- Identifiera stressorer (konflikter, sömn, alkohol etc).
- Identifiera risksituationer; "triggers".
- Öka stöd från föräldrar – tillgänglighet och "lagom" nivå på tillsyn.
- "Lagom" schema för stabilisering, mat, sömn och aktiviteter.
- Sanera hemmet från tabletter och vapen.
- Strategier vid tilltagande självmordstankar eller ångest.
- Dagligt avstämningssamtal hemma.
- Undvika alkohol och droger.
- Kontaktvägar till sjukvård akut och planerat.

eller är lovande vid depression är att de fokuserar på behandlingen av depressionen. Interventionerna tillämpas sekventiellt och utvärderas stegvis. De styrkor och svårigheter som identifierats i bedömningen ligger till grund för behandlingens fokus.

Exempel:

- Om anhedoni är det mest framträdande draget kan KBT med betoning på beteendeaktivering vara hjälpsamt för att försöka väcka intresse och ge barnet möjlighet att få tillgång till nya upplevelser, sociala aktiviteter och relationer till andra.
- Vid god verbal förmåga kan tips ges om litteratur att läsa mellan sessionerna.
- Vid dysfunktionellt tankemönster kan man börja med KBT med fokus på att hantera negativa tankar.
- Vid relationsproblem kan en IPT-baserad behandling med en interpersonell intervention genomföras.
- När stressorer på familjenivå är det mest framträdande draget kan familjeterapi användas som ett komplement. Detta gäller särskilt vid utagerande problematik.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) enskilt har viss effekt vid medelsvår egentlig depressionsepisod hos barn och ungdomar, men kanske störst nytta som återfallsförebyggande behandling. För barn

■ Intervention vid sömnrubbning

- Utred typ av sömnstörning (insomningsbesvär, uppvaknanden, tidigt morgonuppvaknande, för mycket sömn, mardrömmar, snarkningar och apné/tonsillit).
- Sömnråd: Stiga upp i ”rätt” tid trots att man inte sovit ut, ingen dagsömn, fysiskt aktiv, ej cola/kaffe på kväll, stäng skärm minst en timme före sömn, svalt och tyst rum, telefon avstängd.
- **I första hand:** Kortverkande T Melatonin (licensansökan krävs) 1–5 (–8–12) mg en halvtimme före sänggåendet, alternativt T Circadin (melatonin depot) 2–4 (–8–12) mg någon timme före sänggåendet (särskilt vid flera uppvaknanden).
- **I andra hand. Prepubertala** (yngre än 12 år): T Lergigan (prometazin) 25 mg eller T Atarax (hydroxizin) 10–25 mg med observans för hang over-effekt.

- **I andra hand tonåringar:** T Mirtazapin 7,5–15 mg till natten med observans för viktuppgång.
- **I tredje hand tonåringar:** Imovane (zopiklon) 5–7,5 mg till natten under kort tid (1–4 v).
OBS! Aldrig zopiklon vid risk för missbruk: T Propavan 25 mg 1–2 till natten till ungdomar med observans för hang over-effekt och motoriska biverkningar.

Följande rekommenderas inte:

- Zolpidem (Stilnoct) på grund av risk för hallucinationer och ”rebound-insomnia”.
- Zaleplon (Sonata) på grund av kort halveringstid med hög risk för beroende
- Alimemazin (Theralen) på grund av toxicitet och hang over-effekt.
- Levomepromazin (Nozinan) på grund av kraftig hang over-effekt.
- Bensodiazepiner på grund av risk för missbruk och beroende.

före puberteten sker behandlingen i större utsträckning via föräldrarna som tränas i aktivt lyssnande, problemlösning och tona ner uppmärksamhet på misslyckanden liksom att uppmuntra till beteendearbete och bryta passivitet.

KBT i grupp har effekt hos unga med lindrig egentlig depressionsepisod. Programmet ”*Coping with depression – adolescent*” har effekt vid medelsvår egentlig depression hos ungdomar. En omarbetad och något förkortad version av programmet finns översatt till svenska. Programmet innehåller bland annat beteendearbete, bemötande av negativa tankar samt social färdighetsträning. Programmet erbjuder även en parallell föräldragrupp. Det är ännu oklart om denna ger någon tilläggs-effekt till behandlingen. Erfarenheten säger dock att parallell föräldragrupp med fördel kan erbjudas.

Interpersonell psykoterapi (IPT) har effekt hos unga med lindrig – medelsvår depressionsepisod. Behandlingen fokuserar på nuvarande problem, interpersonella relationer samt depressionssymtom. En central komponent i IPT är identifikationen av ett interpersonellt problemområde som man fokuserar på i behandlingen (sorg, interpersonell dispyt, rollövergång eller interpersonell känslighet). Behandlingen är tidsbegränsad (12–16 sessioner).

Steg III

1. Tillägg av **KBT till läkemedelsbehandling** med antidepressiva (SSRI) i akutfasen för ungdomar med medelsvår – svår egentlig depressionsepisod visar ingen säker tilläggseffekt men verkar minska risken för suicidtankar samt suicidalt beteende och bör övervägas om patienten har klart ökad självmordrisk. Annars är det klokt att vänta med KBT-behandling tills man fått effekt av medicineringen.
2. **Specifik familjebehandling (Anknytningsbaserad familjeterapi, ABFT)**. ABFT är en lovande behandlingsmetod som har utarbetats för deprimerade och suicidal ungdomar och visat effektivitet i psykosocialt belastade miljöer. ABFT fokuserar på att stärka och reparera anknytningsbandet mellan tonåring och föräldrar för att på så sätt skapa en skyddande och trygg bas för tonårsutvecklingen. Den är lämplig när det inträffat händelser som skadat tilliten i familjen (anknytningsbrott), vilket kan visa sig såväl i undvikande av närhet och att tonåringen drar sig undan med sitt lidande, som i en hög konfliktnivå i familjen. Behandlingen är manuelliserad och pågår 12–16 veckor.
3. **Psykodynamisk korttidsterapi** för barn och ungdomar med medelsvår egentlig depressionsepisod är lovande och kan erbjudas om patienten/familjen specifikt önskar det.

■ Medicinering med fluoxetin

Ge noggrann muntlig och **skriftlig** information till både patient och förälder om...

1. Preparatets verkningsmekanism.
 2. Biverkningsprofil. Informera särskilt om att ta medicinen efter måltid för att minska initialt illamående, att en övergående aktivering och ångeststegring kan komma före den antidepressiva effekten, om mardrömmar och eventuella sexuella problem till tonåringar.
 3. När effekten kan tänkas komma (3–6 veckor).
 4. Behandlingens längd (6–12 månader).
 5. Att fluoxetin ej är beroendeframkallande.
- Börja med fluoxetin 10 mg i 7–10 dagar, därefter 20 mg i 2–3 veckor. Utvärdera och gör eventuell fortsatt dosökning med 10 mg varannan vecka tills effekt eller biverkning uppkommer eller dos på 40 mg uppnåtts (eventuellt till 60 mg för tonåringar). Om agitation (aktivering) uppstår ska dosökningen avbrytas och dosen kanske reduceras men ange inte som mani förrän eufori blivit helt uppenbar.
 - Uppföljning av biverkningar vid besök eller per telefon veckovis första månaden och efter dosökning.

- Omsvängning (switch) till hypomani vid medicinering med SSRI indikerar bipolaritet men agitation av SSRI kan misstagas för switch. Agitation är mycket vanligare och medför inte förhöjd risk för bipolaritet och dosreduktion eller expektans är ofta tillräckligt.
- Utvärdering av fluoxetin efter åtta veckor. Effekten är acceptabel om symtombelastningen halverats eller reducerats med 40 procent om depressionen varit långvarig och förbättringen är helt tydlig.
- Behandlingen bör pågå 6–12 månader efter remission. För och nackdelar med utsättningen bör diskuteras med patient och föräldrar. Det bästa är att avsluta behandlingen i april–maj och undvika att medicinfri period startar på hösten eller vid belastning med skolarbete. Vid mer komplicerad bild, se råd under återfallsprevention nedan.
- Utsättningsymtom kan uppkomma. Fluoxetin har dock lång halveringstid och kan därför avbrytas tvärt. Andra SSRI-preparat bör trappas ner med halvering var 2–3:e vecka. Informera om risk för övergående (dagar–veckor) av framför allt plötslig yrsel, särskilt då man rör ögonen eller huvudet, influensaliknande symptom och skakningar.

Farmakologisk behandling

Steg I

REKOMMENDATION

1. Farmakologisk behandling ska ej ges vid lindrig depression men tillfällig medicinering för sömn kan övervägas om sömnhygien inte är tillräckligt.

Vid depression förbättras en stor andel av placebo eller stöd. Vid lindriga – medelsvåra besvär ska man därför alltid vänta ut effekten av psykopedagogik och stöd, men även vid svårare depression kan man ibland se tydlig förbättring av inledande psykosocial basbehandling. Behandlingseffekten av antidepressiv medicinering är sämre vid samtidig sömnstörning hos tonåringar och är relaterad till allvarigare depression. Av det skälet bör man behandla sömnstörningen parallellt med depressionen som sådan.

Steg II

REKOMMENDATION

1. Farmakologisk behandling med SSRI (fluoxetin) kan och bör ofta ges om ej tydlig förbättring efter adekvat psykosocial basbehandling i 4 (–8) veckor vid medelsvår depression. Vid svår depression efter två veckor.

Fluoxetin har god evidens och låg risk på kort sikt vid kontrollerade studier på tre månaders behandling vid medelsvår depression från åtta års ålder. Den initiala effekten under de första månaderna är bättre än för samtalsbehandling, i synnerhet vid svårare depressioner. Med tiden jämnas skillnaderna ut så att effekten är likvärdig efter ett år. Vid svår depression med melankoli kan omgående insättning av fluoxetin övervägas. Tänk en extra gång på differentialdiagnos och yttre faktorer före insättning av SSRI före puberteten. Vid korrekt diagnos är effekten av fluoxetin god även hos barn före puberteten.

REKOMMENDATION

2. Om man inte får effekt eller får besvärande biverkningar av fluoxetin bör man byta till annat SSRI.

Om ett läkemedel inte ger någon effekt bör man ånyo fundera på om rätt diagnos ställts, om alkohol- eller drogkonsumtion föreligger, om skolproblem eller om depression hos förälder bättre förklarar den uteblivna förbättringen. Är diagnos korrekt går man vidare med annat SSRI, det vill säga sertralin, citalopram eller escitalopram. De har effekt men svagare vetenskapligt underlag. Fluoxetin sätts då ut tvärt och det andra SSRI-preparatet sätts in i låg dos efter tre dagar och trappas upp veckovis till måldos. Vid byte från övriga SSRI till fluoxetin, kan man starta med ekvipotent måldos och trappa ut det andra SSRI-preparatet under 1–2 veckor. Liknande byte brukar också tolereras vid byte mellan SSRI och SNRI.

Steg III

REKOMMENDATION

1. Kombinationsbehandling kan bli aktuell som tillägg till fluoxetin vid partiell effekt och medelsvår depression.

Kontrollerade studier saknas men riktlinjerna baseras på erfarenheter och studier på vuxna. Val av tilläggsmedicin kan göras efter symtombild och information om biverkningar. Var noga med att genomföra varje nytt farmakologiskt steg fullt ut, alltså till effekt, biverkan eller maximal dos och noga dokumentera effekt och biverkningar. Då underlättas en rationell användning av läkemedel och ineffektiv behandling kan tas bort och behöver inte övervägas i framtiden. Substanser som kan användas är:

- Litium (Lithionit) vid återkommande eller allvarligare depressioner och ställs in med serumnivå på 0,6–0,8 µmol/L.
- Mirtazapin när sömnsvårigheter eller ångest dominerar. Starta med 30 mg t.n. som utvärderas efter 2–3 veckor och eventuell dosökning till 45 mg. **OBS!** informera om risken för viktökning, ge kostråd och följ vikten.
- Bupropion (Voxra) när olust och trötthet dominerar. Starta med 150 mg på morgonen i 1–2 veckor och öka till 300 mg på morgonen. Utvärdering efter 3–4 veckor. Bupropion kan höja

blodnivån av fluoxetin, varför detta kan behöva reduceras när bupropion läggs till. Informera om risken för kramper samt överkänslighet som kan yttra sig som influensaliknande symtom eller utslag.

REKOMMENDATION

2. Byte till SNRI (venlafaxin, cymbalta), bupropion eller mirtazapin kan prövas om två SSRI inte givit någon effekt

- Venlafaxin (Efexor) har effekt hos ungdomar, men ger mer biverkningar än SSRI i form av agitation, ökade självmordstankar, självskada och förhöjt blodtryck. Starta med 37,5 mg i depot på morgonen och trappa upp efter 3–4 dagar till 75 mg, utvärdering efter tre veckor och eventuellt 150 mg och någon gång även till 225 mg. Abrupt utsättning av venlafaxin ger ofta utsättnings-symtom, varför preparatet behöver trappas ut långsamt över en till två månader.
- Duloxetin (Cymbalta) tolereras väl av ungdomar på kort sikt, men är inte bättre än placebo på grupp-nivå. Starta med 30 mg dagligen och öka till 60 mg 1–2 veckor och någon gång till 90 eller eventuellt 120 mg.
- Mirtazapin enligt ovan.
- Bupropion enligt ovan.

REKOMMENDATION

3. Klomipramin eller elbehandling (ECT) kan övervägas i nästa steg.

Vid medelsvår episod där flera behandlingsförsök inte gett avsedd effekt kan klomipramin (Anafranil) ha effekt. Klomipramin i.v. kan också ha effekt på ungdomar med svår depressiv episod. Denna behandling bör göras under EKG-övervakning. Risk för rytmrubbningar och annan toxicitet vid överdosering innebär att klomipramin har en mycket liten plats i utbudet. Dosökning ska göras mycket gradvis på grund av trötthet, muntorrhet andra antikolinerga biverkningar, mm.

Vid svår depression, som inte svarat på farmaka eller om tillståndet är livshotande (överhängande suicidrisk eller dricker dåligt), bör ECT övervägas. ECT är särskilt effektivt vid svår akut depression med hämning, förvirring eller psykos och kan då i enstaka fall vara förstahandsbehandling. ECT ger ibland övergående minnesstörningar. Se SPF:s

■ Utvärderingen bör innefatta en mätning gentemot utgångsläge vad gäller:

- Samtliga symtom på depression via intervju men även:
- Symtom via självsvärsskala exempelvis MADRS-S, MFQ.
- Aktuell suicidrisk och risk för våld.
- Funktionsförmåga i vardagen via C-GAS.
- Problemområden/stressorer och delmål i vårdplanen, grad av förbättring och måluppfyllelse.
- Behandlingsföljsamhet både vad gäller farmaka, samtal och hemuppgifter.

Nationella riktlinjer för ECT som kommer att finnas som länk från SFBUP:s hemsida, med adress www.svenskabupforeningen.se

REKOMMENDATION

4. Ljusbehandling.

Ljusbehandling har möjlig effekt på lindrig depression. Behandlingen (Phillips Bright Light) är dock svåradministrerad eftersom den ska ges på morgonen en timme dagligen under fyra veckor.

Icke göra

- Paroxetin har ingen påvisad effekt utöver det som placebo ger men ökar risken för suicidalt beteende och fientlighet.
- Prepubertala barn med medelsvår depression ska inte behandlas med venlafaxin då effekt inte är bättre än placebo.
- Farmakologisk antidepressiv behandling efter bara ett bedömningsamtal eller före rimlig psykosocial basbehandling vid mild och medelsvår depression.

■ Om effekten av insatser är otillräcklig bör man ställa sig följande frågor.

- Är diagnostiken korrekt? Är bipolaritet missad?
- Finns det bakomliggande samsjuklighet som inte noterats eller fått otillräcklig behandling? Tänk exempelvis på uppmärksamhetsstörning, ångestsyndrom, autistiska drag och personlighetsproblematik.
- Finns behov av psykiologutredning?
- Finns behov av organisk utredning?
- Finns ett pågående missbruk?
- Depression eller missbruk hos förälder?
- Belastning av pågående konflikter?
- Finns belastning från skolgången? Är kraven lagom, stödet tillräckligt, mobbning utesluten?
- Finns annan pågående psykosocial belastning?
- Hur fungerar mat, sömn, aktivering (anhedoni!) och fysisk aktivitet?
- Är behandlingen otillräcklig vad gäller allians, psykosocialt fokus och behandlingsföljsamhet så att byte av strategi eller byte av behandlare ska övervägas?

Utvärdering

Utvärdering av behandlingseffekt

REKOMMENDATION

1. Vid alla behandlingssamtal ska förloppet av symtom, risk och funktion följas.

Det innebär att fråga om förändringar i måendet, sömnen, aktivitet, om något nytillkommet har ökat riskbilden samt att följa upp om planerade uppgifter blivit genomförda. Vid tecken på försämring ska nedstämdhet/irritation, anhedoni och suicidalitet värderas. Gå också igenom sömn, brist på energi och nivån av pågående psykosociala stressorer som kan ha samband med försämringen.

■ Faktorer som särskilt ökar risk för återinsjuknande:

- Kvarstående subkliniska symtom, särskilt irritation, trötthet, anhedoni och sömnstörning.
- Tidigare depression hos föräldrar.
- Flera tidigare depressiva episoder.

Patient och föräldrar bör informeras om risken för återinsjuknande och uppmanas vara uppmärksamma på tidiga tecken på depression samt få

redskap att hantera dessa. Vid avslutningsbesöket bör man:

- Lista tidiga tecken för återfall och hur de kan hanteras vid avslut.
- Planera för uppföljning minst efter 6 och efter 12 månader men vid recidiverande depression är det lämpligt med uppföljning även efter 18 och 24 månader.
- Överväga långtidsbehandling med farmaka eller fortsatta psykosociala booster-doser någon gång.

REKOMMENDATION

2. Efter 4–8 veckors behandling bör en mer omfattande utvärdering göras.

Då diagnostisk bild, viktiga faktorer för tillfrisknande och effekt av behandlingsinsatser kan variera starkt är det av allra största vikt att grundligt utvärdera effekten av behandlingen och ompröva insatser. Vid mild depression bör en tydlig förbättring ha noterats inom två månader. Effekten av farmakologisk behandling kommer till större delen inom fyra veckor. Utvärdering efter 4–8 veckors behandling innebär i praktiken att detta ska ske 2–3 månader efter nybesöket med utrymme för kartläggning och vårdplan före behandlingen.

REKOMMENDATION

3. Vid otillräcklig behandlingseffekt bör en förnyad bedömning av utredning och behandling genomföras.

Man brukar ange respons (svar på behandling) till halvering av symtombelastning eller vid en mer global värdering enligt CGI (Clinical Global Improvement), stor eller mycket stor förbättring. Viktiga prediktorer är svårighetsgrad (främst anhedoni, sömnstörning och mani/agitation), samsjuklighet, depression hos föräldrar, familjekonflikter, alkohol och droger samt skolproblem.

REKOMMENDATION

4. Tillfrisknande ska regelbundet utvärderas tills man nått fullt tillfrisknande.

Risken att försämrans är högre om man förbättrats men inte blivit fullt frisk. Därför är det angeläget att vara uppmärksam på kvarstående subkliniska symtom, som koncentrationssvårigheter, uttrötthet och stresskänslighet. Fokus och tyngdpunkt i behandlingen behöver ofta ändras under behandlingsförloppet. Exempelvis kan behandling av svårare depression först betona farmakologi, aktivering och därefter samtal med fokus på vidmakthållande faktorer kan komma i fokus. Målet ska vara remission: i stort symtomfri under två veckor och tillfrisknande (recovery), som innebär återgång till full funktionsförmåga och högst två symtom kvarstår i ringa grad under minst två månader. Detta är ett rimligt mål för de allra flesta (80 procent) med depression.

Pågående behandlingsinsatser bör utvärderas minst var tredje månad och kvarvarande symtombelastning, funktion och stressorer värderas mot värsta läge. Efter remission bör alla patienter ges någon form av fortsättningsbehandling exempelvis månatliga uppföljningar och ”boosterdos” med samtal om viktiga teman i tre månader. Kontinuitet har stor betydelse vid fungerande behandlingsrelation.

Återfallsprevention

REKOMMENDATION

5. Att tillfrisknandet bibehålls ska följas upp under minst ett år efter avslutad behandling.

Depression är en sjukdom med risk för återfall. Framtida episoder ska aktivt förebyggas då de tenderar att bli ännu mer tärande på funktion och livskvalitet. Vid återfall ska bedömning ske halvvakut för att snabbt starta adekvata insatser.

Kvalitetsindikatorer

REKOMMENDATION

1. Följande parametrar bör kunna identifieras i journal och stöder vård enligt riktlinjer:

Utredning

- Ärftlighet
- Anhedoni och sömn
- CGAS
- Tidigare självmordsförsök
- Alkohol/drogbruk, familjeklimat, skolgång

Behandling

- Psykopedagogisk genomgång; muntlig och skriftlig
- Vårdplan där barn och föräldrar varit aktiva
- Aktivering, familjestöd, rutiner, skolgång

Utvärdering kvartalsvis

- Mål och delmål
- CGAS
- Anhedoni och sömn
- Självmordstankar
- Biverkningar

Diagnos- och KVÅ-koder

Depressionsdiagnoser, kod enligt	DSM-5	ICD-10
Depressiv episod, mild	296.21	F32.0
Depressiv episod, medelsvår	296.22	F32.1
Depressiv episod, svår	296.23	F32.2
Depressiv episod, svår med psykos	296.24	F32.3
Rec depression, mild – svår m psykos	296.31-4	F33.0-3
Rec depression i remission	296.36	F33.4
Dystymi – ihållande depression	300.4	F34.1
Depression UNS	311	F32.9
Uppgivenhetssyndrom		F32.3A
Organiskt förstämningssyndrom	293.83	F06.3
”Disruptive mood dysregulation disorder”	296.99	

Klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ) enligt Socialstyrelsen

	Kod
Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd	AU009
Allmän skattning av behov/funktionsförmåga	AU010
Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik	AU006
Strukturerad suicidriskbedömning	AU118
Skattning av psykiska symtom	AU011
Neuropsykologisk utredning	AA060
Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument	AA085
Vårdplan	AU120
Psykopedagogisk behandling (psykosocial basbehandling)	DU023
Stödjande samtal	DU007
Systematisk psykologisk behandling, KBT	DU011
Systematisk psykologisk behandling, IPT	DU022
Ordnation av läkemedel	DT026
Systematisk undersökning av läkemedelsbiverkan	AV127
ECT-unilateral	DA024

Referenser

- Santesson A m fl, BUP Hallands kliniska riktlinjer för depression 2010, ur vilket avsnitt är tagna med författarnas tillstånd.
- Socialstyrelsen. Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt 2003.
- Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010.
- SBU. Behandling av depressionssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt. Rapport 166 2004:2.
- SBU. Systematisk litteraturöversikt 2012, diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom.
- Läke medelsverket information. Farmakologisk behandling av depression hos barn och ungdomar – en uppdatering av kunskapsläget. 2005:5.
- AACAP Official action Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders 2007.
- Texas Childrens Medication Algorithm Project. Update From Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2007;46 (6).
- NICE. Depression in children and young people 2005.
- Bridge JA et al, Clinical Response and Risk for Reported Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Pediatric Antidepressant Treatment, A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, JAMA 2007;297:1683-1696.
- Hetrick SE et al. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 (11) Art. No: CD004851. DOI:10.1002/14651858. CD004851 pub3.
- Klein JB et al, Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression. A Meta-Analytic Investigation of Changes in Effect-Size Estimates, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007, 46 (11).
- För referenser på originalarbeten, se SFBUP:s hemsida, www.svenskabupforeningen.se



Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri