TRANSMITTORN

Den förrädiska depressionen hos barn och ungdom


Gunilla Olsson

Referat av föredrag

Det är först under de senaste två decennierna som kunskaper om barn- och ungdomsdepressionerna vuxit fram. Tidigare associerades inte de aktuella symtombilderna till depression, utan istället till andra saker.

De diagnostiska grundkriterierna är idag desamma för barn som för vuxna. Barn däremot uttrycker sina symtom på ett annat sätt än vuxna, förklarar med dr Gunilla Olsson, Uppsala. Ett barn i förskoleåldern kan inte sätta ord på sådana saker som nedstämdhet. Det lilla barnet uppvisar främst kroppsliga symtom på sin depression. Tonåringen däremot kanske ter sig mer allmänt hängig, irriterad och utgör ett stort bekymmer för föräldrarna, utan att man för den skull associerar besvären till en depression.

Hos skolbarnet ser man en depression antingen i riktning mot aggressivitet, irritabilitet eller i självförsjunkenhet och passivitet. Även om kriterierna för depression hos barn och ungdom är desamma som för vuxna, så är det första kriteriet nedstämdhet hos unga utbytbart mot irritabilitet. Så är det inte hos vuxna. Frågar man föräldrarna så beskriver de många gånger irritabiliteten, medan tonåringarna själva i första hand berättar att de är ledsna. Ofta kan de också kännas vid irritabiliteten. Anhedoni (avsaknad av förväntan och glädje) är det andra depressionsdiagnostiska kriteriet. Det som tidigare varit lustfyllt och roligt är inte längre lustfyllt. Fritidsintressen som t ex sport och musik, som tidigare varit en tillflykt och tröst, avslutas för att det inte längre ger någon glädje.

Störd koncentration, som är nästa kriterium, bör sättas högre upp på kriterielistan än för vuxna. Det här är ett symtom som nästan alltid dyker upp hos barn och ungdomar med depression och dessutom handikappar yngre människor svårt vad gäller skolarbetet. Det fjärde kriteriet är värdelöshet eller skuld. Inte minst värdelösheten är för tonåringen lätt att beskriva. Trötthet och energibrist utgör nästa kriterium. Deprimerade tonåringar är trötta. De lider både av energibrist och av sömnbrist som gör att de

är sömniga. Vissa kan dock ha en god sömn, men samtidigt ha en mycket uttalad energibrist. I skolan blir det ingenting gjort och man har allmänt mycket svårt för att ta sig för saker.

Sömnstörningen skiljer sig ofta från den som man ser hos vuxna patienter. Den ofta typiska melankoliska sömnstörningen med ett tidigt, ångestfyllt uppvaknande ser man inte så ofta hos barn och ungdom. Det är istället betydligt vanligare att tonåringarna har insomningssvårigheter. De vänder lätt på dygnet, och vissa sover onormalt mycket. Aptitstörningar förekommer åt ena eller andra hållet. Godissug och tröstätande eller ingen aptit alls. Dödsönskningar och självmordstankar kommer efterhand i depressionen. Ju djupare depressionen är och ju längre tid den pågått desto mer av självmordstankar förekommer. Det förekommer även hos barn före puberteten.

Egentlig depression (DSM-IV)

5 symtom under minst 2 veckor

- nedstämdhet eller irritabilitet
- anhedoni
- störd koncentration o. tankeförmåga
- värdelöshet, skuldkänslor
- trötthet, energibrist
- sömnstörning
- aptitstörning
- hämning eller agitation
- dödsönskningar, självmordstankar

Prognos och behandling

Hur vanligt är då depressions-sjukdomar bland barn och ungdom, efter att kriterierna för denna patientgrupp fastställdes för ca 20 år sedan? I åter-kommande studier från västvärlden finner man före puberteten en prevalens på mellan 1 och 2 procent. I riktigt unga år drabbas pojkar lika ofta som flickor. Efter puberteten ökar flickorna påtagligt i frekvens och siffran stiger upp mot 5 procent.

Hur ser prognosen ut? Det visar sig att depressioner inte sällan återkommer. Hälften av de yngre som drabbas av depression insjuknar inom tre år i en ny depressionsepisod. Här finns också samtidigt en hög frekvens av kroppslig ohälsa. När det gäller tonåringar så har tex hälften av de med depression också återkommande besvärlig huvudvärk. Vanligt är att dessa ungdomar, som sällan söker barnpsykiatrisk hjälp, kommer till skolsköterskan på grund av kroppsliga krämpor som de gång på gång återkommer för.

Utan behandling och vård föreligger det en stor risk för beteende-störningar eller att dessa ungdomar tar till droger för att stå ut. I 25 procent av fallen, och då framför allt hos pojkar, är depression kombinerat med en beteendestörning, vilket kan leda till en asocialitet. Man vet också att dessa ungdomar kan få andra personlighetsstörningar i vuxen ålder. Depression är således ingen enkel, okomplicerad sjukdom som bara går över. Istället kan den få konsekvenser för livet.

Detta avspeglas också i den sociala prognosen med sämre yrkesutbildning, sämre karriär och sämre förmåga att bilda familj. Hur ser då behandlingen ut? Gunilla Olsson menar att vuxna deprimerade blir sjukskrivna medan tonåringar som får en depression faktiskt i värsta fall blir utskällda för att dom inte jobbar i skolan.

När depressionsdiagnosen väl fastställts är det viktigt att informera om sjukdomen och samtidigt försöka förmedla hopp inför framtiden. Likaså måste föräldrarna informeras noga. Finns det indikation för farmakologisk behandling bör remittering ske till barnpsykiatrisk klinik. SSRI utgör idag förstahandspreparatet vid behandling av barn och ungdomar med depression.

Vi vet idag att depressionsbehandling med SSRI fungerar lika bra på unga som på vuxna depressionspatienter. Som i så många andra medicinska sammanhang är det viktigt att man vid en depressionssjukdom sätter in behandling och vård i ett så tidigt skede som möjligt, inte minst för att alla allvarliga konsekvenser skall kunna undvikas.

Hur upplever barn depression?
Hur hanterar då t ex en tonåring sin depression utåt? Ledsenheten försöker man ofta dölja. Man vill vara populär bland sina kamrater och anstränger sig för att se glad ut. Däremot blir symtombilden mer påtaglig när tonåringen börjar tappa sina fritidsintressen. Koncentrations-
störningarna med svårigheter att klara studierna resulterar snabbt i en nedsättning, som är svår att dölja. Sömnstörningarna blir också ett uppenbart tecken på att allt inte står rätt till. Håglösheten och beslutsoförmågan är också symtom som inte minst föräldrarna svårligen kan undgå att notera och inte sällan irritera sig över.

När det gäller självmordstankar är det något som föräldrar skrämmande ofta inte har haft någon kännedom om. Det finns undersökningar som visar att inte ens hälften av alla föräldrar till barn och ungdomar som gjort självmordsförsök har haft någon kännedom om hur illa det varit ställt med deras barn. Även om det kanske sällan talas om det, så finns självmordstankar och självmordshandlingar även hos yngre barn.

Det är lättare att se känslouttrycken hos de yngre barnen, eftersom de inte förstår att dölja ledsenheten. Dessa barn klagar och går inte att pigga upp. Föräldrar uttrycker snart i en anklagande ton att ingenting hjälper för att få barnet på bättre humör. Föräldern tolkar in en otacksamhet istället för nedstämdhet och oförmåga att glädjas. Man kommer som förälder helt enkelt inte på tanken att detta är en

depressionssjukdom. Barn med en depression kan bli såväl passiva och tillbakadragna som agiterade, rastlösa och irritabla. Tar vi t ex en liten lågstadiekille som ideligen slåss på skolgården kan det vara svårt att skilja mellan en ADHD och depression. En koncentrationsstörd, bråkig pojke som inte lär sig något i skolan kan också ha en depression.

Ett deprimerat barn har lika ofta dödsönskningar som en deprimerad tonåring. Däremot får vi väldigt sällan verbalt veta någonting om detta. Vad man däremot kan spåra i beteendet är att dessa barn gör och utför farliga, och ibland mycket farliga saker. De kan också prata om döden på ett annat sätt än vad barn normalt gör. Ett annat viktigt inslag är det negativa tänkandet, vilket påverkar självkänslan mycket starkt. Dessa barn har en upplevelse att de är väldigt dåliga, vilket också förstärks av att de misslyckas i skolan. Nätverket med kamrater försämras också.