

VÅRDPROGRAM FÖR BARN OCH UNGDOMAR MED DEPRESSION

inklusive självmordsprevention

Version 2

Dokumenttyp: Vårdprogram	Dokumentnamn: Vårdprogram för barn och ungdomar med depression inklusive självmordsprevention, version 2
Utfärdande PE: Närsjukvården i Östergötland	Giltigt från och med: 2007-02-15
Utfärdande enheter: Barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland	Giltigt till och med: 2010-12-31
Huvudförfattare: Maria Zetterqvist-Carlsson leg psykolog, leg psykoterapeut	Ansvariga och godkänt av: Rita Alp, verksamhetschef BUP NSÖ Gunilla Jarkman Björn, verksamhetschef BUP NSC Gudrun Unehed, verksamhetschef BUP NSV
Huvudredaktör: Marianne Helgesson fil lic, leg psykolog, leg psykoterapeut	Ansvarig för revidering: Huvudförfattaren/huvudredaktören

FÖRORD	4
FÖRKORTNINGAR	5
INLEDNING	6
BARN MED PSYKISKA PROBLEM I ETT SAMMANHANG	6
SVÅRIGHETER VID DIAGNOSTISERING AV PSYKISK OHÄLSA HOS BARN	7
ALLMÄN BESKRIVNING OCH HISTORIK	8
HISTORIK	8
DEFINITION.....	8
SKILLNADER I SYMTOM BEROENDE PÅ ÅLDER	9
<i>Tonåringar</i>	9
<i>Skolbarn</i>	9
<i>Förskolebarn</i>	9
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT DSM-IV	10
<i>Förstämmningsepisoder</i>	10
<i>Depressiva syndrom</i>	10
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT ICD-10.....	12
<i>Depressiv episod</i>	12
<i>Recidiverande depressioner</i>	13
PREVALENS.....	14
<i>Könsskillnader</i>	15
KOMORBIDITET.....	15
HEREDITET	16
FÖRLOPP OCH PROGNOSE	16
FÖRKLARINGSMODELLER FÖR DEPRESSION	17
<i>Stress och sårbarhet</i>	17
<i>Stress och negativa livshändelser</i>	19
<i>Samtidig psykopatologi</i>	20
SKYDDSAKTÖRER	20
TILLSTÅNDETS INNEBÖRD FÖR PATIENT OCH ANHÖRIGA	20
UTREDNING OCH DIAGNOSTIK	22
ALLMÄNNA REKOMMENDATIONER	22
BEDÖMNING	22
<i>Diagnostisk bedömning</i>	22
<i>Vid klinisk indikation</i>	24
<i>Differentialdiagnostik</i>	24
UTREDNINGSVÄRKTÖG	25
<i>Strukturerade och semistrukturerade intervjuformulär</i>	26
<i>Självskattningsformulär</i>	26
<i>Föräldra- och lärarskattningar</i>	27
<i>Skattningsskala för generell funktionsnivå</i>	27
<i>Bedömning av prognos och behandlingsutfall</i>	28
BEHANDLING	28
GENERELLA RIKTLINJER	28
EVIDENS	29
DET AKTUELLA FORSKNINGSLÄGET	29
<i>Rekommendation</i>	31
PSYKOTERAPEUTISK BEHANDLING.....	31
<i>Familjeterapi</i>	31
<i>Psykodynamisk psykoterapi</i>	32
<i>Interpersonell psykoterapi (IPT)</i>	32
<i>Kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	33
<i>Faser i behandlingen</i>	33

<i>Manualer</i>	34
FARMAKOLOGISK BEHANDLING	34
<i>Depressiv episod, svår, med eller utan psykotiska symtom</i>	35
<i>Depressiv episod, lindrig-måttlig</i>	37
PREVENTION	37
UTVÄRDERING AV BEHANDLING	38
SAMMANFATTANDE RIKTLINJER FÖR BEHANDLING	38
SJÄLVMORD	39
PREVALENS	40
RISKFAKTORER	40
BEDÖMNING	41
<i>Skattningsskalor</i>	43
PREVENTION	43
BEHANDLING	43
UPPFÖLJNING	44
SAMARBETSPARTNERS	44
INFORMATION TILL PATIENT OCH ANHÖRIGA	44
PATIENT- OCH ANHÖRIGFÖRENINGAR	44
LITTERATURTIPS	45
KONSEKVENSER AV VÅRDPROGRAMMET	45
FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGSPROJEKT	45
PÅGÅENDE	45
ÖNSKVÄRDA FRAMTIDA PROJEKT	46
LITTERATURFÖRTECKNING	47
VÅRDPROGRAMMETS PROCESS	55
BILAGA 1	56
SJÄLVMORDSSTEGEN	56

Förord

Inom Östergötlands läns landsting pågår sedan 1990-talets senare del ett arbete med att utveckla länsövergripande vårdprogram rörande centrala och diagnostiserbara tillstånd som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri.

Vårdprogrammen skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och där sådan kunskap saknas, skall vårdprogrammen peka ut de obesvarade frågor som finns. För att underlätta användandet av de enskilda vårdprogrammen har en gemensam modell tagits fram så att man skall känna igen sig i programmet och hitta önskad information under välbekanta rubriker. Ambitionen har varit att vårdprogrammen i färdigt skick skall vara förankrade i verksamheten. Arbetet har återkommande rapporterats och diskuterats på seminarier så att framväxt av innehåll, behandlingsstrategier, utbildningsbehov, forskning etc. har kunnat värderas, kritiseras och bekräftas av medarbetarna inom verksamheten.

Föreliggande vårdprogram för barn och ungdomar med depression har i vederbörlig ordning granskats av verksamheten och skall fortsättningsvis vara vägledande för vilken behandling vi på sikt strävar efter att kunna erbjuda dessa barn och ungdomar samt deras familjer inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland.

Östergötland i januari 2007

Verksamhetschef
Gunilla Jarkman Björn
BUP-kliniken
Närsjukvården i
centrala Östergötland

Verksamhetschef
Rita Alp
BUP-kliniken
Närsjukvården i
östra Östergötland

Verksamhetschef
Gudrun Unehed
BUP-mott Mjölby
Närsjukvården i
västra Östergötland

Förkortningar

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
AAI	Adult Attachment Interview
ABFT	Attachment Based Family Therapy
A-CWDC	Adolescent Coping With Depression Course
AD/HD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADIS	Anxiety Disorders Interview Schedule
BDI	Beck's Depression Inventory
BIPP	Brief Individual Psychodynamic Psychotherapy
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
CBCL	Child Behavior Checklist
CBCL-TRF	Child Behavior Checklist Teacher Report Form
C-GAS	Children's Global Assessment Scale
CDI	Children's Depression Inventory
CNS	Centrala nervsystemet
DICA	Diagnostic Interview for Children and Adolescents
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSRS	Depression Self-Rating Scale
ECT	Electroconvulsive therapy
EMDA	European Development Assistance
FDA	Food and Drug Administration
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IPT	Interpersonell psykoterapi
KASAM	Känsla av sammanhang
K-SADS	The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children
KBT	Kognitiv beteendeterapi
MADRS	Montgomery Åsberg Depression Rating Scale
NASP	Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa
RCT	Randomized Controlled Trial
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SIFT	Systems Integrative Family Therapy
SIS	Suicide Intent Scale
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibition
TADS	The Treatment for Adolescents With Depression Study
TCA	Tricykliska antidepressiva läkemedel
UNS	Utan närmare specifikation
YSR	Youth Self Report

Inledning

Föreliggande vårdprogram gäller barn och ungdomar med depression och är en reviderad version av det tidigare vårdprogrammet för depression från 2002.¹

I gruppen förstämningssyndrom ingår följande diagnoser: egentlig depressions-episod, manisk episod, hypoman episod och dystymi. Det här vårdprogrammet innefattar dock inte manisk och hypoman episod.

Depressioner hos mindre barn är ganska ovanliga men blir betydligt vanligare under tonåren, särskilt bland flickor, och betraktas under adolescensen som en vanligt förekommande och allvarlig störning. Depression åtföljs ofta av annan psykiatrisk problematik (komorbiditet) och medför inte sällan allvarlig funktionsnedsättning, liksom ökad risk för självmord, missbruk och övriga beteendeproblem. Depression i ungdomsåren medför även stor risk för återfall i depression såväl under tonåren som i vuxen ålder. För att förhindra en sådan negativ utveckling är det viktigt att barn och ungdomar med depression identifieras tidigt och erbjuds effektiv behandling.²

Nedstämdhet och depression är en av de vanligaste anledningarna till kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP), framförallt för ungdomar. Under senare år har man inom BUP blivit bättre på att identifiera och diagnostisera ungdomar med depression. Men kunskapen om hur stor andel av barn och tonåringar med depression som får någon form av behandling i Sverige är däremot bristfällig. I epidemiologiska populationsstudier av vuxna med depression har man funnit att en stor andel av dem som uppfyller de diagnostiska kriterierna inte får någon vård eller behandling. Bland dem som kommer till behandling är följsamheten ofta tveksam.³

Först under de senaste två decennierna har det gjorts kontrollerade studier som fokuserar på behandling av depressiva störningar hos barn och ungdomar men jämfört med studier av vuxna är de ännu relativt få.⁴

Vårdprogrammet syftar till att ge en beskrivning av problematiken vid egentlig depressionsepisod och dystymi, gå igenom diagnoskriterier samt dokumentera riktlinjer och rekommendationer för utredning, diagnostik och behandling.

Barn med psykiska problem i ett sammanhang

Barn är i hög grad beroende av den sociala miljö de lever i. För mindre barn utgör familjen det helt dominerande sammanhanget. Med ökande ålder tillkommer barnomsorg och skola med lärare och annan personal som betydelsefulla vuxna, och kamratgruppen får ökad betydelse. Men relationen till familjen intar en särställning på grund av såväl den speciella närheten mellan familjemedlemmarna som den tidsmässiga dominansen avseende både den tid man tillbringar tillsammans varje dag och relationens långa varaktighet, för de flesta hela livet.

För att kunna förstå och bedöma psykiska problem hos barn behövs fördjupade kunskaper och färdigheter ifråga om psykopatologin hos det växande barnet och hur dess kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och sociala utveckling påverkas av konstitution, sjukdomstillstånd, föräldrarnas hälsa och sociala anpassning samt faktorer som hänför sig till nätverket/samhällssituationen. Kunskapsområdet innefattar alltså betydelsen av störningar i relationen mellan barn och föräldrar från tidigaste uppväxtår till längre fram i livet, reaktioner på svåra traumatiska kriser, psykiska följder av biologiska och neurologiska faktorer liksom miljöns inverkan på barns uppväxtvillkor och socialpsykologiska betingelser som t.ex. betydelsen av separationer tidigt i livet. Det är vid bedömningen viktigt att uppmärksamma inte bara belastande riskfaktorer utan även skyddande och hälsofrämjande faktorer.

Vad ovan sagts innebär rent konkret att diagnostik av psykiska problem hos barn måste bedrivas på åtminstone följande tre nivåer: (1) barnet som individ, (2) det familjesystem som barnet lever i samt (3) barnets och familjens samspel med den sociala närmiljön/nätverket. Likaså måste man vid behandling beakta behovet av insatser på de olika nivåerna.

Svårigheter vid diagnostisering av psykisk ohälsa hos barn

Vid epidemiologiska studier av barns psykiska hälsa har man genomgående funnit att tydligt avgränsade syndrombilder som de beskrivs exempelvis i DSM-systemet⁵ är ovanliga. Det föreligger alltså en diskrepans mellan hur barn på olika sätt uttrycker att de mår dåligt och hur vi gör sammanfattande beskrivningar i form av en diagnos. Till skillnad mot medicinska diagnoser säger flertalet psykiatriska diagnoser inget om bakomliggande orsak till det diagnostiserade tillståndet utan ger en sammanfattande beskrivning av en rad olika symtom vilka kan ha olika orsaker inom och utom barnet.

En svårighet vid diagnostisering är att barn har ett begränsat antal sätt att visa att de mår dåligt vilka ofta återkommer. Det gäller både beteende (t.ex. rastlöshet), känsloläge (t.ex. nedstämdhet och irritabilitet), förmåga att tänka (t.ex. koncentrations- och inlärningssvårigheter) och relationer till andra (att dra sig undan eller att bråka). Flera olika diagnoser inkluderar samma enskilda symtom bland kriterierna och det kan vara svårt att hitta en kombination av kriterier som svarar mot just den samling av symtom som det enskilda barnet har. Det är också vanligt att barn har så många symtom att de uppfyller kriterierna för både två och tre olika diagnoser.

Inte sällan växlar symtombilden och är oklar både för barnet och för omgivningen. Barn som befinner sig i ständig utveckling har en helt annan kapacitet att förändras än vad vuxna har. Tillstånd kan förvärras eller förbättras och det är viktigt att komma ihåg att diagnoser bara är beskrivningar gjorda vid en viss tidpunkt. Sett ur ett utvecklingsperspektiv är också en del symtom vanliga i vissa åldrar men sällsynta i andra. Exempelvis är irritabilitet i puberteten relativt vanligt medan det i andra åldrar skulle kunna ses som ett tecken på psykisk ohälsa.^{6,7,8}

Allmän beskrivning och historik

Historik

Det finns fallbeskrivningar av barn och ungdomar med depression publicerade redan på 1800-talet.⁹ Synsättet kom dock att ändras och efter andra världskriget fördes en diskussion om det överhuvudtaget var möjligt för unga att utveckla klinisk depression.¹⁰ Så sent som för drygt trettio år sedan ansåg man att depression inte förekom hos barn och var sällsynt hos tonåringar.³ Barn betraktades som oförmögna att uppleva depressioner och hos tonåringar betraktades tillståndet ofta som ett normalt uttryck i den oroliga tonårsutvecklingen. Detta synsätt innebar att det inte genomfördes några kontrollerade studier av depression hos barn och ungdomar.

Det var först på sent 70-tal och tidigt 80-tal som man började studera och diagnostisera depression hos barn och ungdomar utifrån de kriterier som fanns framtagna för vuxna. Detta resulterade i ett förändrat synsätt och innebar att de diagnoskriterier för depression som tidigare endast gällde vuxna i och med utgåvan av DSM-III¹¹ kom att omfatta även barn och tonåringar.¹² Ungefär vid samma tid började man genomföra behandlingsstudier av depressiva tillstånd hos barn och ungdomar. Numera finns ett starkt stöd för uppfattningen att det för ungdomar handlar om samma slags depression som hos vuxna och att det inte rör sig om ”normala” tonårsproblem.³ Trots att epidemiologiska studier av små barn lyser med sin frånvaro vet man idag att depression även kan uppträda i småbarnsåren.

Definition

I ett medicinskt sammanhang används ordet depression för att beteckna ett syndrom, dvs. en samling symtom som tenderar att förekomma tillsammans oavsett etiologi. Depressiva störningar hos ungdomar definieras, liksom för vuxna, genom närvaron av ett antal symtom som varat under en viss tid och som innebär ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion jämfört med ungdomens vanliga funktionsnivå. Symtomen får inte förklaras av effekten av missbruk eller medicinering, annan psykisk störning, sorg eller medicinskt tillstånd. Enligt DSM-systemet baseras symtomen för ungdomar med något undantag på de kriterier som utvecklats för vuxna. Däremot kan irritation ersätta depressiv sinnesstämning hos barn och ungdomar och dystymi behöver endast ha varat under ett år jämfört med två år hos vuxna.⁵

Depression skall endast diagnostiseras när det föreligger en försämring av den sociala funktionsnivån, när symtom med tydlig psykopatologisk signifikans föreligger (såsom allvarlig suicidalitet) eller när symtomen leder till signifikant lidande.¹² I DSM-IV liksom i det andra stora diagnossystemet ICD-10¹³ skiljer man på mild, måttlig och svår depression. I ICD-10 definieras svårighetsgraden utifrån antal symtom, medan den i DSM-IV definieras i termer av symtom och funktionsnedsättning. Kliniskt är funktionsnedsättning en användbar riktlinje för såväl prognos som val av behandling då det visat sig att ungdomar med svår depression, definierat som en total oförmåga inom ett eller fler områden, svarar sämre på psykologisk behandling jämfört med dem med mild eller måttlig depression. För ungdomar med depression har det också visat sig att den sociala problematiken ofta är mer uttalad än de depressiva symtomen i sig. Studier har även visat att tidig åter-

hämtning från de depressiva symtomen inte alltid följs av en höjd social funktionsnivå för ungdomar.¹⁴

Skillnader i symtom beroende på ålder

Kardinalsymtomen för förstämningssyndrom är beständiga men kan ta sig olika uttryck beroende på ålder. För en fullständig redovisning av aktuella diagnoskriterier var god se nästa sida.

Tonåringar

Trots att det numera finns ett starkt stöd för uppfattningen att det för ungdomar handlar om samma slags depression som för vuxna kan symtombilden se något annorlunda ut. Jämfört med vuxna uppvisar tonåringar vanligen mer beteendeproblem såsom utagerande beteende och försämrad skolprestation, men färre vegetativa symtom såsom aptitförändring och sömnstörning. Medan vuxna oftare känner sig ledsna och upplever hopplöshet, upplever deprimerade ungdomar vanligen intensiv irritabilitet och en känslighet för kritik och motgång.^{2,3,15}

Skolbarn

Skolbarn kan vid depression uppvisa ledsenhet, irritabilitet, nedstämdhet, gråt-attacker och minskad glädje. Deprimerade förskolebarn och skolbarn kan dessutom ha somatiska problem med mag- och huvudvärk.¹⁶ Jämfört med ungdomsdepression är det mindre sannolikt att depression hos barn leder till depressioner som vuxen. Jämförelsen visar vidare att herediteten för depression hos barn är mindre än för ungdomar. Depression hos barn har större överlappning med andra störningar, är mindre prevalent, är lika vanligt hos pojkar som hos flickor och uppvisar ett starkare samband med dysfunktion inom familjen än depression hos ungdomar.^{12,14}

Förskolebarn

Deprimerade förskolebarn kan uppvisa beteendeproblem, irritabilitet, tillbakadragenhet, apati och regression.¹⁶ Symtomen behöver dock inte vara maskerade utan kan vara mer typiska depressionssymtom såsom anhedoni (lustlöshet) och ledsenhet.¹⁷ Små barn som förlorar kontakten med sin vårdgivare och där ingen träder in i dess ställe kan dra sig undan kontakt, bli sjuka och få sömnstörningar. Den psykomotoriska utvecklingen kan gå tillbaka och barnet förlorar färdigheter det tidigare haft. Depressiva störningar hos riktigt små barn, såsom förskolebarn, är relativt sällsynta och vanligen förknippade med missförhållanden och försumelse.¹⁵

Utifrån de olikheter som rapporterats ovan lyfts det ibland fram att depression hos barn utgör en annan diagnostisk enhet än depression hos ungdomar.¹²

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Uppställningen nedan följer den svenska fickhandboken för DSM-IV.¹⁸ I förekommande fall anges DSM-IV resp. ICD-10 kod¹³ inom klammer i anslutning till benämningen.

Förstämmningsepisoder

Egentlig depressionsepisod

- A. Minst fem av följande symtom har förekommit 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 beror på somatisk sjukdom/skada eller på stämningssinkongruenta vanföreställningar eller hallucinationer.

- (1) Nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv (t ex känner sig ledsen eller tom) eller av andra (t ex ser ut att vilja gråta). Obs: Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
 - (2) Klart 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 (t ex mer än femprocentig förändring av kroppsvikten under en månad), eller minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen. Obs: Ta också med i beräkningen om förväntad viktökning hos barn uteblivit.
 - (4) Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt)
 - (5) Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (observerbar för omgivning och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet)
 - (6) Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen
 - (7) Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuld känslor (vilka kan ha vanföreställningskaraktär) nästan dagligen (inte enbart självföreläuser eller skuld känslor över 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 uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression.
- C. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- D. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller av somatisk sjukdom/skada (t ex hypotyroidism).
- E. Symtomen förklaras inte bättre med sorgereaktion, dvs den depressiva symtomatologin har varat längre än två månader efter en närståendes bortgång eller karaktäriseras av påtaglig funktionsförsämring, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning.

Depressiva syndrom

Egentlig depression, enstaka episod [296.2x; F32.x]

- A. Anamnes på en enstaka egentlig depressionsepisod enligt ovan.
- B. Den egentliga depressionsepisoden förklaras inte bättre med schizoaffektivt syndrom och förekommer inte tillsammans med schizofreni, schizofreniformt syndrom, vanföreställnings syndrom eller psykotiskt syndrom UNS.

- C. Maniska, blandepisoder mani/depression eller hypomana episoder (se ovan) har aldrig förekommit. Obs: Detta uteslutningskriterium gäller inte om de mani-, blandepisod- eller hypomaniliknande episoderna har orsakats av någon substans eller behandling eller beror på direkta fysiologiska effekter av somatisk sjukdom/skada.

Specificera om:

- svårighetsgrad/psykotiska symtom/remissionsspecifikationer (se nedan)
- kronisk
- med katatona symtom
- med melankoli
- med atypiska symtom
- med postpartumdebut

Kodning: Var god se manualen, sid 129!

Egentlig depression, recidiverande [296.3x; F33.x]

- A. Anamnes på minst två egentliga depressionsepisoder (se ovan)
Obs: En minst två månader lång period då kriterierna för egentlig depressionsepisod inte är uppfyllda måste skilja dessa episoder åt.
- B. Den egentliga depressionsperioden förklaras inte bättre med schizoaffektivt syndrom och förekommer inte tillsammans med schizofreni, schizofreniformt syndrom, vanföreställnings-syndrom eller psykotiskt syndrom UNS.
- C. Maniska, blandepisoder mani/depression eller hypomana episoder (se ovan) har aldrig förekommit. Obs: Detta uteslutningskriterium gäller inte om de mani-, blandepisod- eller hypomaniliknande episoderna har orsakats av någon substans eller behandling eller bero på direkta fysiologiska effekter av somatisk sjukdom/skada.

Specificera (den aktuella eller senaste episoden):

- svårighetsgrad/psykotiska symtom/remissionsspecifikationer
- kronisk
- med katatona symtom
- med melankoli
- med atypiska symtom
- med postpartumdebut

Specificera:

- svängningsmönster (med eller utan fullständig remission mellan episoderna)
- årstidsrelaterad

Dystymi [300.4; F34.1]

- A. Nedstämd större delen av dagen flertalet dagar under minst två år vilket bekräftas antingen av personen själv eller av andra.

Obs: Hos barn och ungdomar kan sinnesstämningen även vara irriterad, och varaktigheten måste vara minst ett år.

- B. Minst två av följande symtom förekommer vid nedstämdhet:

- (1) minskad aptit eller äter för mycket
- (2) för lite eller för mycket sömn
- (3) brist på energi eller svaghetskänsla
- (4) nedvärderar sig själv
- (5) koncentrationssvårigheter eller obeslutsamhet
- (6) hopplöshetskänslor.

- C. Under tvåårsperioden (ett år hos barn och ungdomar) har personen inte varit besvärsfri, dvs utan symtom enligt kriterium A och B, under längre period än två månader åt gången.

- D. Någon egentlig depressionsperiod (se ovan) har inte förekommit under de första två åren av störningen (ett år hos barn och ungdom); dvs störningen förklaras inte bättre med kronisk egentlig depression eller med egentlig depression i partiell remission.

Obs: En tidigare egentlig depressionsepisod kan ha förekommit om den gått i fullständig remission (dvs inga signifikanta symtom under två månader) innan dystymin utvecklats. Om en egentlig depressionsepisod pålagras dystymin någon gång efter de första två åren (ett år hos barn och ungdomar) kan båda diagnoserna ställas.

- E. Maniska, blandepisoder mani/depression eller hypomana episoder (se ovan) har aldrig förekommit. Kriterierna för cyklotymi har aldrig varit uppfyllda.
- F. Störningen förekommer inte uteslutande under loppet av en kronisk psykos, t ex schizofreni eller vanföreställningssyndrom.
- G. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller av somatisk sjukdom/skada (t ex hypotyroidism).
- H. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Specificera om:

tidig debut: debut före 21 års ålder

sen debut: debut vid 21 års ålder eller senare

Specificera (för den senaste tvåårsperioden av dystymin):

med atypiska symtom

Depression UNS [311; F32.9]

Kategorin depression UNS innefattar störningar med depressiv förstämning som inte uppfyller kriterierna för egentlig depression, dystymi, maladaptiv stressreaktion med nedstämdhet eller maladaptiv stressreaktion med både ångestkänslor och nedstämdhet. I vissa fall kan även depressiv symtomatologi utgöra en del av ett ångestsyndrom UNS.

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Nedan följer kriterier hämtade ur Socialstyrelsens systematiska förteckning.¹³ ICD-10 kod anges inom klammer i anslutning till diagnosen.

Depressiv episod

Episodum depressivum [F32]

Vid typiska episoder med lindrig (F32.0), medelsvår (F32.1) eller svår (F32.2 och F32.3) depression ses sänkt stämningsläge, minskad energi och nedsatt aktivitetsnivå. Förmågan att glädja sig, uppleva intresse och koncentrera sig är nedsatt och det finns en uttalad trötthet även efter ett minimum av ansträngning. Sömnstörning och aptitförlust är vanligt förekommande. Självkänsla och självtillit är nästan alltid reducerad och även vid lindriga depressionsepisoder är skuld-känslor eller ringhetsidéer ofta närvarande. Vid medelsvåra eller svåra depressioner varierar det sänkta stämningsläget föga från dag till dag eller som svar på händelser i omgivningen. Depressionen kan vara ledsagad av somatiska symtom såsom intresseförlust, glädjelöshet, uppvaknande flera timmar tidigare än normalt på morgonen, dygnsvariation där de depressiva symtomen är som värst på morgonen, uttalad psykomotorisk hämning eller agitation, aptitlöshet, viktförlust och nedsatt libido.

Beroende på symtomens antal och allvarlighetsgrad kan en depressiv episod klassificeras som lindrig, medelsvår eller svår.

Innefattar:

Enstaka episoder av:

- depressiv reaktion

- psykogen depression
- reaktiv depression

Utesluter:

- Anpassningsstörning (F43.2)
- Depressiv episod förenad med beteendestörning under F91.-(F92.0)
- Recidiverande depressiva episoder (F33.-)

Lindrig depressiv episod [F32.0]

Två eller tre av ovannämnda symtom finns närvarande. Patienten är vanligtvis påverkad av tillståndet men är oftast i stånd att fortsätta med de flesta av sina aktiviteter.

Medelsvår depressiv episod [F32.1]

Fyra eller flera av ovannämnda symtom finns närvarande. Patienten har troligen svårt att fortsätta med sina ordinarie aktiviteter.

Svår depressiv episod utan psykotiska symtom [F32.2]

En depressionsepisod där ett flertal av ovannämnda symtom, vanligen låg självkänsla, skuld-känslor och ringhetsidéer, är närvarande i uttalad och plågsam form. Självmordstankar och självmordshandlingar är vanliga och ett antal somatiska symtom är oftast närvarande.

- Agiterad depression
- Egentlig depression
- Vital depression

Svår depressiv episod med psykotiska symtom [F32.3]

Depressiv episod som under F32.2 men med hallucinationer, vanföreställningar, psykomotorisk hämning eller stupor av så allvarlig grad att vanliga sociala aktiviteter omöjliggörs. Tillståndet kan vara livshotande pga självmord, dehydrering eller svält. Hallucinationerna och vanföreställningarna är inte nödvändigtvis stämningskongruenta.

- Enstaka episoder med:
- depressiv psykogen psykos
 - depressiv reaktiv psykos
 - egentlig depression med psykotiska symtom
 - psykotisk depression

Andra specificerade depressiva episoder [F32.8]

- Atypisk depression
- Enstaka episoder med maskerad depression UNS
- Övriga depressioner

Depressiv episod, ospecificerad [F32.9]

- Depression UNS
- Depressiv störning UNS

Recidiverande depressioner

Depressiones recurrentes [F33]

En störning som karakteriseras av återkommande depressiva episoder enligt definitionen under depressiv episod F32.- men utan anamnes på oberoende episoder med förhöjt stämningsläge och ökad energinivå (mani). Det kan emellertid förekomma korta episoder med lätt förhöjt stämningsläge och överaktivitet (hypomani) omedelbart efter en depressiv episod, ibland utlösta av antidepressiv mediciner. De djupare formerna av recidiverande depressioner (F33.2 och F33.3) har mycket gemensamt med bipolär sjukdom, egentlig depression, endogen depression och vital depression. Den första episoden kan uppträda när som helst i livet, från barndomen till seniet. Sjukdomsdebuten kan vara akut eller smygande och varaktigheten från veckor till många månader. Risken för att en patient med recidiverande depressioner skall drabbas av en manisk episod försvinner aldrig helt, oavsett antalet tidigare episoder. Om en manisk episod inträffar, bör diagnosen ändras till bipolär sjukdom (F31.-)

Innefattar:

Recidiverande episoder med:

- depressiv reaktion
- psykogen depression
- reaktiv depression

Årstidsrelaterad depression

Utesluter:

Recidiverande kortvariga depressionsepisoder (F38.1)

Recidiverande depression, lindrig episod [F33.0]

En sjukdom som karakteriseras av återkommande depressionsepisoder. Den aktuella episoden är lindrig som under F32.0, och anamnes på manisk episod saknas.

Recidiverande depression, medelsvår episod [F33.1]

En sjukdom som karakteriseras av återkommande depressionsepisoder. Den aktuella episoden är medelsvår, som under F32.1 och anamnes på manisk episod saknas.

Recidiverande depression, svår episod utan psykotiska symtom [F33.2]

En sjukdom som karakteriseras av återkommande depressionsepisoder. Den aktuella episoden är svår, dock utan psykotiska symtom som under F32.2, och anamnes på manisk episod saknas.

Bipolär sjukdom, depressiv episod, utan psykotiska symtom

Egentlig recidiverande depression utan psykotiska symtom

Endogen depression utan psykotiska symtom

Vital depression, recidiverande utan psykotiska symtom

Recidiverande depression, svår episod med psykotiska symtom [F33.3]

En sjukdom som karakteriseras av återkommande depressionsepisoder. Den aktuella episoden är svår och det finns psykotiska symtom, som under F32.3. Anamnes på tidigare maniska episoder saknas.

Bipolär sjukdom, depressiv episod, med psykotiska symtom

Depressiv psykogen psykos med psykotiska symtom

Depressiv reaktiv psykos

Egentlig depression med psykotiska symtom

Endogen depression med psykotiska symtom

Psykotisk depression

Recidiverande depression utan aktuella symtom [F33.4]

Patienten har tidigare haft två eller flera depressiva episoder enligt definitionen under F33.0-F33.3 men är sedan flera månader fri från depressiva symtom.

Andra specificerade recidiverande depressioner [F33.8]

Recidiverande depression, ospecificerad [F33.9]

Långvarig depression UNS

Prevalens

Prevalenstalen för olika förstämningssyndrom skiljer sig åt i olika studier beroende på skillnader i hur diagnoserna definierats, vilka mätinstrument som använts och under vilken tidsperiod mätningarna gjorts. Det påstås att det har skett en ökning av depression hos barn och ungdomar under de senaste årtiondena, parallellt med en ökning av mild och måttlig depression hos vuxna.^{19,20,21}

Livstidsprevalensen, dvs. risken att under sin livstid drabbas av depression, har hos ungdomar uppskattas till 15-20 %.^{2,4,12,22,23} Internationellt beräknas punktprevalensen för egentlig depression ligga runt 1-2 % hos skolbarn (6-12 år) och 2-5 % hos tonåringar (13-18 år).²⁴ Man brukar räkna med att prevalensen för egentlig depression hos ungdomar rör sig mellan 0,4-8,3 %.^{2,4,12,22,23,25} Vad gäller dystymi ligger de internationella prevalenstalen för ungdomar mellan 1,6-8,0 procent.^{20,22,23}

Olsson²⁶ har mätt prevalensen för depression i en totalpopulationsstudie av 16-17-åringar i Sverige. Under en ettårsperiod förekom egentlig depression hos 5,8 % av ungdomarna och livstidsprevalensen var 11,4 %. Det är två till fyra gånger vanligare att flickor drabbas jämfört med pojkar. I samma studie diagnostiserades dystymi hos 1,1 % av ungdomarna. Dystymi är dubbelt så vanligt hos flickor som hos pojkar.

Könsskillnader

Bland barn är depression lika vanligt hos pojkar som hos flickor, medan det under tonåren blir betydligt vanligare hos flickor. Detta överensstämmer med könsfördelningen hos vuxna. Man anser allmänt att det är pubertetsstadiet snarare än den kronologiska åldern som betingar den ändrade könsfördelningen.³ Vad som orsakar denna könsskillnad är ännu oklart. En hypotes är att hormonella förändringar i tonåren påverkar pojkar och flickor på olika sätt, liksom att skillnader beträffande rollförväntningar och krav på pojkar och flickor under tonåren kan vara en bidragande orsak.²⁷ Det förefaller som om pubertetsutvecklingen sensitiserar flickor för negativa livshändelser.³

Cyranowski och medarbetare²⁸ har presenterat en modell som försöker förklara varför könsskillnader gällande depression uppkommer i tonåren. Modellen utgår från skillnader i relationsmönster hos pojkar och flickor, där flickor redan tidigt är angelägna om täta, emotionella relationer. I puberteten intensifieras relationssökandet, något som sällan sker helt smärtfritt. För flickor med en sårbarhet kan negativa livshändelser, särskilt sådana som innebär interpersonella konflikter eller förluster, i detta läge vara depressionsframkallande.³

Komorbidity

Komorbidity (samsjuklighet) vid depression verkar snarare vara regel än undantag. En så stor andel som 40-90 % av ungdomarna med egentlig depression har någon ytterligare psykiatrisk diagnos. De vanligaste komorbida diagnoserna utgörs av dystymi och ångestsyndrom, vilket 30-80 % av ungdomarna med depression har. Likaså är utagerande beteende, missbruk, uppförandestörning och olika personlighetsstörningar relativt vanliga.² I en svensk studie fann man ångestsyndrom hos hälften av ungdomarna med egentlig depression och uppförandestörning hos en fjärdedel. Missbruk av alkohol och droger var betydligt vanligare hos ungdomar med depression och rökning var dubbelt så vanligt jämfört med icke-deprimerade ungdomar.²⁶

Just beträffande depression och ångest tyder den kliniska erfarenheten på att blandtillstånd är extremt vanliga, framförallt i mildare fall som inte alltid når psykiatrisk vård.³ Man kan genom effektiv behandling av ångestsyndrom försöka förhindra utvecklandet av eller minska redan utvecklade depressiva symtom.^{29,30} (Var god se vårdprogrammet för barn och ungdomar ångestsyndrom för ytterligare information gällande behandling av ångeststörningar.³¹)

Det är inte ovanligt med depressiva symtom vid olika former av neuropsykiatriska funktionshinder såsom AD/HD och Aspergers syndrom. Depressionen brukar oftast anses vara sekundär till funktionshindret.^{32,33}

Hereditet

Familjestudier, tvillingstudier och adoptionsstudier av vuxna med affektiv störning och deras släktingar i första led ger stöd för att det föreligger ett genetiskt samband mellan föräldrarnas affektiva störning och psykopatologi hos barn.³⁴ Det finns således belägg för att det finns en betydande ärftlig komponent, framförallt beträffande bipolära tillstånd. För egentlig depression tycks dock miljöfaktorer spela en större roll. Nästan två tredjedelar av sårbarheten för unipolär depression anses bero på omgivningsfaktorer.³ I metastudier har man funnit att ungefär 60 % av barn till föräldrar med depression kommer att utveckla en psykisk störning under barndomen eller adolescensen.³⁵

Förlopp och prognos

Empiriska data visar att längden på en depressionsepisod varierar mycket kraftigt. Det tar uppskattningsvis 7-9 månader efter det att behandling påbörjats innan en ungdom tillfrisknar från en egentlig depressionsepisod.³⁶

Riskfaktorer för att utveckla en utdragen depression är: svår depression, komorbid psykiatrisk diagnos, personlighetsstörning, negativa livshändelser, psykisk sjukdom hos en förälder och låg psykosocial funktionsnivå.

Efter verksam terapi i det akuta skedet drabbas 40-60 % av alla unga med egentlig depression av återfall. 20-60 % av ungdomarna utvecklar en ny depressionsepisod 1-2 år efter tillfrisknandet och hela 70 % drabbas av en ny episod inom en femårsperiod. Nedslående nog kan man således konstatera att hos de flesta ungdomar återkommer problematiken inom 5 år.^{37,38,39} Riskfaktorer för återinsjuknande är: tidigare debut under adolescensen, upprepade tidigare episoder, allvarlig första episod, psykos, psykosociala stressfaktorer, komorbid diagnos och låg medverkan i behandlingen.² Sambandet mellan depression i preadolescensen och depression i vuxen ålder är inte lika tydligt.⁴⁰

År 1991 publicerades konsensusdefinitioner av de termer som används för att beskriva förloppet vid depression.⁴¹

<u>Term</u>	<u>Definition</u>
Episod	En episod är en tidrymd av mer än ett bestämt antal dagar, under vilken patienten hela tiden har tillräckligt många och djupa symtom för att fylla syndromkriterierna för tillståndet.
Behandlings-svar/ Partiell remission	Behandlingssvar är när en partiell remission börjar. Partiell remission är en tidrymd då individen är tillräckligt förbättrad för att syndromkriterierna inte längre skall vara uppfyllda men fortfarande har mer än minimala symtom. Behandling är inte en förutsättning för att termen skall användas, remissionen kan vara spontan.
Full remission	En full remission är en tidsrymd då individen är tillräckligt förbättrad för att inte längre fylla syndromkriterierna och ev. symtom inte är mer än minimala. Behandling är inte en förutsättning för att termen skall användas, remissionen kan vara spontan.
Återställdhet	Återställdhet är en längre period under vilken ev. symtom är minimala. Tillfrisknandet kan vara spontant och förhanden under en obegränsad tidsperiod.
Återfall	Återfall innebär återfall av symtom som fyller syndromkriterierna under en pågående period av remission men före tillfrisknande enligt definitionen ovan. Ett återfall kan inträffa under en partiell eller full remission.
Åter-insjuknande	Återinsjuknande innebär uppkomst av en ny episod av egentlig depression. Återinsjuknande kan således endast inträffa då en individ är återställd.

Förklaringsmodeller för depression

Stress och sårbarhet

Det förhåller sig sannolikt så att det finns ett flertal etiologiska vägar som kan leda till att ungdomar utvecklar depression. Den dominerande etiologiska modellen i litteraturen är för närvarande stress- och sårbarhetsmodellen, i vilken man antar att stress samspelar med en sårbarhet hos individen. Sårbarhet uppstår i ett samspel mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska och kulturella faktorer.⁴² Varken stress eller sårbarhet är i sig själva tillräckliga för att en depression skall uppstå. Enligt modellen är det samspelet mellan dessa två som är avgörande för utvecklandet av depression.

Risikfaktorer för att utveckla depression innefattar således faktorer som handlar om såväl biologi som psykologi samt omgivningsfaktorer. De olika faktorerna presenteras nedan var för sig för att underlätta överskådlighet. Trots detta ombeds läsaren beakta det meningslösa i att ställa ”arv” och ”miljö” mot varandra utan istället utgå från den ömsesidiga påverkan som finns mellan dessa faktorer, där en individs sårbarhet samspelar med stress i miljön. Om en händelse leder till sårbarhet eller innebär stress beror till viss del på när under en individs liv den inträffar.

Sårbarhet

Genetiska faktorer

Det finns en ärftlig komponent i benägenheten att utveckla depression. Speciellt tydlig är den genetiska bakgrunden för bipolära tillstånd. Var god se avsnittet om hereditet ovan (sid. 16). Att ha en deprimerad förälder är en av de starkaste prediktorerna för att ett barn skall utveckla depression före 15 års ålder.^{43,44}

Familjerelaterade faktorer under uppväxten

Separation från en förälder, genom dödsfall eller skilsmässa, kan medföra en sårbarhet för den som drabbas. På senare tid har kvaliteten på den omvårdnad som barnet får efter en förälders dödsfall betonats när man betraktar risken för depression.³ Enligt den empiriska depressionslitteraturen finns samband mellan familjefaktorer och utvecklandet av depression hos barn och ungdomar. Dessa faktorer inkluderar: (1) distans och bristande engagemang, (2) höga nivåer av kritik och fientlighet, (3) föräldrapsykopatologi och (4) ineffektivt föräldraskap.^{45,46,47,48}

Ovannämnda exempel på negativt emotionellt klimat i familjen är gemensamma för flera störningar och inte specifika för depression. Från en teoretisk standpunkt fungerar familjefunktion möjligen som en generell faktor som förstärker eller förminskar genetiska eller biologiska sårbarheter.⁴⁹

Trauma och sexuella övergrepp

Det finns en ökad förekomst av depression hos personer som varit utsatta för trauma, t.ex. sexuella övergrepp. Risken för psykopatologi, framförallt depression men också missbruk, ökar signifikant efter sexuella övergrepp under barndomen.³

Anknytning

Det är också tänkbart att mindre drastiska förhållanden än vanvård och övergrepp kan orsaka ökad sårbarhet. Det förefaller som om otrygg anknytning kan lägga grunden för depression och kanske också andra problem i vuxen ålder.³ För en fördjupning i anknytningsteori hänvisas läsaren till John Bowlbys och Mary Ainsworths arbeten.^{50,51,52,53}

Därmed inte sagt att en otrygg anknytning orsakar depression. Den är snarare att betrakta som en riskfaktor. Otrygg anknytning utgör det sammanhang i vilket en negativ känsla av sig själv, omvärlden och framtiden kan börja utvecklas. Dessa negativa känslor utgör, i samspel med andra sårbarhetsfaktorer och stressande livshändelser, en väg mot utvecklandet av depression.¹⁵

Ungdomars och vuxnas mentala representationer av anknytning kan mätas med hjälp av ”Adult Attachment Interview” (AAI).⁵⁴ De studier, som undersökt huruvida kvaliteten på anknytningen som den upplevs av ungdomar med depression skiljer sig från icke-deprimerade ungdomars upplevelse, har visat att gruppen med depression oftare bedömts som otryggt anknutna. Ivarsson och medarbetare⁵⁵ fann att så gott som alla ungdomar med depression hade otrygga mentala representationer av sin tidiga anknytning medan majoriteten av ungdomar utan depression hade trygga anknytningsrepresentationer. Även andra forskare har funnit att ungdomar med otrygga anknytningsmönster rapporterar högre nivåer av depressiva symptom.⁵⁶

Personlighet

Personligheten kan vara av betydelse för depression på olika sätt. Den kan predisponera för uppkomst av depression, betinga på vilket sätt depressionen tar sig uttryck och den kan ha förändrats av tidigare depressionsepisoder. Depressionen kan också utgöra en extrem variant av ett personlighetsdrag eller en konstellation av personlighetsdrag.³

I synnerhet förefaller negativ affektivitet, dvs. en tendens att lätt uppleva negativ emotionalitet, en känslighet för obehag och en tendens att lätt reagera med ångslan och ångest i olika situationer, vara relevant för utveckling av depression.³ En sådan känslig läggning i kombination med benägenhet att klandra sig själv utgör en riskfaktor. Dessa fenomen är på gruppnivå vanligare hos flickor och skulle delvis kunna förklara varför depression är vanligare hos flickor än hos pojkar.¹²

Stress och negativa livshändelser

Den litteratur som handlar om stressande livshändelser och depression har fokuserat både på tidiga livshändelser som inträffar under uppväxten och på tidsmässigt närliggande faktorer som sammanfaller med depressionsdebuten.

Stressande livshändelser i miljön är en stark riskfaktor för debut av egentlig depressionsepisod. Att så är fallet även för ungdomar bekräftas av Olssons²⁶ svenska studie som visade att ungdomar som utvecklade en långvarig depression hade ett mindre och mer otillfredsställande socialt nätverk och hade varit med om fler stressande livshändelser i familjen. Det är vanligare att personer med depression har erfarenhet av oönskade, okontrollerbara och allvarliga händelser, liksom av händelser som inneburit förlust av en viktig relation jämfört med icke-deprime-rade. Däremot är det långt ifrån alla, som upplevt en större negativ livshändelse, som utvecklar depression. Andra påverkansfaktorer, såsom socialt stöd, samspelar med stressorerna och påverkar vilken effekt dessa får på individen.⁴²

Socialpsykologisk forskning från England har undersökt vilka levnadshändelser som kan utlösa depression. Man har funnit att det framförallt är fyra aspekter av negativa upplevelser som är av betydelse. Dessa är förödmjukelse, upplevelse av att vara låst och inte kunna komma undan, förlust och hot.⁵⁷

En ledande hypotes är att psykosociala stressorer har en mer betydande roll vid den första depressionsepisoden jämfört med påföljande episoder. Med varje ny depressionsepisod blir sambandet mellan stressande livshändelser och depressionsdebuten svagare. Över tid blir depressionsepisoderna mer "autonoma" och mindre relaterade till motgångar i miljön. Med återkommande episoder av egentlig depression minskar betydelsen av miljörelaterad stress och det depressiva tillståndet debuterar med endast liten provokation.^{58,59}

Det finns teorier som försöker förklara hur negativa livshändelser kan leda till depression hos individer med sårbarhet. Man antar att depressionen uppstår som en reaktion när skeenden i omgivningen uppfattas som okontrollerbara och individen betraktar sig själva som hjälplös. Denna s.k. inlärda hjälplöshet uppstår efter upprepade erfarenheter av att det egna beteendet inte kan påverka skeenden i miljön och man följaktligen upplever sig vara utan kontroll. Sådana erfarenheter kan komma att innebära att individen ger sig själv skulden för det inträffade men upplever sig som oförmögen att förändra situationen och har föga hopp om att saker kommer att bli bättre.^{60,61,62}

Samtidig psykopatologi

En tidigare depressionsepisod är en riskfaktor för att utveckla ytterligare depressionsepisoder. Ångeststörning kan också utgöra en riskfaktor för att utveckla depression.

Skyddsfaktorer

Nedanstående faktorer, som hämtats från SBU-rapporten, brukar betraktas som skyddande i förhållande till utveckling av psykisk ohälsa.³

Socialt stöd

Den emotionella uppbackning, konkreta hjälp, stöd och tillgång till information som en människa får från sitt sociala nätverk kan fungera som en skyddande faktor. Det sociala stödet kan fungera som buffert vid traumatiska händelser eller situationer.

Känsla av sammanhang

Begreppet ”känsla av sammanhang” (KASAM) myntades av Antonovsky⁶³ i syfte att förklara varför vissa människor förblir friska trots vidriga levnadsomständigheter. En hög känsla av sammanhang anses vara en salutogen faktor och definieras som att individen uppfattar sin livssituation som begriplig, hanterbar och meningsfull.

Självförtroende och robusthet

Andra begrepp från personlighets- och socialpsykologin är nära besläktade med KASAM. Robusthet (”hardiness”) är ett sådant. Det innehåller komponenter såsom stark självkänsla, en upplevelse av meningsfullhet, en attityd av att omgivningen är påverkbar och en intern ”locus-of-control”. En hög grad av robusthet har visat sig medföra lägre grad av ohälsa i anslutning till påfrestning. Ett annat besläktat begrepp är ”self-efficacy”, som väl närmast kan översättas som självförtroende, och som avser en övertygelse om att man har förmågan att klara av en påfrestning eller uppnå sina mål.³

Forskning kring barn till föräldrar med allvarlig affektiv sjukdom, där barnen således hade kraftiga riskfaktorer beträffande såväl sårbarhet som stress, har visat att de unga personer som ändå utvecklades väl karaktäriserades av en förmåga att tänka och handla separat från sina föräldrar. De uppvisade även en hög grad av självförståelse och ett djupt engagemang i relationer.⁴³

Tillståndets innebörd för patient och anhöriga

När ett barn eller en tonåring utvecklar depression innebär det ofta en genomgripande påverkan inom flera livsområden. Funktionsnivån är tydligt sänkt vilket inverkar menligt på såväl skolprestationer och fritidsintressen som kamrat- och familjrelationer. Sjukdomsförloppet är ofta långvarigt med risk för återfall. Man har i studier funnit att människor med depression har väl så låg livskvalitet som

allvarligt somatiskt sjuka människor.³ Depression kan således utgöra ett invaliderande tillstånd.

Ungdomar med depression engagerar sig i få aktiviteter och har svårt att uppleva aktiviteterna som positiva.⁴⁵ Saker i omgivningen upplevs som meningslösa. Det kan t.ex. innebära att man slutar med aktiviteter man tidigare haft glädje av och drar sig undan sociala kontakter. Detta kan resultera i en ensam och passiv tillvaro från vilken det är svårt att bryta en negativ utveckling. Deprimerade barn och ungdomar upplever vanligtvis känslor av otillräcklighet, underlägsenhet, värdelöshet och inkompetens. Ångest förekommer hos de flesta ungdomar med depression. Det kan ta sig uttryck som en ständig upplevelse av inre oro och vånda. Missbruk av alkohol och droger är vanligare hos deprimerade än hos kontroller. Depression innebär även en ökad risk för självmord.³

Det brukar ta förhållandevis lång tid innan det uppdagas att ett barn eller en tonåring har en depression och många kommer överhuvudtaget inte till behandling. Anledningen därtill är flerfaldig. Att på egen hand söka vård innebär ofta krav på initiativförmåga och handlingskraft vilket kan kännas övermäktigt för den deprimerade. Att framtidsutsikterna ofta uppfattas som pessimistiska och att tillvaron betraktas som hopplös och meningslös påverkar sannolikt också benägenheten att söka behandling, eftersom det finns liten tilltro till att behandling kommer att vara till någon hjälp. Det är på intet sätt ovanligt att den deprimerade ungdomen döljer sitt mående för sin omgivning. Ungdomen drar sig undan, skäms kanske och vill inte vara till besvär. Vanligt är tankar kring att den egna personen är en belastning för omgivningen, vilket innebär att man inte delger omgivningen en sann bild av hur man mår. I vissa fall upplever barn och ungdomar med depression att de förtjänar att må dåligt, vilket minskar deras benägenhet att söka hjälp hos anhöriga och/eller professionella. När problematiken väl uppdagas kan det därför ofta leda till skuld känslor, förebråelser och känslor av otillräcklighet hos föräldrarna för att man inte upptäckt problematiken tidigare.

Det finns litet skrivet om anhörigbelastning vid depression. Ofta är det svårt för anhöriga att stå ut med och veta hur de skall förhålla sig till ungdomens negativism, olycklighet, isolering och grubblerier. Det är svårt att veta vilken kravnivå som är rimlig, liksom att hitta en balans mellan ett förhållningssätt som präglas av förståelse/bekräftelse och samtidigt försöka förändra situationen genom att hjälpa barnet till positiva aktiviteter. Ofta uppstår konflikt mellan barn och förälder kring detta, vilket kan leda till ytterligare stress då barn och ungdomar med depression är mycket känsliga för kritik.

Sammantaget innebär ofta depression hos barn och ungdomar ett stort psykiskt lidande för både individen och familjen med en betydande funktionsnedsättning inom flera livsområden.

Utredning och diagnostik

Allmänna rekommendationer

Vid utredning av depression krävs att information gällande psykopatologi, psykosocial funktionsnivå och familjens psykiatriska historia inhämtas från flera olika källor (barnet, föräldrarna och skolan) samt via olika metoder.

Vid internaliserande störningar, som depression, är det avgörande att information hämtas direkt från barnet/ungdomen då föräldrar och lärare tenderar att rapportera lägre nivåer av internaliserande symtom än barnet/ungdomen själv rapporterar.^{64,65} Barn och ungdomar brukar på ett tillförlitligt sätt beskriva symtom som ledsenhet, skuld, känslor av värdelöshet och suicidtankar. Föräldrar är mer tillförlitliga när det gäller rapportering av irritabilitet, tillbakadragenhet, förändringar i aptit och sömn samt sänkt funktionsnivå.⁶⁶ Föräldrars egen psykopatologi kan påverka rapportering av symtom hos deras barn. Deprimerade föräldrar verkar ha en lägre tröskel för att upptäcka depression hos sina barn, vilket betyder att de generellt är bättre på att upptäcka depressiva symtom men samtidigt också ser depression där den inte finns.

Trots att det är optimalt med multipla informanter är överenskommelsen mellan informanter inte alltid hög. Som bedömare får man försöka använda sig av en rimlig uppskattning där motsägelsefull information integreras. Det finns stöd från vuxenlitteraturen att om man som bedömare ger självrapportering företräde för internaliserande störningar och andras rapporter ges prioritet vid externaliserande störningar kan reliabiliteten bli hög.⁶⁵

Man behöver som bedömare dessutom vara medveten om etniska och kulturella faktorer som kan påverka hur symtom presenteras, beskrivs och tolkas.

För förståelsen av den aktuella problematiken liksom för planering av behandling är det viktigt att inte enbart ta reda på vilka begränsade faktorer som finns utan även utforska vilka resurser som finns tillgängliga på individ-, familje- och övrig nätverksnivå.

Nedan följer rekommendationer som i huvudsak grundas på sammanställningen av American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)² 1998 samt på artikeln "Toward Guidelines for Evidence-Based Assessment of Depression in Children and Adolescents" från 2005.⁶⁵

Bedömning

Diagnostisk bedömning

Klinisk bedömning av depression kan ses som en sekvens som innehåller tre faser:

1. diagnos och prognos
2. behandlingsplanering
3. behandlingsmonitoring och utvärdering.

Man behöver införskaffa den information som är nödvändig för att kunna genomföra framförallt de två första momenten.

A) Anamnestagning från föräldrar, barnet/ungdomen och andra relevanta personer där nedanstående punkter kan beröras fullt ut eller till vissa delar.

1. Symtom

Avgör huruvida kriterierna för egentlig depressionsepisod eller dystymi är uppfyllda. Bedöm kärnsymtom och ev. psykotiska symtom som kan påverka behandlingsbeslut. Innefatta en noggrann bedömning av tidigare depressionsförlopp (t.ex. tidigare depressionsepisoder, kronicitet), med andra ord det prognostiska värdet.

- kärnsymtom enligt DSM-IV
- debut och utveckling av symtomen
- symtomens inverkan på barnet och familjens vardagssituation
- självdestruktivt beteende
- suicidtankar, suicidförsök, suicidplaner
- funktionsnedsättning.

2. Utvecklingshistoria

- temperament
- anknytning.

3. Tidigare vårdkontakter

4. Medicinsk historia

- medicinska åkommor
- besöksfrekvens i sjukvården
- medicinering som kan ge depressiva symtom.

5. Skolgång

- närvaromönster
- socialt fungerande i relation till lärare och kamrater
- inlärningsförmåga
- skillnad i kapacitet och faktisk prestation.

6. Kamrater och fritid

- fritidsaktiviteter
- kamratrelationer.

7. Social historia

- stressorer i miljön såsom barnmisshandel (fysisk, känslomässig eller sexuell) eller försummelse, psykisk eller fysisk sjukdom hos någon familjemedlem eller förlust av familjemedlem.

8. Familjens psykiatriska historia med särskild hänsyn till följande:

- affektiva störningar
- suicidalt beteende
- ångeststörningar
- AD/HD
- substansberoende
- psykotiska syndrom

- inlärningssvårigheter.
9. Negativa livshändelser
- förluster
 - besvikelser
 - konflikter
 - avvisanden.
- B) Intervjua barnet/ungdomen enskilt och bedöm psykiskt status och självmordsrisk.
- C) Bedöm familjesystem och relationer föräldrar-barn med avseende på:
- nivå av kritik
 - värme
 - stöd
 - sammanhang
 - konflikter
 - engagemang
 - kontroll
 - avvisande.
- D) Bedöm individuella begränsande faktorer och resurser
- attributionsstil
 - självkänsla
 - copingstrategier.
- E) Bedöm resurser på familje- och omgivningsnivå.

Vid klinisk indikation

- A) Somatisk utredning av barnet/ungdomen
- kroppslig undersökning inkl. provtagning
 - konsultation och samarbete med allmänläkare, pediatriker eller annan vårdgivare
 - neurologisk- och neuropsykiatrisk undersökning.
- B) Utredning av inlärningsförmåga, neuropsykologiska svårigheter, personlighets- och känslomässig utveckling.

Differentialdiagnostik

- A) Överväg symtom på kroppslig sjukdom/tillstånd som kan likna eller utlösa depressivitet
- störd funktion i sköldkörtel, bisköldkörtel, binjurebark
 - diabetes mellitus
 - brist på vitamin-B12
 - glutenintolerans

- sjukdom i centrala nervsystemet
- medicinska reaktioner/biverkningar
- anemi
- epilepsi.

Depressionsdiagnos kan ställas om de depressiva symtomen föregått kroppsliga symtom eller om de depressiva symtomen inte enbart beror på sjukdom eller den medicin som används.

- C) Fastställ psykiatriska störningar som kan vara samtidiga med eller feldiagnostiserade som depression
- ångeststörningar
 - inlärningssvårigheter
 - utagerande stört beteende
 - AD/HD
 - ätstörning
 - substansrelaterade störningar
 - premenstruell dysfori
 - personlighetsstörning
 - genomgripande störning i utvecklingen
 - schizofreni
 - sömnstörning
 - PTSD.
- D) Symtom på depression och sorg kan vara oskiljbara. Beakta diagnosen depression om sorgen hos ungdomen förknippas med
- måttlig till allvarlig funktionsnedsättning
 - psykos
 - suicidalitet
 - utdraget förlopp (längre än 6-12 månader).

Tidigare episoder av depression hos ungdomen eller hos familjemedlemmar kan predisponera ungdomen för depression efter sorg.

- E) Bedöm symtomkluster som karaktäriserar olika subtyper av depression
- årstidsbunden
 - atypiska symtom
 - psykos
 - hypomani
 - blandade depressiva och maniska symtom.

Utredningsverktyg

De två huvudsakliga tillvägagångssätten vid bedömning och diagnostisering av depression utgörs av intervjuer och skattningsformulär. I litteraturen finns indikationer på att kliniker som använder ostrukturerade intervjuer ofta missar att fråga om kärnaspekter av psykopatologi, framförallt om det är icke-överensstämmande med det initiala diagnostiska intrycket.⁶⁵ Generellt kan sägas att de flesta skatt-

ningsskalorna för depression har låg validitet när det gäller att diskriminera gentemot ångeststörningar.

Strukturerade och semistrukturerade intervjuformulär

Intervjumetoden är tidskrävande och kan därför vara svår att använda rutinmässigt. Träning krävs för att använda de olika intervjuformulären, som varierar i hur strukturerade de är och vilken klinisk erfarenhet som krävs av intervjuaren. Trots att vissa instrument är avsedda för barn från och med 6-7 års ålder är det tveksamt om barn yngre än 8-9 år kan ge tillförlitlig information i en diagnostisk intervju.⁶⁷ Strukturerade eller semistrukturerade intervjuer som täcker psykopatologi, psykosocial funktionsnivå och familjehistoria är tidskrävande, men forskning har visat att viktiga områden förbises när mindre systematiska tillvägagångssätt används.⁶⁵ Speciellt med djupare deprimerade patienter är det angeläget att basera skattningarna på intervjuer.³

The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (K-SADS)

K-SADS är internationellt den mest använda semistrukturerade intervjun för barn och ungdomar. Den är också den minst strukturerade varför det krävs god klinisk erfarenhet och kompetens samt kännedom om diagnostisering utifrån DSM.⁶⁵

K-SADS riktar sig till barn i åldrarna 6-18 år och består av en barn- och en föräldradel. K-SADS finns översatt till svenska och kan användas för diagnostik av bl.a. depression, mani och ångestsyndrom. K-SADS har goda psykometriska egenskaper och är det instrument som **i första hand rekommenderas**. Ytterligare en fördel är att intervjun täcker av både tidigare och aktuell problematik.⁶⁸ Intervjuformuläret finns tillgängligt på nätet.⁶⁹

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

MADRS är en intervjubaserad skattningsskala som mäter egentlig depression enligt DSM-IV. Instrumentet är ursprungligen utvecklat för vuxna men kan med fördel även användas i ungdomsåren.⁷⁰

Anxiety Disorders Interview Schedule, Children and Parents Version (ADIS-IV-C/P)

ADIS-IV-C/P⁷¹ täcker av samtliga ångeststörningar samt flera andra diagnoser där affektiva störningar ingår. ADIS-IV-C/P består av en barn- och en föräldradel. Intervjun har goda psykometriska egenskaper och är uppdaterad till DSM-IV. Formuläret finns översatt till svenska men är enbart tillgängligt för forskning, ej för kliniskt bruk.

Självskattningsformulär

Självskattningsformulär bör inte utgöra det enda underlaget utan användas som komplement vid utforskandet av vilka symtom barnet/ungdomen uppvisar och symtomens svårighetsgrad.

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)

Genom sina explicita definitioner av items och skalsteg är MADRS lättanvänd och har fått stor användning i studier av antidepressiva, framförallt i Europa.³ MADRS-S är en självskattningsvariant av MADRS och kan användas initialt före en intervju med MADRS. Uppbyggnaden överensstämmer med MADRS men intervjuarens bedömning av individens grundstämning har exkluderats. Liksom MADRS lämpar sig detta instrument väl framförallt för åldersspannet 13-18 år.⁷²

Beck's Depression Inventory (BDI-C)

BDI är ursprungligen konstruerat för vuxna men en omarbetad version (BDI-C) finns för tonåringar (13-18 år). Formuläret har konstruerats på grundval av Becks kognitiva modell för depression och betonar depressivt tankeinnehåll. Det består av 21 frågor, vardera med fyra till fem skattningalternativ. Svensk standardisering finns. Det är lättanvänt och har ofta använts i psykoterapistudier.⁷³

Children's Depression Inventory (CDI)

CDI är barnversionen av Beck's Depression Inventory. CDI kan användas för självskattning men skattning i intervjuform är att föredra.⁷⁴

Becks ungdomsskalor

Becks ungdomsskalor består av fem korta självskattningsskalor för ångest, depression, ilska, normbrytande beteende och självbild. Varje skala består av 20 påståenden och skalorna kan användas oberoende av varandra. De är standardiserade på svenska skolbarn i åldrarna 9-18 år och kan beställas från Psykologiförlaget.⁷⁵

Birleson Depression Self Rating Scale (DSRS)

DSRS består av 18 items med tre svarsalternativ. Svensk standardisering finns för ungdomar. Denna skala kan användas av både prepubertala och pubertala ungdomar.⁷⁶

Föräldra- och lärarskattningar

Tyvärr finns få skattningsskalor rörande depression utvecklade och validerade specifikt för föräldrar. I nuläget verkar det bäst att använda föräldraversionerna av CDI och CBCL.⁶⁵

Child Behavioral Checklist (CBCL)

CBCL är det formulär som vanligen används för bedömning av internaliserande och externaliserande störningar. Det fylls i av föräldrarna.^{77,78} Det finns även en lärarversion (CBCL-TRF), vilken dock saknar svensk standardisering. Formuläret kan användas för barn och ungdomar i åldrarna 4-16 år. Det finns även en självskattningsskala (YRS) för ungdomar mellan 11 och 18 år.⁷⁹ CBCL administreras för närvarande av BUP i Umeå.⁸⁰

Skattningsskala för generell funktionsnivå

Symtomskattningar bör kompletteras med skattning av den psykosociala funktionsnivån.

Children's Global Assessment Scale (C-GAS)

C-GAS⁸¹ finns översatt till svenska och används för skattning av den generella funktionsnivån hos barn och ungdomar i åldrarna 4-18 år.⁸² En exempelsamling finns att tillgå, även den översatt till svenska.

Bedömning av prognos och behandlingsutfall

Följande faktorer har befunnits påverka depressionsepisodens längd och behöver således beaktas i bedömningen:

- komorbid ångest eller utagerande beteende
- tidig debut av egentlig depression
- depressionens svårighetsgrad
- suicidalitet
- dubbel depression
- konfliktfyllt klimat i familjen.

De faktorer som predicerar risk för återfall i en ny depressionsepisod är snarlika:

- svår depression
- psykotiska symtom
- suicidalitet
- historia av tidigare egentlig depression
- dubbel depression
- närvaron av subkliniska symtom efter tillfriskande
- depressiv kognitiv stil
- nyligen inträffade stressande livshändelser
- konfliktfyllt klimat i familjen
- familjehistoria av depression
- personlighetsstörning.

Behandling

Generella riktlinjer

Psykoska störningar hos barn och ungdomar har ofta en komplex förklaringsgrund och samtidigt med en depressionsdiagnos kan det finnas en rad andra problemområden att ta hänsyn till.

Det är värdefullt att vid behov, i samförstånd med ungdomen och föräldrarna, samarbeta med personal från skolan och med andra viktiga personer som ungdomen tillbringar mycket tid med.² Samarbetet kan handla om att uppnå en ökad förståelse för ungdomens problematik hos omgivningen, ökat stöd, minskade krav och stressreduktion.

Barnpsykiatriskt behandlingsarbete behöver vara multimodalt. Behandlingen bör innehålla en lämplig kombination av följande inslag: information, rådgivning, terapi individuellt eller i grupp, familjearbete/-terapi, samarbete med skola samt

farmakologisk behandling. Vad som är en lämplig kombination grundar sig på det som framkommit i bedömningen.

Det sammanhang som barnet/ungdomen lever i har stor betydelse vid behandling. Familjen är det mest betydelsefulla sammanhanget och det är viktigt att föräldrar är delaktiga i behandlingen. Detta gäller även när barnet eller ungdomen får individuell behandling.^{7,8} Även i de behandlingar som inte identifieras som familjebaserade kan barn och ungdomar vanligen inte delta utan föräldrars godkännande och stöd. Föräldrar spelar också en stor roll i att motivera till behandling och att förstärka och vidmakthålla behandlingseffekter. Behandling av barn är därför ofta i praktiken de facto familjebaserad terapi.⁸³

Evidens

Vid angivande av evidensnivåer används samma gradering som vid utarbetandet av rangordningslistan, liksom de riktlinjer som är under utarbetande i samarbete med Västra Götalandregionen.

<u>Grad av vetenskaplig evidens för effekt</u>	
<i>Nivå</i>	<i>Beskrivning</i>
God	Två eller flera oberoende relevanta RCT med statistiskt signifikanta och entydiga resultat eller metaanalyser med entydiga resultat.
Viss	Flera kontrollerade studier eller enstaka RCT med entydiga resultat eller större RCT med divergerande resultat.
Ringa	Falls serier vid olika centra och/eller enstaka kontrollerade studier eller enstaka RCT med motsägelsefulla resultat.
Ingen	Enstaka fallbeskrivningar.

Det aktuella forskningsläget

Behovet av att hitta effektiva metoder för behandling av depression har förstärkts av den senaste tidens debatt kring riskerna med farmakologisk behandling för barn och ungdomar. (Farmakologisk behandling belyses på sid. 34ff.) De frågetecken som finns kring farmakologisk behandling för barn har inneburit ett ökat fokus på psykoterapi som ett alternativ och därmed också frågan om hur effektiv psykoterapi är för ungdomar med depression.⁸⁴

Fram till dags datum har fyra metaanalyser genomförts avseende psykoterapi för depression hos barn och ungdomar.^{84,85,86,87} Därtill finns ett antal systematiska litteraturgenomgångar.^{3,29,88,89,90,91,92} The Cochrane Collaboration⁹³ har en pågående omfattande litteraturgenomgång i ämnet med beräknat publiceringsdatum 2007.⁹⁴

Jämfört med forskningen gällande vuxna med depression är behandlingsforskningen beträffande unga ännu sparsam i sin omfattning. I SBU:s systematiska granskning av den empiriska litteraturen avseende psykoterapi för barn och ung-

domar med depression från 2004 inkluderades 33 studier.³ Den senaste analysen från 2006 inkluderade 35 studier.⁸⁴

Det konstateras samstämmigt att någon variant av kognitiv beteendeterapi (KBT) har ingått i nästan alla behandlingsstudier och att de flesta studierna fokuserat på enbart tonåringar, individuellt eller i grupp. Ett fåtal studier gäller familjer eller barn. Endast ett litet antal studier innefattar kliniskt remitterade ungdomar där behandling ges i klinisk miljö.^{3,84,91}

Allmänt kan sägas att den empiriska litteraturen visat att psykologisk behandling är verksamt vid depression.^{3,22,23,83,88,95,96} Om man däremot jämför med den andra stora gruppen bland internaliserande störningar, nämligen ångeststörningar, är evidensen **inte** lika entydig för depressionsbehandling.

Det finns påtagliga brister i depressionsforskningen för barn och ungdomar. De kontrollerade studierna är jämförelsevis få och oftast för små för att kunna påvisa kliniskt relevanta skillnader eller avgöra om en behandling är verksamt. Dessutom saknas oberoende replikationsstudier.^{3,29,88,89} Utifrån de fåtal kliniska studier som finns är det svårt att uttala sig om behandling av de svåraste fallen.⁸³ En ytterligare svaghet gäller avsaknaden av systematiska bedömningar av vilken betydelse komorbiditet har för behandlingsutfall.⁸⁸ Forskningen har huvudsakligen fokuserat på symtomreduktion och mindre på hur behandlingen påverkar funktionsnivå, akademiskt-, socialt- och familjefungerande.^{88,89} De flesta studierna av psykoterapeutisk behandling vid depression saknar aktiva kontrollbetingelser.²⁹

Både psykoterapeutiska och farmakologiska behandlingsstudier vid egentlig depression kompliceras av en relativt hög placebo eller ospecifik behandlingsrespons, beräknad till uppskattningsvis 30 % eller mer i flera studier.^{29,90} Det finns vid depression en stor och kliniskt meningsfull effekt vid icke-specifika aspekter av behandling.

SBU:s slutsats av den systematiska granskningen av den empiriska litteraturen³ är följande:

”Vid behandling av barn och ungdom finns ett måttligt stöd för effekt av kognitiv beteendeterapi och för interpersonell psykoterapi” (sid. 40)... ”Vid behandling av lindringa och måttliga egentliga depressioner är den observerade effekten av såväl läkemedel som psykoterapi mer hänförlig till sjukdomens naturlförlopp, det kliniska stödet och omhändertagandet, inklusive kvaliteten på den terapeutiska relationen, än till specifika egenskaper i behandlingarna.” (sid. 40-41)

Även övriga metaanalyser och systematiska genomgångar finner stöd för att KBT och interpersonell psykoterapi (IPT) har viss effekt vid behandling av barn och ungdomar med depression. Men om man beaktar den stora placebo-, förväntans- eller icke-specifika behandlingseffekten vid egentlig depression måste nog tolkningen av resultaten från studier som jämför psykoterapi med väntelista eller ”treatment as usual” betraktas som mindre säkerställda bevis för specifik verkan.²⁹

I den senaste metaanalysen, som genomfördes av Weisz och medarbetare 2006, fann man en ”effect size” som låg under vad tidigare studier visat. Metaanalysen visade dessutom att olika former av kognitiva behandlingar inte var bättre än icke-

kognitiva tillvägagångssätt. Ett års uppföljningar visade inga hållbara behandlingseffekter.⁸⁴

De flesta psykologiska studierna gällande depressionsbehandling har fokuserat på lindrig och måttlig depression. Vid svårare fall av depression behövs oftast komplement till psykologisk behandling. Detta visade en stor studie i USA, "Treatment for Adolescents With Depression Study" (TADS)^{97,98}, där 439 ungdomar ingick. Man fann att en kombination av fluoxetin och KBT var signifikant bättre än placebo. Enbart fluoxetin var signifikant bättre än enbart KBT för gruppen med svår depression. Enbart KBT var inte signifikant bättre än placebo för denna grupp.

Rekommendation

Sammantaget finns **viss evidens** för kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT) för ungdomar med lindrig och måttlig depression. Detta är således de terapiinriktningar som rekommenderas för närvarande trots att det kvarstår många frågetecken beträffande depressionsbehandling för barn och ungdomar. För små barn finns för få studier för att överhuvudtaget kunna uttala sig om evidens. Man vet däremot att psykologiskt stöd, stressreduktion samt kvaliteten på den terapeutiska relationen är viktiga inslag i behandlingen.

Psykoterapeutisk behandling

Familjeterapi

Familjeterapeutisk behandling är som regel problemorienterad, salutogent inriktad och tidsbegränsad. Syftet är att hjälpa familjen att komma tillrätta med dysfunktionella samspelsmönster så att problem kan lösas, hinder för utveckling undanröjas och resurser frigöras för barnets/ungdomens fortsatta utveckling och välbefinnande.⁹⁹ Familjebaserade interventioner inriktas mot att minska de interaktioner mellan familjemedlemmarna som bidrar till psykiatrisk problematik hos barn och ungdomar och att öka de interaktioner som skyddar mot sådan problematik.⁴⁹

Man tenderar alltmer att lämna en strikt tolkning av systemisk teori där en individs psykologiska eller biologiska bidrag till psykopatologi förminskas. Nutida synsätt präglas snarare av transaktionella och multidimensionella synsätt. Biologiska faktorer och familjära/sociala/ekologiska faktorer betraktas som interaktiva. Familjedysfunktion kan vara en reaktion på ett barns biologiska sårbarhet och familjestress kan föregå utveckling av problem hos barnet.⁴⁹

Familjearbete/-terapi har traditionellt sätt starkare evidens när det gäller externaliserande störningar. Internaliserande störningar är ett senare forskningsområde^{47,100,101,102} och få familjebaserade behandlingar har vetenskapligt prövats vid depression.⁹⁵ Fler studier behövs således innan slutsatser kan dras om effekten av sådan behandling.⁴⁹ Det finns dock en pilotstudie publicerad, där man med lovande resultat utvecklat och prövat anknytningsbaserad familjeterapi för ungdomar med depression.¹⁰¹

Rekommendation

Eftersom konflikter mellan förälder och barn både utgör en riskfaktor för att utveckla depression och predicerar dåligt behandlingsutfall liksom återfall, är de flesta överens om att det ändå är motiverat att inkludera en föräldra- och familjekomponent i depressionsbehandling.⁸⁸

Psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi kan ske i form av lekterapi för barn eller samtalsterapi när det gäller ungdomar. Relationen till terapeuten och relationens utveckling är det huvudsakliga verktyget för förändring. Genom att explicit arbeta med relationen utvecklas barnets/ungdomens inre föreställningar om sig själv och andra. Innan terapin påbörjas görs bedömning av barnets/ungdomens och föräldrarnas möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen samt de yttre förutsättningarna för kontakten. Parallellt med terapin har också föräldrarna behandlingskontakt, bortsett från en del fall med äldre tonåringar. Man eftersträvar dock alltid att föräldrarna är införstådda med behandlingen även om de inte deltar.

Ett psykodynamiskt tillvägagångssätt kan vara användbart i behandlingen av depression men kontrollerade studier saknas ännu. Det finns en studie avseende tidsbegränsad psykodynamisk terapi för barn med internaliserande störningar, depression eller ångest.^{103,104} En fördel med den undersökningen är att den gäller yngre barn (6-10 år), vilket saknas i depressionslitteraturen i övrigt. Man fann förbättringar, mätt med C-GAS och CBCL, jämfört med kontrollgrupp. Effekten på CBCL höll i sig vid en tvåårig uppföljning. Studien är också värdefull då långtidsuppföljningar generellt saknas. Den är dock ingen randomiserad kontrollerad studie (RCT). Det finns ytterligare en studie gällande psykodynamisk korttidsterapi för barn och ungdomar med depression, där man funnit en förbättring vid före och efter mätning.¹⁰⁵ Det pågår en europeisk multicenterstudie gällande psykodynamisk behandling av depression hos barn i Grekland, England och Finland. Preliminära fynd visar lovande resultat för förpubertala barn med depression. Resultaten finns dock ännu inte att tillgå.¹⁰⁶

Generellt sätt har intresset ökat för kortare psykodynamiskt orienterade terapier med tydligt fokus på relationsproblem. Interpersonell psykoterapi är ett exempel på denna utveckling.

Interpersonell psykoterapi (IPT)

Terapiformen bygger på psykodynamiska modeller men är starkt fokuserad och tillhandahåller en tydlig manual, vilket gör att den lämpar sig väl för utvärdering. IPT är en korttidspsykoterapi som utvecklades för vuxna med depression. Fokus i behandlingen ligger på individens sociala relationer och relationernas nuvarande status. Problemområden som avhandlas i är: (a) sorg, (b) interpersonella konflikter, (c) rollförändringar och (d) interpersonella brister. Huvudmålen i är att minska förekomst av depressiva symtom och förbättra interpersonellt fungerande. IPT har anpassats för ungdomar och har studerats i både öppna och kontrollerade studier för ungdomar med depression.^{107,108,109,110} Man har funnit signifikant större akut-

effekt av IPT jämfört med kontrollgrupp.³ Således finns i nuläget **viss evidens** för interpersonell psykoterapi vid behandling av depression hos ungdomar.

Kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi (KBT)

I den anglosaxiska litteraturen där de flesta depressionsstudier finns redovisade görs ingen åtskillnad mellan kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi.

KBT för depression hos ungdomar är en färdighetsbaserad behandling som bygger på antagandet att depression antingen orsakas eller vidmakthålls av det sätt på vilket man uppfattar situationer och händelser i kombination med vissa färdighetsbrister. Sådana beteendemässiga och kognitiva färdighetsbrister kan exempelvis vara lågt engagemang i trevliga sociala aktiviteter, bristande problemlösnings- och självhävande färdigheter, kognitiva förvrängningar med negativ bias i hur situationer uppfattas, negativa automatiska tankar, negativ syn på sig själv och framtiden.⁸⁸

Flertalet studier avseende depressionsbehandling för ungdomar innehåller KBT.^{92,97,100,107,111,112,113,114,115,116,117,118,119,120,121,122,123}

Behandling med olika varianter av KBT har generellt visat signifikant större effekt än för kontrollgrupper utan behandling eller på väntelista. Terapimetoden har visat sig ha **viss evidens**. Vid långtidsuppföljning har dock ingen studie påvisat någon signifikant skillnad mellan KBT och annan aktiv intervention. I SBU-rapporten³ hävdas att:

”Genomgående visar uppföljningsstudier att en stor andel av de barn och ungdomar som förbättrats eller återstälts av akutbehandlingen har fått återfall och behövt ytterligare behandling med psykoterapi eller antidepressiva läkemedel. Den skyddande effekt som en framgångsrik kognitiv beteendeterapi visats ha hos vuxna har inte uppnåtts bland unga.” (sid. 132)

Enstaka behandlingsmetoder erbjuds sällan patienter i den kliniska vardagen. Snarare är det en kombination av behandlingar som speglar den praktiska verkligheten och utgör ett biopsykosocialt förhållningssätt till behandling. Sådan kombination av behandlingar kan t.ex. vara familjebehandling som riktar sig mot relationer, kognitiv terapi som fokuserar på kognitiva processer och depressivt beteende samt medicin som riktar in sig på biologiska processer. Det behövs mer forskning på hur olika behandlingar bör kombineras.⁴⁹

Faser i behandlingen

Depressionsbehandling kan indelas i tre faser¹²⁴:

1. Akut fas. I den akuta behandlingsfasen fokuseras på de stressorer som ledde fram till depressionsepisoden, behandling av de negativa konsekvenserna av depressionsepisoden (bl.a. bristande fungerande i skolan, bristande socialt- och familjesamspel) samt symtomreduktion. Målsättningen i den akuta fasen är klinisk respons och minskning av symtom.

2. Fortsättningsfas. I början av den mer långsiktiga behandlingsfasen är målsättningen att konsolidera antidepressiva responser för att förhindrar att symtomen återkommer.
3. Underhållsfas. Syftet med underhållsterapi är att förhindra återfall hos individer som har tillfrisknat från en depressionsepisod.

Huvuddelen av de behandlingsstudier som genomförts på barn och ungdomar har fokuserat på den akuta fasen och mindre är känt om framförallt underhållsfas för barn och ungdomar med depression.

Fortsättningsbehandling och underhållsterapi

Målet vid långsiktiga behandlingar är att befästa minskningen av symtom, minska risken för återfall och minska svårighetsgraden av påföljande depressionsepisoder.

Forskningen på hur återfall hos barn och ungdomar kan förhindras är begränsad. De flesta depressionsstudier fokuserar på behandling i den akuta fasen och långtidsuppföljningar saknas. Detta till trots är de kliniska argumenten för att försöka förhindra återfall genom fortsättnings- och underhållsterapi starka.

Återfallsfrekvensen för depression hos barn och ungdomar är lika hög eller till och med högre än för vuxna. Återfall har rapporterats hos 54-72 % av deprimerade barn och ungdomar som följts under 3-8 år. En betydande andel av återfallen, uppskattningsvis 40 %, inträffar under de sex månader upp till ett år som följer på avslutning av den akuta behandlingen. Långa och upprepade depressionsepisoder kan öka risken för framtida episoder.^{58,59} Den höga återfallsrisken är således en faktor som särskilt bör beaktas när man gör upp en behandlingsplan.^{2,12,29,37,38,124}

Det finns inga tydliga data kring vilka barn och ungdomar som behöver underhållsterapi. Barn och ungdomar som har haft flera depressionsepisoder och/eller en förlängd depression behöver behandling över längre tid och behöver i optimala fall vara symtomfria under ca 1-2 år.¹²⁴ Generellt kan sägas att komorbiditet^{116,117,125}, svår depression, låg funktionsnivå⁴⁷, förälders depression^{113,126} samt konflikt mellan föräldrar och barn⁴⁷ har visat sig försvåra ett lyckat behandlingsutfall.

Manualer

Flertalet av de utvärderade psykosociala behandlingar som har refererats till bygger på manualiserad behandling. Den mest använda gruppbehandlingen är ”Adolescent Coping with Depression Course” (CWDC-A).¹¹² Manualen finns översatt till svenska (var god se sid. 45). Den engelskspråkiga versionen kan fritt laddas ner från nätet.¹²⁷

Farmakologisk behandling

Psykofarmakabehandling av barn och ungdomar förutsätter såväl god medicinsk som barnpsykiatrisk kunskap och erfarenhet. Vid behandling krävs dessutom tät, kontinuerlig uppföljning med avseende på verkan och eventuella biverkningar. Psykofarmaka ges inte som enda behandling utan kombineras alltid med någon

form av psykoterapeutiska familjesamtal och/eller individuella samtal. Trots att tricykliska antidepressiva (TCA) läkemedel från 60-talet och framåt ansågs effektiva vid depression finns inga RCT på ungdomar som visar bättre effekt av TCA än placebo. I Sverige är inte något av de nya SSRI-läkemedlen godkänt för depressionsbehandling av barn och ungdomar under 18 år.⁷² Fluoxetin är godkänt för behandling av egentlig depression hos barn och ungdomar i USA och sedan juni 2006 i Europa.

För SSRI och nyare antidepressiva har en ökad förekomst av självmordsbeteende och självdestruktivt beteende rapporterats. I strävandena att få en bättre inblick i sideeffekterna vid SSRI begärde amerikanska "Food and Drug Administration" (FDA) och europeiska "European Development Assistance" (EMDA) fram "råmaterialet" från alla RCT som gjorts, både publicerade och opublicerade. I dessa kliniska prövningar rör det sig oftast om en incidens på mindre än fem procent och en riskökning jämfört med placebo på 1-2 procentenheter. Inga fullbordade suicid har rapporterats i de placebokontrollerade studierna. I en nyligen publicerad studie i USA¹²⁸ fann man att ungdomar som behandlats med antidepressiva efter att ha vårdats i slutenvård pga. depression i högre grad gjorde suicidförsök än de som ej fått läkemedel, odds ratio var 1,52. Skillnaden var dock störst för tricykliska antidepressiva (TCA); för individer som fått fluoxetin förelåg ingen skillnad. Författarna påpekar själva att de ungdomar som fick farmaka sannolikt hade svårare depression. Någon skillnad i suicidförsök sågs dock inte hos vuxna. Studien understryker vikten av noggrann uppföljning av behandling med antidepressiva hos barn och ungdomar.

Depressiv episod, svår, med eller utan psykotiska symtom

Vid svåra depressiva tillstånd som medför allvarlig funktionsnedsättning skall medicineringsmedel med SSRI övervägas. Behandlingen bör inledas och skötas av specialist i barn- och ungdomspsykiatri. Farmakologisk behandling är indicerad vid svår aptit-, sömn- och koncentrationspåverkan, hämning/rastlöshet, minskad energi, uttalad lustlöshet, trötthet och aggressivitet, liksom när barnet/tonåringen inte klarar att gå till skolan, drar sig undan kamrater och familj, isolerar sig, slutar med intressen, uttalar hopplöshet och självmordstankar.

Efter det att SSRI blev tillgängliga har flera RCT publicerats som visat måttlig men ändå god effekt av SSRI (fluoxetin, sertralin, paroxetin och citalopram). Bland antidepressiva farmaka har fluoxetin den mest övertygande kliniska dokumentationen med effekt utöver placebo visad i tre oberoende korttidsstudier.^{129,130,131} Vid behandling med fluoxetin påbörjas behandlingen vanligen med 10 mg som sedan ökas var 3-7:e dag beroende på patientens tålighet för biverkningar, stöd i familjen etc. Effekten sätter in efter ca 2-3 veckor på fulldos, vanligen 20-50 mg per dag. Dygnsdosen kan, pga. fluoxetinetns långa halveringstid, tas som endos.

Det är lämpligt med ett återbesök inom 7-10 dagar efter att behandlingen inletts. Allmänt gäller att läkaren bör vara väl tillgänglig för patient och anhöriga. Patienten bör följas regelbundet beträffande såväl depressionssymtomens svårighetsgrad som biverkningar. Särskilt bör eventuell ångest, rastlöshet och aggressivitet, lik-

som sömnstörningar och förstärkta självmordstankar uppmärksammas under de första veckornas läkemedelsbehandling. Man bör även vara uppmärksam på att behandling med antidepressiva kan utlösa en mani hos dem som har en bipolär sjukdomsdisposition. Detta är vanligare när depression debuterar i låg ålder.

Före och under behandling bör tillväxt och pubertetsutveckling (längd, vikt, pubertetsstadium enligt Tanner, inklusive testikelstorlek respektive menstruationer) registreras. Vid psykofarmakabehandling skall man, liksom vid all läkemedelsbehandling, vara uppmärksam på förekomst av interaktioner, inte bara när det gäller förskrivna läkemedel inklusive p-piller utan också naturläkemedel, alkohol, narkotika och tobak.

Behandlingstiden skall normalt överstiga den ”längd” en egentlig depression brukar vara (ca 9 månader) och utsättning bör inte göras under höst- och vinterhalvåret, men doseringen kan reduceras till en underhållsdos (ofta ca 20-30 mg). Behandlingen bör kombineras med KBT, dels för att detta reducerar den ökade suicidrisken under de första behandlingsveckorna, dels för att den enda ”efficiency” studien som gjorts⁹⁸ indikerar en förstärkt effekt av fluoxetinbehandling vid samtidig KBT. Noggrann kontroll varje vecka behövs initialt pga. risk för ökad suicidalitet. Familjestöd är nödvändigt vid all depressionsbehandling men är inte formellt utvärderad med avseende på depressiviteten. Koncentrationsbestämning bör göras efter en månad samt vid utebliven terapeutisk effekt eller kvarstående biverkningar.

Dokumentationen av de antidepressiva läkemedlens effekt för barn- och ungdomar består av korttidsstudier.^{129,130,132} Kunskap saknas om hur länge den unga patienten, som svarat på behandling och blivit stabilt symtomfri, bör fortsätta sin behandling. Risken för återfall är stor men tillfredsställande dokumentation rörande profylaktisk långtidsbehandling saknas. Försiktiga första belägg för effekt av underhållsdos när det gäller att minska risk för återfall har dock rapporterats nyligen.¹³¹ Effekt och biverkningar av depressionsbehandling (antidepressiva läkemedel/psykoterapi) bör om möjligt följas inom ramen för ett nationellt kvalitetsregister.

Utsättning måste göras successivt under 6-12 veckor för att förhindra s.k. utsättningsfenomen som t.ex. huvudvärk, illamående, yrsel, parestesier samt symtom som kan likna depressionssymtom. Risken för utsättningsfenomen anses vara något större hos barn och ungdomar än hos vuxna men tycks vara mindre för vissa substanser med lång halveringstid, t.ex. fluoxetin.

Risk med åtgärd

Risk med psykofarmakabehandling bedöms som liten. Biverkningar av SSRI såsom aktivering/disinhibition kan framförallt hos ungdomar leda till ökad suicidalitet och kan hos barn leda till utagerande och delvis för individen riskabla beteenden. I enstaka fall kan man också få allmänt försämrad motivation.

ECT

Vid svår och/eller terapiresistent depression eller manisk episod kan elektrokonvulsiv behandling (ECT) komma ifråga. ECT har inte prövats i RCT men det finns många fallbeskrivningar och öppna studier. Dessa har granskats i en metaanalys

som indikerar att ECT är en både effektiv och säker behandlingsmetod. Effektstorleken låg väl i linje med den man sett i vuxenstudier. Effekten sätter in efter att en till flera ECT givits och resultaten är stabila om en full serie genomförs. Ca 75 % av patienterna anges ha god eller mycket god effekt vid depression. Vid mani har upptill 80 % angetts ha god eller mycket god effekt. AACAP har nyligen angivit riktlinjer för användning av ECT.¹³³ Den antidepressiva effekten är snabbare och kraftigare än vid behandling med antidepressiva, 90 % av djupa depressioner svarar. ECT används sällan inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige. Det finns sannolikt flera skäl för detta, t.ex. bristande kunskap om behandlingens effektivitet och obefogad rädsla för biverkningar och restillstånd. Risken med åtgärd bedöms som liten. Biverkningar, framförallt minnesproblem, har varit milda.

Depressiv episod, lindrig-måttlig

Vid medelsvår depression hos barn från 8 års ålder samt ungdomar, där det föreligger psykomotorisk hämning, sömnproblem, aptitpåverkan och/eller uttalad anhedoni (minskat intresse eller glädje för nästan allt), kan tillägg med farmaka vara motiverad om inte psykosociala interventioner givit tecken på förbättring efter 6-8 veckor.

Vid lindrig depression är läkemedelsbehandling inte indicerad. Vid behov av behandling ges psykosocial intervention.

För barn under åtta år finns inte indikation för läkemedelsbehandling då vetenskapligt stöd saknas.

Prevention

Definitionen av prevention i detta avsnitt följer Cochrane Collaboration. Som prevention betraktas de interventioner som sätts in innan en klinisk störning har diagnostiserats. Prevention kan vara universell, där interventionen erbjuds hela populationer oavsett risk, eller så kan den vara riktad till en utvald riskpopulation. Riktad prevention kan innefatta både selektiva interventioner som fokuserar på populationer med riskfaktorer, t.ex. en familjehistoria av depression, och indikerade interventioner riktade till populationer som uppvisar tecken på begynnande störning.

Det finns ett stort intresse för att utveckla program som syftar till att förhindra debut av depression, varav flertalet studier har publicerats under det senaste decenniet. Cochrane Library publicerade 2004 en sammanställning över psykologiska och/eller pedagogiska preventionsbehandlingar för depression hos barn och ungdomar.¹³⁴ De flesta studier som publicerats bygger på KBT-tekniker och interventionerna har erbjudits i gruppsammanhang. Cochranerapportens slutsats är att det behövs ytterligare studier då bevisläget än så länge är otillräckligt. Framförallt saknas en aktiv kontrollbetingelse, vilket är särskilt viktigt i depressionsstudier då placeboeffekten är hög.

Clarke och medarbetare¹³⁵ är den grupp som fått bäst resultat av psykologiska preventionsprogram. De använde en förkortad version av ”The Adolescent Coping

with Depression Course” (CWDC-A) för ungdomar som hade subkliniska depressiva symtom och vars föräldrar behandlades för depression.

Kowalenko och medarbetare¹³⁶ genomförde en skolbaserade RCT med programmet ”Adolescents Coping With Emotions” (ACE) för flickor som hade bedömts ha risk för att utveckla depression. Man fann efter programmet både en minskning av depressiva symtom hos flickorna och signifikant förbättrade copingfärdigheter.

Beardslee et al⁴⁴ har studerat preventiva insatser i form av familjebaserad intervention för barn till deprimerade föräldrar. De fann efter insats en signifikant minskning av riskfaktorer och ökning av skyddsfaktorer hos familjer där en förälder hade en psykisk sjukdom.

Ytterligare ett exempel på internationella preventionsprogram är ”Act and Adapt” utarbetat av Weisz och kollegor.^{137,138}

Utvärdering av behandling

Efter det att behandling har påbörjats är det viktigt att behandlingseffekten regelbundet utvärderas, förslagsvis med hjälp av kliniker-, föräldra- och självskattningar. (Var god se rekommendationer gällande utredning sid. 25ff.) Det är viktigt att få till en systematisk bedömning av förändringar i kärnsymtom och funktionsnivå för att avgöra om behandlingen skall fortsätta, intensifieras, förändras eller avslutas. Det finns dock än så länge få riktlinjer gällande detta område.⁶⁵

Sammanfattande riktlinjer för behandling

- Inkludera föräldrarna i behandlingen utifrån det helhetstänkande som bör prägla barn- och ungdomspsykiatrin.
- Behandlingsarbetet behöver vara multimodalt.
- Inled behandlingskontakten med en kortare icke-specifik stödintervention. Forskning har visat att en tredjedel av de med lättare och måttlig depression blir bättre redan efter en kortare stödjande kontakt.¹² Dessa stödjande insatser kan innehålla stöd, psykopedagogiska inslag och stressreduktion.
- Trots att evidensen inte är lika entydig vid depression som vid ångeststörningar är det i nuläget kognitiv (beteende)terapi och interpersonell terapi som rekommenderas för ungdomar med lindrig och måttlig depression.
- Det är viktigt att fokusera på och utveckla interventioner som specifikt riktar sig till de ungdomar som löper risk för återfall.
- Fokusera på prevention, t.ex. intensiv behandling av ångeststörningar för att förhindra progression till depression.
- Försök hålla kvar ungdomar i behandling under rekommenderad tid.
- Utvärdera behandlingen kontinuerligt, förslagsvis med hjälp av självskattningsformulär.

- Betona de psykopedagogiska inslagen för föräldrar och ungdomar. Klinisk erfarenhet har visat att tidiga avhopp från behandlingen minskas drastiskt om behandlingen innehåller psykopedagogiska inslag.²
- Beakta komorbiditet, liksom problematik utöver depressionen. Ungdomar med komorbiditet, beteendeproblem och familjeproblem utöver depressionen behöver ofta en multimodal insats som riktar sig såväl mot depressionssymtomen som mot övriga problem.¹³⁹
- Beakta föräldrarnas psykiska hälsa. Det har visat sig att ungdomar som har en deprimerad förälder löper större risk att drabbas av depression och att ungdomar med en deprimerad förälder i mindre utsträckning tillgodogör sig depressionsbehandling.^{2,25,47} Med anledning av detta behöver de som behandlar deprimerade barn och ungdomar lägga större vikt vid att identifiera eventuell depression hos föräldrarna och hjälpa föräldrar till egen behandling.
- Förhindra återfall genom fortsättnings- och underhållsterapi. Med tanke på den höga återfallsfrekvensen för depression hos ungdomar^{2,12} förfaller det vara viktigt att begreppet underhållspsykoterapi förs in i den kliniska verksamheten.

Själv mord

Trots att självmord och självmordsförsök inte är något specifikt för depression vet man att en stor andel (80-90 %) av de ungdomar som gjort suicidförsök under samma år haft en pågående egentlig depressionsepisod eller dystymi.³ För flickor är den mest signifikanta riskfaktorn för suicid egentlig depression.⁴⁰ Med anledning av detta inkluderas rekommendationer gällande självmord i föreliggande vårdprogram för depression.

Det finns mycket beskrivande information beträffande suicid, mindre är dock känt om barn och ungdomar och det finns liten systematisk, evidensbaserad kunskap gällande behandling av suicidala barn och ungdomar. Det finns t.ex. få RCT som mäter olika behandlingsformers effektivitet. Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut har arbetat fram förslag till ett nationellt program för suicidprevention, vilket överlämnades till regeringen i december 2006.¹⁴⁰

Sammanfattningen och riktlinjerna som följer nedan är hämtade från "Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer"¹⁴¹ samt "Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior"¹⁴². För en mer fullständig genomgång hänvisas läsaren till de nationella riktlinjerna som fritt kan laddas ner från Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP).¹⁴³

Prevalens

En ung människas självmord är en svår förlust. Antalet självmord varierar mellan olika länder. I Europa och övriga västvärlden är självmord en av de främsta dödsorsakerna bland unga. Självmord hos unga ökade mellan 50- och 80-talen men har därefter minskat.¹⁴⁴ Det verkar som om det finns ett samband mellan användandet av SSRI, där den största ökningen skett för ungdomar, och minskningen av antalet fullbordade suicid. Det finns dock signaler om en ökning av självmordsrelaterade handlingar i den akuta fasen av antidepressiv medicinering med SSRI-preparat.²⁹

Självmord är extremt ovanligt före puberteten. Prevalensen ökar däremot under adolescensen. Varje år tar 30-40 svenska ungdomar i åldrarna 15-19 år sina liv. Fullbordade självmord är vanligare hos pojkar än hos flickor (4-5:1). Det är svårt att beräkna förekomsten av självmordstankar och självmordsförsök. I flera svenska enkätundersökningar har 7-8 % av flickorna och 3-4 % av pojkarna uppgivit att de någon gång försökt ta sitt liv.

Det finns olika förklaringar till att barn i större utsträckning är skyddade mot självmord. En förklaring är att barn saknar den kognitiva mognad som krävs för att planera en fullbordad självmordshandling. Det är också mindre vanligt att barn upplever den ihållande och genomgripande känsla av förtvivlan och hopplöshet som ofta föregår självmord.¹⁴⁵

Riskfaktorer

För effektiv prevention är det väsentligt att känna till riskfaktorer för suicid. Ungdomar som gör självmordsförsök eller begår självmord uppvisar ofta en tydlig sårbarhet och mottaglighet för stress.

Psykiatriska riskfaktorer

Den största riskfaktorn för flickor är närvaro av en egentlig depressionsepisod. Den näst viktigaste riskfaktorn är ett tidigare självmordsförsök. För pojkar är ett tidigare självmordsförsök den starkaste prediktorn, följt av depression, missbruk (alkohol eller droger) och antisocialt/utagerande stört beteende.

Psykiatrisk komorbiditet är således vanlig bland unga som tar sitt liv. Ungefär en tredjedel av de ungdomar som tar sitt liv har tidigare försök bakom sig och upp till två tredjedelar har verbalt kommunicerat sin avsikt.

Familjerelaterade och psykosociala stressorer

Stressande livshändelser föregår ofta självmord eller självmordsförsök. Förlust av en nära relation är ett exempel på sådana stressande livshändelser. Dessa utgör dock sällan i sig själva en tillräcklig orsak till självmord. Men hos ungdomar som redan har en sårbarhet i och med sitt psykiatriska tillstånd kan en stressande livshändelse påskynda ett självmordsförsök.

Kontrollerade studier har visat att låga nivåer av kommunikation mellan barn och föräldrar kan utgöra en signifikant riskfaktor, liksom en familjehistoria av självmordsbeteende samt att föräldrar varit i klammeri med rättvisan. Familjehistoria av depression och missbruk såväl som en livstid av osämja mellan föräldrar och barn har också samband med självmord i tonåren.

Självmoordsnära ungdomar har i högre grad varit utsatta för känslomässiga trauman och vuxnas konflikter än både deprimerade ungdomar och ungdomar i allmänhet. Även andra svåra livshändelser såsom mobbning, våld och incest är vanligare hos denna grupp. Kronisk psykisk ohälsa och våld inom familjen har stor betydelse för såväl den egna motståndskraften som förmågan att hantera påfrestningar senare i livet. Det finns också stöd för att social isolering och främlingskap spelar en roll vid självmord hos unga.

Kliniker bör vara medvetna om vilka tonåringar som har störst risk för senare suicid. Störst risk har pojkar i övre tonåren eller tonåringar, oavsett kön, med en samtidig psykisk störning såsom depression, mani och hypomani, framförallt när det försvåras av samtidigt missbruk, irritabilitet, agitation eller psykos. De som gjort tidigare försök och de som använt en annan metod än de metoder som betraktas som vanliga, dvs. att ta tabletter eller att skära sig, har också högre risk.

Faktorer som kan bidra till självmord

Varför självmord utgör ett alternativ för vissa ungdomar och inte för andra vet vi inte säkert. Nedan följer exempel på några av de faktorer som kan bidra till självmord.

Maladaptiva attributions- och copingstrategier

Upplevelse av hopplöshet, en negativ syn på sin egen kompetens, dåligt självförtroende och en känsla av ansvar för negativa händelser utgör attributioner som kan bidra till den hopplöshet som upprepade gånger funnits associera med suicidalitet.

Föräldrapsykopatologi

En familjehistoria av suicidalt beteende, psykopatologi hos förälder, depression och missbruk hos förälder utgör alla riskfaktorer för självmord i tonåren. Ovanstående faktorer utgör sannolikt både en genetisk sårbarhet och stress i miljön.

Socialpsykologiska faktorer

Det finns växande indikationer på att risken för suicid kan öka hos redan sårbara ungdomar om de utsätts för verkliga eller uppdiktade redogörelser av självmord som t.ex. via intensiv mediabevakning av en känd persons självmord.

Bedömning

Barn och ungdomar lämnar oftast tillförlitlig information om sitt suicidala beteende om de frågas direkt på ett icke-hotande sätt. I bedömning av suicidala patienter ingår en bedömning av det suicidala beteendet och risk för död eller upprepning, liksom en bedömning av den underliggande diagnosen och bidragande faktorer. En väsentlig del av diagnostiken måste således ägnas de psykiska sjukdomar som är förknippade med hög risk för fullbordat självmord eller upprepade självmordsförsök. Varje suicidbedömning måste ses som färskvara med mycket begränsad hållbarhetstid.

Självmoordstankar

Den huvudsakliga frågan gäller huruvida barnet eller ungdomen har begrundat eller försökt begå självmord utan någons vetskap. Följande diagnostiska frågor kan ställas:

- Har du någonsin känt dig så ledsen/upprörd att du önskat att du inte levde eller att du ville dö?
- Har du någonsin gjort någonting som du visste var så farligt att du kunde skada dig eller dö av att göra det?
- Har du någonsin försökt skada dig?
- Har du någonsin försökt ta ditt liv?
- Har du någonsin tänkt på eller försökt begå självmord?

För ytterligare exempel på lämpliga frågor att ställa, var god se självmordsstegen, bilaga 1 (sid. 56).

Ännu ett tillvägagångssätt vid bedömning av suicidal avsikt är att bedöma motiverande känslor, exempelvis en önskan att bli sedd och få uppmärksamhet, att få tillstånd en förändring i en interpersonell relation, att återförenas med en död släkting, att undvika en outhärdlig situation eller att uppnå hämnd. Om dessa motiverande känslor inte har tillfredsställts när bedömningen görs kan allvarlig suicidal avsikt kvarstå.

Självmordsförsök

Tidigare självmordsförsök är en av de starkaste prediktorerna för fortsatt suicidalitet.

- Avgör vilken metod som använts i försöket (ovanlig metod, dvs. annan metod än att skära sig eller svälja mindre antal tabletter, innebär sämre prognos).
- Uppskatta den potentiella medicinska dödligheten.
- Bedöm hur mycket planering som föregått försöket och huruvida chansen till upptäckt minimerades.
- Bedöm tillgänglighet till dödliga mediciner.

Övrigt

Utöver självmordstankar och tidigare självmordsförsök bör följande områden täckas av i bedömningen:

- utlösande påfrestningar/stressorer
- psykiatriska sjukdomar
- livsstil och allmänt hälsotillstånd
- trauma/övergrepp
- familjesituation
- socialt nätverk
- genetiska riskfaktorer
- personlighet
- skyddande/hälsobefrämjande faktorer
- funktionsförmåga.

I bedömningen är det viktigt att:

- klinikern även talar med den unge i enrum – inte enbart i närvaro av föräldern
- samsjuklighet beaktas då detta snarare är regel än undantag
- beakta andra psykiska störningar än dem man vanligen tänker på i den suicidal processen, t.ex. missbruk
- olika informationskällor används.

Skattningsskalor

Bedömningen av allvaret i ett aktuellt suicidförsök kan struktureras med hjälp av ett skattningsinstrument, exempelvis Becks ”Suicide Intention Scale” (SIS).¹⁴⁶ Självadministrerade skattningsskalor för suicid får dock inte ersätta den kliniska bedömningen.

I övrigt var god se avsnittet gällande utredning vid depression (sid. 22ff).

Prevention

Trots att en så stor andel av ungdomar som tar sitt liv har psykiska problem har långt ifrån alla fått psykiatrisk vård och en anmärkningsvärd liten andel har haft psykiatrisk behandling vid tidpunkten för självmordet. Utifrån detta är det en viktig uppgift för personal inom primärvård och skolhälsovård att upptäcka de ungdomar där risk för självmord föreligger.

Diagnostisering och behandling av förstämningssyndrom är den huvudsakliga delen i sekundär preventionsbehandling. För information gällande psykosocial och farmakologisk behandling vid depression var god se avsnitten ovan (sid. 28ff).

Huruvida en behandling av suicidala barn och ungdomar lyckas beror på ett antal faktorer, där säkerhetsaspekter är av överordnad betydelse. Behandling innefattar ofta såväl medicinska akuta insatser som sluten- och öppenvård på kort och lång sikt. Behandling i öppenvård skall användas när det inte är troligt att ungdomen kommer att agera på suicidala impulser, när det finns tillräckligt stöd i hemmet och när det finns någon som kan agera om ungdomens beteende eller sinnesstämning försämras.

Behandling

Den akuta behandlingsinsatsens främsta mål är att skydda patienten mot fortsatt suicidalt beteende. Denna insats skall sedan ligga till grund för en mer långsiktig behandlingsplanering vars målsättning är:

- att förhindra upprepning av självmordshandlingar, självdestruktiva beteenden och framtida självmord
- att behandla de bakomliggande psykiska störningarna
- att hjälpa patienten och dennes familj att fungera bättre.

Vårdplanering efter ett självmordsförsök måste bygga på ett helhetstänkande. Suicidala ungdomar och deras familjer skall erbjudas sådan psykotераpeutisk behandling som ingår i all barnpsykiatrisk vård, dvs. riktad till individ, familj och nätverk.

Det finns få empiriska studier där effekten av psykotераpi för specifik behandling och prevention av suicidalitet hos barn och ungdomar har utvärderats. Följande lyfts däremot fram i de nationella riktlinjerna:

- Upprätta en kort- och långsiktig vårdplan, vilken skall dokumenteras. Behandlingen skall vara grundad på tillgängliga evidensbaserade metoder som mins-

kar suicidalitet och bakomliggande psykisk ohälsa och kunna erbjudas till individer, familjer och nätverk.

- Det är viktigt att insatsen sker snabbt och kopplas till en aktiv uppföljning.
- Kom ihåg att denna patientgrupp är mycket heterogen och att skillnaden mellan individer med utagerande och inåtvänd problematik är stor. Barn- och ungdomspsykiatriens olika patientgrupper kan alltså behöva helt olika hjälp beroende på vilken problematik som föreligger.
- Många ungdomar behöver dessutom konkret kunskap och träning av olika färdigheter. Dit hör att lära sig hantera påfrestningar, lösa konflikter och att kommunicera bättre med andra så att välbefinnandet, funktionsnivån och den sociala anpassningen kan förbättras.
- Utveckla ett så stödjande familjeklimat som möjligt.

I övrigt var god se avsnittet gällande behandling av depression (sid. 28ff).

Uppföljning

Risken för nya suicidhandlingar är som störst under det första året efter ett självmordsförsök. En plan för behandling och uppföljning skall därför finnas under ett år efter försöket. Ungdomar som uteblir från planerade tider skall omedelbart kontaktas via telefon eller spåras upp på annat sätt för att erbjudas fortsatt behandling.

Samarbetspartners

De vårdgrannar som kan bli aktuella att samarbeta med när det gäller depression hos barn och ungdomar är framförallt primärvård, barn- och ungdomsmedicin, skola med skolhälsovård och vuxenpsykiatri. Samarbetet kan behövas både i utredningsfasen och under behandlingsarbetet.

Information till patient och anhöriga

Patient- och anhörigföreningar

I Sverige finns det ingen patient- och anhörigförening med specifikt inriktning på depression.

För självmord finns Riksorganisationen SPES – suicidprevention och efterlevandes stöd. (www.spes.nu)

På svenska BUP-föreningens hemsida finns användbara länkar. (<http://www3.svls.se/sektioner/bup/lankar.html>)

Litteraturtips

”Depressioner i tonåren – ung, trött och ledsen” av Gunilla Olsson.¹⁴⁷

”At ta sig upp när man är nere; hjälp till självhjälp vid depression” av Susan Tanner.¹⁴⁸

Konsekvenser av vårdprogrammet

- Utbildning i de behandlingsmetoder som rekommenderas vid depression och som eventuellt saknas vid mottagningarna, framförallt kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT)
- Utbildning i diagnostik enligt DSM-IV
- Utbildning i funktionsskattningsskala C-GAS, och fortsatt samträning över länet
- Information till aktuella samarbetspartners om vårdprogrammets innehåll.

Forsknings- och utvecklingsprojekt

Pågående

Den manualiserade gruppbehandlingen ”Adolescent Coping With Depression Course” (CWD-A) finns översatt till svenska och används för gruppbehandling med både ungdomar och föräldrar vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Malmö. Utvärderingar finns. Kontaktpersoner: Ulrika.N.Hansson@skane.se och Kirsten.Aberg@skane.se

En manualiserad gruppbehandling byggd på kognitiva beteendeterapeutiska principer erbjuds ungdomar med depression vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping. Varje session innehåller en videovinjett som belyser vanliga problem vid depression som sedan diskuteras i gruppen. Det finns planer på att utveckla metoden till en sekventiell behandling där den andra delen innefattar även IPT. Kontaktpersoner: Maria.Zetterqvist@lio.se och Carina.Ranius@lio.se

Socialstyrelsen har ett pågående arbete med att ta fram nationella riktlinjer gällande bedömning och behandling av depression och ångeststörningar. En särskild faktagrupp arbetar specifikt med depression och ångest hos barn och ungdomar. Kontaktperson: Gunilla.Nyren@lio.se

”Ungdomsstudien” är ett forskningsprojekt i samarbete mellan Stressforskningsavdelningen vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet, Barn- och ungdomspsykiatriska enheten vid Astrid Lindgrens barnsjukhus och Institutionen för psykologi vid Uppsala universitet. Syftet med ungdomsstudien är att i fas ett och två kartlägga friska respektive deprimerade tonåringar avseende livsstil, stress, psykofysiologi, metabola och hormonella faktorer samt komorbidi-

tet. Den långsiktiga målsättningen är att i fas tre implementera nya behandlingar av tonårsdepression såsom mindfulness, yoga, KBT och beteendeförändringar inriktade på bl.a. kost- och sömnvanor. Kontaktpersoner:

evahenjeblom@telia.com, eva.serlachius@sll.se, sigrid.salomonsson@sll.se

Vid Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, pågår DISA-projektet, "Depression in Swedish Adolescents". Projektet syftar till att förebygga depression och internaliserande problematik hos tonårsflickor på skolor i Stockholms läns lansting. Kontaktperson: lene.lindberg@sll.se

Önskvärda framtida projekt

Mot bakgrund av bristen på kontrollerade studier avseende behandling av depression hos barn och ungdomar framträder ett stort behov av att utvärdera olika terapiformer och behandlingsmetoder. Framförallt är litet känt i Sverige om interpersonell psykoterapi (IPT) för barn och ungdomar med depression.

Översättning av behandlingsmanualer som kan anses vara värdefulla i arbetet.

De flesta manualiserade behandlingarna kommer från andra länder, framförallt från USA. Det är inte självklart att det alltid lämpar sig att direkt överföra dessa till svenska ungdomar. Behandlingarna och metoderna kan behöva "försvenskas" och anpassas till svenska förhållanden.

Eftersom enstaka behandlingsmetoder sällan erbjuds patienter i den kliniska vardagen så behövs mer forskning på hur olika behandlingar skall kombineras, t.ex. avseende vad som bör komma först, vilka behandlingar som skall vara involverade och hur dessa överlappar eller interagerar med varandra.

Litteraturförteckning

1. Torslund G. Vårdprogram för barn och ungdomar med depression. Barn- och ungdomspsykiatri Östergötland, 2002.
2. AACAP. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37:10:63S-83S.
3. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004.
4. Larsson B. Kognitiv beteendeterapi ger goda resultat vid depression hos barn. *Läkartidningen* 2002; 16:1810-19.
5. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
6. Broberg A, Almqvist K, Tjus T. Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar. Stockholm: Natur och Kultur, 2003:131-49, 311-16.
7. Medicinska programmet Psykisk ohälsa. Del 1. Landstinget i Östergötland, 1998:63-4.
8. Medicinska programmet Psykisk ohälsa. Del 2. Landstinget i Östergötland, 1998:45-8.
9. Emminghaus H. Die psychischen Störungen des Kindesalters. In: Gerhardt C, ed. *Handbuch der Kinderkrankheiten*. Tübingen: Laupp, 1887:1-294.
10. Knorrning von A-L. Depression hos barn och ungdomar. *Nordisk Medicin* 1996; 8:271-4.
11. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.
12. Harrington R. Affective disorders. In: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and adolescent psychiatry*, 4th ed. Bath: Blackwell Publishing, 2002:463-85.
13. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av International statistical classification of diseases and related mental health problems, 10th revision (ICD-10). Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
14. Jayson D, Wood A, Kroll L et al. Which depressed patients respond to cognitive-behavioral treatment? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37:35-9.
15. Stark KD, Sander JB, Janay B. Treatment of depression in childhood and adolescence: cognitive-behavioral procedures for the individual and family. In: Kendall PC, ed. *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2000:173-234.
16. Bostic JQ, Rubin DH, Prince J et al. Treatment of depression in children and adolescents. *Journal of Psychiatric Practice* 2005; 11:141-54.
17. Luby JL, Heffelfinger A, Mrakotsky C et al. The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42:3:340-48.
18. American Psychiatric Association. Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press, 1995.
19. Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S et al. A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31:600-5.
20. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE et al. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 102:133-44.
21. Hagnell O, Lanke J, Robman B et al. Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the

- Lundby study, Sweden. *Psychological Medicine* 1982; 12:279-89.
22. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression; a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35:1427-39.
 23. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression; a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35:1575-83.
 24. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 29:4:571-80.
 25. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychology Review* 1998; 18:765-94.
 26. Olsson G. Adolescent depression, epidemiology, nosology, life stress, and social network. Doktorsavhandling. Uppsala University, 1998.
 27. Moore M, Carr A. Depression and grief. In: Carr A, ed. *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Routledge, 2000:203-232.
 28. Cyranowski J, Frank E, Young E et al. Adolescent onset of gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57:21-7.
 29. Ryan ND. Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet* 2005; 366:933-40.
 30. Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E et al. Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 years follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004; 72:2:276-87.
 31. Green Landell M. Vårdprogram för barn och ungdomar med ångestsyndrom. Barn- och ungdomspsykiatri Östergötland, 2005.
 32. Gillberg C, Billstedt E. Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta psychiatr Scand* 2000; 102:321-30.
 33. Gillberg C, Gillbeg C, Rasmussen P et al. Co-existing disorders in ADHD-implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 13:supl 1.
 34. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone RG. Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37:1134-41.
 35. Lavoie F, Hodgin S. Mental disorders among children with one parent with a lifetime diagnosis of major depression. In: Hodgins S, Lane C, Lapalme M et al, eds. *A critical review of the literature on children at risk for major affective disorders*. Ottawa: The Strategic Fund for Children's Mental Health, 1994:37-82.
 36. McCauley E, Myers K, Mitchel J et al. Depression in young people: initial presentation and clinical course. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32:714-22.
 37. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA et al. Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41:3.
 38. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M et al. Depressive disorders in childhood. II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41:7.
 39. Kovacs M. 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* 1996; 35:6:705-15.
 40. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB et al. Depressed adolescents grown up. *The*

- Journal of the American Medical Association 1999; 281:18:1707-13.
41. Frank E, Prien RF, Jarret RB et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48:851-5.
 42. Garber J, Hilsman R. Cognitions, stress, and depression in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1992; 1:129-67.
 43. Beardslee WR, Podorefsky D. Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry* 1988; 145:63-9.
 44. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ et al. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003; 112:119-31.
 45. Kaslow NJ, Brown RT, Me LL. Cognitive and behavioral correlates of childhood depression. A developmental perspective. In: Reynolds WM, Johnston HF, eds. *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Plenum Press, 1994:97-121.
 46. Sheeber L, Hops H, Davis B. Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2001; 4:1:19-35.
 47. Birmaher B, Brent DA, Kolko D et al. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57:29-36.
 48. Emslie G, Rush A, Weinberg W et al. A double-blind, randomised placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54:1031-7.
 49. Diamond G, Josephson A. Family-based treatment research: A 10-year update. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 44:872-87.
 50. Bowlby J. *Attachment and loss. Vol 1: Attachment*. New York: Basic Books, 1969.
 51. Bowlby J. *Attachment and loss. Vol 2: Separation*. New York: Basic Books, 1973.
 52. Bowlby J. *Attachment and loss. Vol 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books, 1980.
 53. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New York: Erlbaum, 1978.
 54. Main M, Goldwyn R. *Adult attachment scoring and classification system*, unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley, 1998.
 55. Ivarsson, T, Broberg GA, Gillberg C. Brief report: Depressive disorders in adolescence: an exploratory study of attachment characteristics and reflective functioning. In: Ivarsson T. *Depression and depressive symptoms in adolescence: clinical and epidemiological studies*. Doktorsavhandling, paper VI, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Göteborg University, 1998.
 56. Kobak RR, Sudler N, Gamble W. Attachment and depressive symptoms during adolescence: a developmental pathway analysis. *Development and Psychopathology* 1991; 3:461-74.
 57. Brown GW. Emotion and clinical depression: an environmental view. In: Lewis M, Haviland-Jones JM, eds. *Handbook of emotions*. 2nd ed. London and New York: Guilford Press, 2000:75-90.
 58. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry* 2001; 158:582-6.
 59. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157:1243-51.
 60. Abramson LY, Metalski GI, Alloy LB. Hopelessness depression: a theory-based

- subtype of depression. *Psychological Review* 1989; 96:358-72.
61. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale J. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 1978; 87:49-74.
 62. Seligman MEP. *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: W.H. Freeman, 1975.
 63. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc Publishers, 1987.
 64. Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino GJ et al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38:1569-79.
 65. Klein DN, Dougherrt LR, Olino T. Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2005; 34:3:412-32.
 66. Moreau DL. Major depression in childhood and adolescence. *Psychiatric Clinics of North America* 1990; 13:355-68.
 67. Angold A, Fisher PW. Interviewer-based interviews. In: Shaffer D, Lucas CP, Richters JE, eds. *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology*. New York: Guilford Press, 1999:34-62.
 68. Puig-Antich J, Chambers W. *The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (Kiddie-SADS)*. New York: New York State Psychiatric Institute, 1978.
 69. www.dsbus.com/bup/
 70. Montgomery S, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* 1979; 134:282-89.
 71. Silverman W, Nelles WB. The anxiety disorders interview schedule for children. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 1988; 27:6:772-7.
 72. Information från Läkemedelsverket 5:2005. Farmakologisk behandling av depression hos barn och ungdomar – en uppdatering av kunskapsläget – Behandlingsrekommendation. (www.lakemeldelsverket.se).
 73. Olsson G, von Knorring A-L. Beck's depression inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95:4:277-82.
 74. Larsson B, Melin L. Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85:1:17-22.
 75. www.psykologiforlaget.se
 76. Ivarsson T, Gillberg C. Depressive symptoms in Swedish adolescents: normative data using the Birlson depression self-rating scale (DSRS). *Journal of Affective Disorders* 1997; 42:1:59-68.
 77. Achenbach TM, Edelbrock CS. *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington CT: Queen City Printers, 1983.
 78. Larsson B, Frisk M. Social competence and emotional/behavioural problems in Swedish school children 6-16 years old. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 8:24-33.
 79. Broberg AG, Ekeröth K, Gustafsson PA et al. Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. Youth self report. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 10:3:186-93.
 80. Birgitta.Backlund@Psychiat.umu.se
 81. Shaffer D, Gould MS, Brasic J et al. Children's global assessment scale - C-GAS. *Psychopharmacology Bulletin* 1985; 1:747-8.
 82. Anna.Lundh@sll.se
 83. Kazdin AE, Weisz JR. Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66:19-36.
 84. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2006; 132:

- 1:132-49.
85. Michael KM, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychological Review* 2002; 22:2:247-269.
 86. Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37:1:26-34.
 87. Lewinsohn PM, Clarke GN. Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review* 1999; 19:329-42.
 88. Compton SN, March JS, Brent D et al. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 43:930-47.
 89. Compton SN, Burns BJ, Egger HL. Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology. Internalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70:1240-66.
 90. Ryan ND. Child and adolescent depression: short-term treatment effectiveness and long-term opportunities. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003; 12:1:44-53.
 91. Weisz JR, Hawley KM, Jensen Doss A. Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2004; 13:729-815.
 92. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P et al. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *British Medical Journal* 1998; 316:1559-63.
 93. www.thecochranelibrary.com
 94. Watanabe N, Churchill R, Hunot V et al. Psychotherapy for depression in children and adolescents. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art.No.:CD005334. DOI: 10.1002/14651858.CD005334.
 95. Kaslow NJ, Thompson MP. Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998; 27:146-55.
 96. Weisz JR, Weiss B, Han SS, Granger DA, Morton T. Effects of psychotherapy with children and adolescents revised: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin* 1995; 117:450-68.
 97. The treatment for adolescents with depression study (TADS) team. The treatment for adolescents with depression study (TADS): Demographic and clinical characteristics. *The Journal of American Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 44:28-40.
 98. March J, Silva S, Petrycki S et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 7:807-20.
 99. Pincus WM. Integrative problem-centered therapy. A synthesis of family, individual and biological therapies. New York: Basic Books, 1995.
 100. Brent DA, Holder D, Kolko D et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatments. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54:877-85.
 101. Diamond G, Reis B, Diamond G et al. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41:10:1190-6.
 102. Thompson MC, Pierre CB, Asarnow JR et al. Adapting a family-based treatment for depressed preadolescents. Presented at the International Society for Child and Adolescent Psychopathology, 11th Annual Conference, Sydney, Australia, June, 2003.

103. Muratori F, Picchi L, Bruni G et al. A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42:3:331-9.
104. Muratori F, Picchi L, Casella C et al. Efficacy of brief psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2002; 71:1:28-38.
105. Horn H, Geiser-Elze A, Reck C et al. Zur wirksamkeit psychodynamischer kurzzeitpsychotherapie bei kindern und jugendliche mit depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2005; 54:7:578-97.
106. Tsiantis J, Kolvin I, Anastasopoulos D et al. Psychotherapy for early adolescent depression: a comparison of two psychotherapeutic interventions in three European countries. In: Hibbs ED, Jensen PS, eds. *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice*, 2nd ed. Washington: APA, 2005:267-93.
107. Rosselló J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioural and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67:734-45.
108. Mufson L, Pollack K, Wickramaratne P et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61:577-84.
109. Mufson L, Weissman MM, Moreau D et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56:573-9.
110. Mufson L, Fairbanks J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: a one-year naturalistic follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35:1145-55.
111. Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM et al. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38:3:272-9.
112. Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H et al. Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy* 1990; 21:385-401.
113. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F et al. Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41:305-13.
114. Kahn JS, Kehle TJ, Jenson WR et al. Comparison of cognitive-behavioral relaxation and self modelling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review* 1990; 19:196-211.
115. Liddle B, Spence SH. Cognitive-behaviour therapy with depressed primary school children: a cautionary note. *Behavioral Psychotherapy* 1990; 18:85-102.
116. Vostanis P, Feehan C, Grattan E et al. A randomised controlled out-patient trial of cognitive behavioural treatment for children and adolescence with depression: 9-month follow-up. *Journal of Affective Disorders* 1996; 40:106-16.
117. Vostanis P, Feehan C, Grattan E et al. Treatment for children and adolescence with depression: lessons from a controlled trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1996; 1:199-212.
118. Wood A, Harrington R, Moore A. Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Clinical Child Psychology* 1996; 37:737-46.
119. Weisz JR, Thurber CA, Sweeney L et al. Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary controlled enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65:703-7.
120. Asarnow JR, Scott CV, Mintz J. A combined cognitive-behavioral family education intervention for depression in children: a treatment development study. *Cognitive Therapy Research* 2002; 26:221-9.
121. Ackerson J, Scogin F, McKendree-Smith N, Lyman RD. Cognitive bibliotherapy

- for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* 1998; 66:685-90.
122. 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, 15:91-113.
 123. Gilham JE, Reivich KJ, Jaycox LH, Seligman ME. Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science* 1995; 6:343-351.
 124. Emslie GJ, Mayes TL, Ruberu M. Continuation and maintenance therapy of early-onset major depressive disorder. *Pediatric Drug*, 2005; 7:4:203-17.
 125. Vostanis P, Feehan C, Grattan E. Two year outcome for children treated for depression. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 7:12-8.
 126. Brent DA, Kolko D, Birmaher B. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37:906-14.
 127. [Center for Health Research 2002](#)
 128. Olfson M, Marcus SC, Shaffer D. Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults: a case-control study. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63:865-872.
 129. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA et al. Fluoxetine in child and adolescent depression: acute and maintenance treatment. *Depress. Anxiety* 1998; 7:1:32-9.
 130. Emslie GJ, Heiligenstein JH, Wagner KD et al. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41:10:1205-15.
 131. Emslie GJ, Heiligenstein JH, Hoog SL et al. Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 43:11:1397-1405.
 132. Graham J, Emslie JR, Warren A et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54:11:1031-7.
 133. Ghaziuddin N, Kutcher SP, Knapp P. Summary of the practice parameter for the use of electroconvulsive therapy with adolescents. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 43:1:119-22.
 134. Merry S, McDowell H, Hetrick S et al. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2. Art. No.: CD003380. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub2.
 135. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58:1127-34.
 136. Kowalenko N, Rapee RM, Simmons J et al. Short-term effectiveness of a school-based early intervention program for adolescent depression. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2005; 10:493-507.
 137. Polo A, Connor-Smith JK, Jensen AL, Weisz JR. *Youth Workbook: Act & Adapt PASCET Program*. Los Angeles: University of California, 2002.
 138. Connor-Smith JK, Polo A, Jensen AL, Weisz JR. *Leader's Manual: Act & Adapt PASCET Program*. Los Angeles: University of California, 2002.
 139. Brent DA, Kolko D, Birmaher B et al. A clinical trial for adolescent depression: predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38:263-70.
 140. www.sos.se
 141. Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk

- ohälsa (NASP). Svenska barn- och ungdomspsykiatriska föreningen.
Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och
socialpediatrisk forskning. (www.slf.se)
142. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40:7:24S-51S.
 143. www.ki.se/suicide
 144. Ohberg A, Lonnqvist J, Sarna S et al. Violent methods associated with high suicide mortality among the young. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35:2:144-53.
 145. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide. Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatric Drugs* 2003; 5:4:243-265.
 146. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for Suicide ideation. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* 1979; 47:2:343-52.
 147. Olsson G. Depressioner i tonåren – ung, trött och ledsen. Stockholm: Gothia, 2005.
 148. Tanner S. Att ta sig upp när man är nere; hjälp till självhjälp vid depression. Stockholm: Natur och Kultur, 1998.

Vårdprogrammets process

Medarbetare i vårdprogrammet

Huvudredaktör: Marianne Helgesson, fil lic, leg psykolog, leg psykoterapeut, spec. i klinisk psykologi, BUP-klin NSC

Huvudförfattare: Maria Zetterqvist-Carlsson, leg psykolog, leg psykoterapeut, BUP-klin NSC

Författare till det farmakologiska avsnittet:

Per Gustafsson, docent i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, BUP-klin NSC

Referensgrupp: Inga Ericson, leg psykolog, leg psykoterapeut, Motala BUP ab
Märike Peebo, spec. i barn- och ungdomspsykiatri, BUP Mjölby NSV
Lars Widén, socionom, leg psykoterapeut, Barntraumateamet NSÖ

Arbetsgång

1998-04-15 Planeringsmöte för fastställande av tidsplan och arbetsgång
1999-04-23 Seminarium med inbjudan till all BUP-personal i Östergötland
1999-05-03 Möte med författare till samtliga pågående vårdprogram
1999-10-08 Seminarium för presentation och diskussion av en preliminär version av vårdprogrammet. Inbjudan till all BUP-personal i Östergötland.
2000-04-06 Möte med referensgrupp
2000-06-08 Möte med referensgrupp
2000-10-13 Möte med referensgrupp
2002-06-17 Vårdprogrammet skickas på remiss till samtliga BUP-mott i länet.
2002-09-15 Deadline för remissvar
2002-12-12 Vårdprogrammet skickas efter justeringar till verksamhetscheferna för slutgiltigt godkännande.
2005-12-08 Revidering av vårdprogrammet påbörjas av ny huvudförfattare.
2006-08-24 Möte med referensgrupp
2006-10-27 Vårdprogrammet skickas på remiss till samtliga BUP-mott i länet.
2006-12-18 Seminarium för presentation och diskussion av en preliminär version av vårdprogrammet. Inbjudan till all BUP-personal i Östergötland.
2007-01-30 Vårdprogrammet skickas efter justeringar till verksamhetscheferna för slutgiltigt godkännande.

Litteratursökning

Sökning har, senast i april 2006, gjorts i följande register: The Cochrane Library, PubMed, Medline samt PsycINFO med sökorden "depression", "child", "adolescent", "treatment", "psychotherapy", "cognitive behavioral therapy", "cognitive therapy", "family therapy", "family based interventions", "psychoanalysis", "psychodynamic therapy". Dessutom har ytterligare litteratur sökts via referenslistor i redan påträffad litteratur och via kollegor.

Revidering

Ansvar för uppföljning åvilar huvudförfattaren som följer kunskapsutvecklingen inom fältet och ombesörjer uppdatering av vårdprogrammet vid behov. En allmän revidering skall vara gjord senast 2009-12-31.

Kontaktperson

Leg psykolog Marianne Helgesson
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken
Närsjukvården i centrala Östergötland
marianne.helgesson@lio.se

Bilaga 1

Självmondsstegen

(efter professor Jan Beskow)

1. Nedstämdhet/hopplöshet
Är du nedstämd och ledsen ofta?
Känner du dig ”deppig” för det mesta?
Känns allting hopplöst?
Tror du att det kommer att bli bättre igen?
2. Dödstankar
Känns allting meningslöst?
Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?
3. Dödsönskan
Har du önskat att du vore död?
Skulle du vilja slippa vakna nästa morgon?
4. Självmondstankar
Har du tänkt på att göra dig själv något?
Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig?
Har du tänkt ut hur du skulle göra?
5. Självmondsönskan
Har du tänkt att du vill ta ditt liv?
Har du varit nära att försöka ta ditt liv?
Är det något som håller emot?
Finns det något som talar för att fortsätta leva?
6. Självmondsförsök
Har du tidigare gjort något självmondsförsök?
Genomförde du det du tänkte göra eller gick det inte?
Vad gjorde du? När? Var? Varför?
7. Självmondsplaner
Har du planer på att ta ditt liv?
Har du tänkt ut hur du ska göra?
Har du bestämt när du ska göra det?
8. Självmondsförberedelser
Har du gjort några förberedelser? Vilka?
Har du skaffat tabletter?
Har du vapen hemma?
Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?
9. Självmondsavsikt
Har du bestämt dig för att ta livet av dig?
När? Var? Hur?
Har du skrivit avskedsbrev?
Har du gjort dig av med saker du inte vill ska finnas kvar efter dig?
Har du sett till att träffa kompisar en sista gång?