

# Depresjon hos barn og unge

## *Utredning og behandling*

AV INGVAR BJELLAND

Behandling av barn og unge med psykiske vansker blir ofte betraktet som en spesialist-oppgave. Til en viss grad er det rett. Men det er faktisk en god del fastlegen også kan bidra med, både i utredningen og i behandlingen, også ved depressive tilstander.



**Ingvar Bjelland**

dr. med. Spesialist i psykiatri.  
Lege i spesialisering, BUP sentrum,  
Haukeland Universitetssykehus

### Symptomer

De viktigste symptomene ved depressive lidelser er tristhet (senket stemningsleie), manglende evne til å glede seg og manglende energi/initiativ. Minst to av disse må være til stede for å kunne stille depersjonsdiagnosen. Hos barn kan tristhet være erstattet med økt irritabilitet. I tillegg har barnet vanligvis flere av følgende symptomer: Søvnproblemer, nedsatt appetitt/vekttap, tretthet fysisk og mentalt, indre uro, konsentrasjonsvansker, overdreven skyldfølelse, selvnedvurdering, håpløshet og selvmordstanker. Barn og unge kan i forbindelse med en depresjon også ha psykotiske symptomer (hallusinasjoner og vrangforestillinger).

Yngre barn har ikke fullt utviklete kognitive funksjoner for å oppfatte og uttrykke hvordan de har det, og deres følelsesmessige problemer kan derfor gi seg mer uttrykk i hode- og mageverk, rastløshet/overaktivitet/uro og irritabilitet. En

kan ellers se at bagateller blir store, uoverkommelige vansker som kan utløse sterke emosjonelle reaksjoner som raserianfall eller gråt.

Hos ungdommer kan også ulike somatiske plager som hode-, mage-, rygg- og muskelverk være tegn på depressiv utvikling. Man ser dessuten ofte tegn til redusert kapasitet som gir seg utslag i lavere tålegrense, aktivitetsnivå og innsats på områder hvor de tidligere har vist stor interesse. Ungdommer gir dessuten ofte uttrykk for kjedsomhet heller enn at krav overstiger deres mestringsevne. Både atferdsvansker og rusmisbruk kan sees også hos ungdommer med en depressiv tilstand.

Det er ingen skarpe grenser, men heller flytende overgang, mellom normalitet og patologi ved depresjon. Det

### RAMME I

#### Depressive lidelser i ICD-10

- F32 Depressiv episode (lett, moderat eller alvorlig, uten eller med psykotiske symptomer)
- F33 Tilbakevendende depressiv lidelse (lett, moderat eller alvorlig, uten eller med psykotiske symptomer)
- F34 Vedvarende stemningslidelse (dystymi)
- F31 Bipolar lidelse
- F43.2 Tilpasningsforstyrrelse, depressiv reaksjon
- F41.2 Blandet angst og depresjon
- F92 Depressiv atferdsforstyrrelse





som avgjør om tilstanden er behandlingstrengende, er om symptomene påvirker funksjonsnivået (skole, daglige rutiner, venner, lek, søvn og appetitt). ICD-10 opererer med flere diagnostiske kategorier (ramme 1).

### Komorbiditet

Det er svært vanlig at depressive tilstander opptrer sammen med andre psykiske lidelser eller symptomer hos barn og unge. Vanligst er ulike angsttilstander. Atferdsforstyrrelser og rusproblemer er allerede nevnt. I tillegg ser man ofte betydelige depressive symptomer hos en del pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) og ved spiseforstyrrelser.

### Forekomst

Forekomsten av depressive tilstander hos barn og unge i den vanlige befolkningen er noe usikker fordi ulike studier oppgir svært forskjellige tall. Det kan nok skyldes at det varierer hvilke aldersgrupper som er undersøkt og hvilke metoder som er brukt (er det barnet eller de foresatte som er spurt, hvilke kriterier er brukt, er funksjonstap tatt med?). Hos barn ligger angivelsene mellom 0,4 og 2,5 prosent, og hos ungdommer mellom 0,4 – 8,3 prosent. Det skjer en betydelig økning i forekomsten fra 10–12 års alder, og det er hos jentene den største økningen skjer. Blant barn er forholdet mellom jenter og gutter 1:1, mens det hos ungdommer er 2:1.

### Årsaker

Årsaksforholdene ved depressive tilstander hos barn og unge er sammensatt. Genetisk sårbarhet spiller trolig en viss rolle, noe som kan avspeile seg ved opphopning av depressive lidelser i familien. Andre tilstander med genetiske årsaksfaktorer, som lese/skrivevansker, non-verbale lærevansker, hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), autismetilstander kan også disponere for depresjon. Miljøfaktorer spiller åpenbart en rolle, noe som sees ved økt tendens til depressive lidelser hos barn og unge som har vært utsatt for

omsorgssvikt, alvorlige tap (død, skilsmisse, flytting), mobbing og konflikter (familie, skole, venner). Ved manglende mestring, eller der forventninger/ambisjoner ikke står i forhold til evnene, som ved kronisk somatisk sykdom og fysiske funksjonshemninger, sees også økt risiko for depresjon. Jo yngre barnet er, desto mer sannsynlig er det at miljøfaktorer er hovedårsaken til problemene.

Sammenhengen mellom angst og depresjon blir ofte betraktet ikke bare som to sider av samme sak, men som at det slitsomme og begrensende livet angsten fører med seg, leder til en følelse av maktesløshet og håpløshet.

### Krise som inngangsport

Terskelen for at foreldre oppsøker lege når barna deres har psykiske vansker, er trolig ganske høy. Derfor er det gjerne en krise hvor foreldrene føler at de ikke lenger har kontroll over situasjonen, som utløser legebesøket. Det kan være at funksjonstapet er blitt så stort at barnet ikke lenger makter å gå på skolen, at det har begynt å skade seg selv, truer med å ta livet sitt, eller at det har begynt å oppføre seg merkelig (mulig psykotisk utvikling). I en slik situasjon må legen naturligvis forholde seg primært til selve krisen og mindre til den depressive tilstanden – foreldrene og barnet trenger å bli møtt der de er. Kan man i samarbeid med lærer sette inn spesielle tiltak på skolen? Er hjemmesituasjonen så vanskelig at det er nødvendig med akutt avlastning i samarbeid med barnevernet? Er selvskadingen, selvmordstankene eller psykosemistanken så alvorlig at barnet må legges inn? I en fase av kontakten som er preget av krise vil det være nødvendig å gjenta informasjon og være tydelig i formidlingen av denne.

### Nødvendig å forstå

Men når krisen har lagt seg, begynner sannsynligvis det mest utfordrende arbeidet: Å arbeide for å forstå bedre hva som ligger bak problemene. Hvis man ikke får fatt i det, vil det også være vanskelig å styre videre tiltak/behandling i



riktig retning. I den grad fastlegen kjenner til familien og nærmiljøet, har hun/han en posisjon for en slik forståelse som spesialisthelsetjenesten ofte ikke har. Det vil imidlertid vanligvis være nødvendig med en tverrfaglig og -etatlig tilnærming for både en god utredning og behandling. Både psykologiske, sosiale og medisinske faktorer kan være av betydning for å oppnå et godt resultat.

### Utredning: Finne årsaksfaktorer

Poenget med å gjøre en utredning er å finne faktorer som er av betydning for å forstå den depressive utviklingen og som mer eller mindre kan påvirkes i ulike tiltak/behandling. Ulike *sårbarhetsfaktorer* kan være mulig genetisk disposisjon (familieanamnese), tidlige tilknytningsforhold/omsorgssituasjon, tidligere traumatiske erfaringer, utviklingsforstyrrelse av språk og andre spesifikke ferdigheter/evner eller generelle evner, somatiske funksjonsforstyrrelser eller sykdommer. *Utløsende faktorer* kan være knyttet til familiesituasjon eller relasjoner til jevnaldrende eller skolesituasjonen. Man må også vurdere om allerede kjente somatiske tilstander og medikamenter (for eksempel p-piller) kan ha en innvirkning på den depressive tilstanden. Det bør også gjøres en vurdering av mulig nevrologisk eller endokrin (for eksempel thyreoidea) forstyrrelse eller mangeltilstand (folat, B12 (homocystein, metyl-malonsyre) og jern (Hb, ferritin)). I en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk vil man i tillegg gjøre en mer presis diagnostikk av den depressive tilstanden og evt. komorbide lidelser. Dessuten vil man kunne utføre ulike former for observasjon av barnet og vurdering av personlighetsfaktorer og kognitive og språklige evner.

### Behandling

Ved lette til moderate depresjoner hos barn og unge vil en enkel intervensjon i form av regelmessige samtaler med pasienten og evt. foreldrene med fokus på her og nå situasjonen og psykososiale miljøtiltak være tilstrekkelig. En viss tverrfaglig og -etatlig virksomhet hvor man har kontakt med skole, PPT og evt. barnevern, vil også være aktuelt. Det er med andre ord en behandling som skulle være overkommelig for en interessert og engasjert allmennlege. Ved mer alvorlige depressive tilstander, evt. med annen komorbid psykisk lidelse, selvsikading, selvmordsfare eller mistanke om psykose, vil det være nødvendig med henvisning til en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

#### *Fellestrekk ved vellykkede behandlingsformer*

Noen fellestrekk går igjen ved behandlinger som har vist seg å være effektive ved depressive lidelser:

- Behandlingen er aktiv og støttende
- Det gis informasjon om lidelsen og hvordan den kan forstås og mestres



- Behandlingen er strukturert og rettet mot pasientens aktuelle problemer
- Pasienten lærer spesifikke metoder for å mestre problemene, metoder som også kan anvendes utenfor og etter terapien

#### *Psykososiale miljøtiltak*

Ut fra utredningen kan en finne faktorer i pasientens miljø som er direkte utløsende, opprettholdende eller disponerende for tilstanden. Dette kan være ytre forhold i familie, skole eller gjelde forhold til venner /fritid. Det kan også dreie seg om spesifikke utviklingsforstyrrelser som har gitt langvarige vansker i fungering på skole og/eller sosialt. Arbeid rettet inn mot vansker i familien eller på skolen, vil da være sentrale tiltak.

Deltagelse i dagligdagse og sosiale aktiviteter vil gjerne ha en normaliserende effekt på barnet/ ungdommen, og gi opplevelse av mestring. På grunn av energitap og nedsatt konsentrasjon kan barnet ha behov for at læresituasjonen tilpasses slik at det fortsatt kan ha en mestringsopplevelse. Det kan for eksempel være aktuelt med lettelser i mengde stoff som skal læres, prøver og hjemmearbeid. Fritak eller delvis fritak fra skole bør kun unntaksvis anbefales, da det kan forsterke opplevelsen av manglende mestring, om ikke fritaket erstattes med annen aktivitet. I enkelte tilfelle kan det være aktuelt å drøfte med foreldrene muligheten til å følge barnet tettere opp hjemme for en periode.

Informasjon om depresjonen gir barnet/ungdommen kunnskap om deres reaksjoner. Denne orienteringen kan gjerne gis til pasienten sammen med foreldre/foresatte, slik at de deler kunnskapen. Foreldre vil ofte også ha spørsmål



og ønske råd om hvordan de best mulig kan møte vanskene hos barnet/ungdommen, og ha behov for veiledning og støtte i sin foreldrerolle.

## Behandling i barne- og ungdomspsykiatrien

### *Ikke-medikamentell behandling*

I spesialisthelsetjenesten vil man i tillegg kunne tilby mer depresjonsspesifikk behandling/terapi med fokus på endring av uhensiktsmessige, depressive tankemønstre og/eller uhensiktsmessige måter å forholde seg til andre mennesker. Dette kan skje i individualkontakt, sammen med foreldre/andre familiemedlemmer eller i grupper med andre ungdommer med liknende problemer.

### *Medikamentell behandling*

Hensikten med en medikamentell behandling er tilstrekkelig symptomlindring for at pasienten blir i stand til å nyttegjøre seg annen behandling som mer retter seg mot psykososiale forhold og egen mestring. Det vil være aktuelt ved alvorlig depresjon med uttalt funksjonstap, evt. selvmordsfare og ved psykose. Men det kan også overveies ved moderat til alvorlig depresjon når ikke-medikamentell behandling ikke har ført til vesentlig symptombedring.

Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) regnes som de eneste aktuelle preparatene, og for tiden (april 2006) er det kun fluoksetin (FONTEX®, FLUOXETIN®) som av Statens Legemiddelverk er anbefalt til behandling av depresjon hos barn og unge. Dosering av fluoksetin er 20 mg daglig, men kan økes ved manglende respons (se under). Før oppstart av behandlingen skal pasient og foresatte informeres om mulige bivirkninger og forventet effekt. Den antidepressive effekten inntreffer sjelden før etter to uker, og det kan ta opptil åtte uker før den merkes. Det vil imidlertid være aktuelt å vurdere doseøkning om det ikke har inntrådt noen tegn til respons etter fire uker. Ved manglende respons vil det dessuten være aktuelt å ta blodprøve for serumanalyser av fluoksetin da det kan være at pasienten bryter ned medikamentet uvanlig raskt, eller mer vanlig, ikke inntar medikamentet regelmessig, eller i det hele tatt.

Selv om det har vært reist tvil om forholdet mellom effekt og bivirkninger ved citalopram (CIPRAMIL®, CITALO-

PRAM®), escitalopram (CIPRALEX®), fluvoksamin (FEVARIN®) og sertralin (ZOLOFT®), kan de være aktuelle som andrevalg om optimalisert dosering av fluoksetin ikke gir effekt. Disse preparatene anbefales ikke som førstevalg ved depresjoner før ytterligere avklaring foreligger.

Den medikamentelle behandlingen bør foregå ni til tolv måneder. Generelt bør SSRI trappes ned forsiktig, men pga. den lange halveringstiden til fluoksetin er det ikke nødvendig ved dette preparatet. Ved tilbakefall av den depressive behandlingen etter seponering, kan det være aktuelt med videre langtidsbehandling over ytterligere ett til to år.

Preparater som venlafaksin (EFEXOR® og EFEXOR depot®) og paroksetin (SEROXAT® PAROXETIN®) har vært assosiert med økt forekomst av suicidal atferd hos barn og unge, og skal derfor ikke brukes i denne aldersgruppen. Trisykliske antidepressiva regnes ikke lenger som aktuell behandling hos barn og unge pga. manglende påvist effekt, hyppigere og plagsomme bivirkninger og toksisitet.

## Selvmordsfare

Barn og unge med alvorlige depresjoner har ofte en sterk følelse av håpløshet og intens psykisk smerte. Tanker om døden og et ønske om å slippe å leve er gjerne heller regelen enn unntaket. Raten (insidens) for selvmord for unge mellom 15–19 år er i Norge (1990–92) 18,6 per 100 000 gutter per år og 6,3 for jenter. Raten i alderen 10–15 år er betydelig lavere og ligger godt under en for jenter og omkring to for gutter. Raten for selvmordsforsøk er mange ganger høyere. Ved en stor undersøkelse i Sør-Trøndelag 1989–91, fant man en rate på 100 per 100 000 per år for gutter og 229 for jenter.

### *Vurdering*

Selvmordsfare skal vurderes hos alle pasienter som rapporterer depressive symptomer, selvfølgelig ved første gangs samtale, men også videre i forløpet av behandlingskontakten. En vanlig intervjueteknikk er «Selvmordsstigen» hvor man begynner med spørsmål som «Synes du det er tungt å leve?» og hvor man så gradvis nærmer seg suicidaliteten og kan ende opp med spørsmål om detaljerte planer for selv-







mordet (grad av intensjonalitet). Man bør i tillegg innhente opplysninger fra foresatte og evt. andre, som for eksempel lærer.

Å vurdere hvor alvorlig selvmordsfaren er, blir et skjønns-spørsmål, det foreligger ikke metoder som kan «måle» alvorlighetssgrad. En rekke opplysninger må sammenholdes og vurderes. Både for å få en best mulig vurdering og, ikke minst, få en følelsesmessig avlastning, er det hensiktsmessig å drøfte vurderingen med en kollega.

En del forhold som har vist seg å øke selvmordsfaren, er spesielt viktige å ta med i vurderingen i tillegg til pasientens suicidale intensjonalitet: Tidligere selvmordsforsøk, pågående rusing, dårlig impuls kontroll, irritabilitet/agitasjon, mani/hypomani, høyt angstnivå, manglende evne til å få overblikk, psykotiske symptomer, ustabil omsorgssituasjon, dårlig kommunikasjon mellom barn og foreldre, tidligere selvmord i familien, skyldfølelse, opplevd håpløshet og opplevd krenkelse eller ydmykelse. De første to til tre ukene av en medikamentell antidepressiv behandling kan også være en periode med økt risiko for selvmord pga. økt aktivering/angst før den antidepressive virkningen setter inn.

### Håndtering

- De foresatte skal informeres og delta i håndteringen av barnet/ungdommen.
- Pasienter hvor det vurderes at selvmordsfaren er alvorlig/overhengende, skal legges inn som øyeblikkelig hjelp og ivaretas inntil selvmordsfaren er vurdert å være tilstrekkelig redusert.
- Hvis selvmordsfaren vurderes å være tilstede, men moderat, og de foresatte kan ivareta omsorg/sikkerhet ved tettere oppfølging enn vanlig og ved å fjerne farlige medikamenter og våpen, kan pasienten følges opp poliklinisk. Det må advares mot den hemningsløsende virkningen av alkohol, beroligende medikamenter og andre rusmidler. I perioden mens selvmordsfaren er høyest, vil det være hensiktsmessig å tilby relativt hyppige samtaler, både for løpende vurdering av selvmordsfaren, men også for støttende behandling. Både barn/ungdom og foresatte må informeres om hvor de kan henvende seg om det oppstår en forverring av situasjonen utenfor kontortid.

### Oppsummering/konklusjon

Symptomer på depressive lidelser hos barn og unge har mange likhetstrekk med tilsvarende tilstander hos voksne, men i stedet for senket stemningsleie kan økt irritabilitet forekomme. Hos de yngre barna kan psykosomatiske plager i form av magesmerter og hodepine, samt økt uro være uttrykk for utvikling av en depressiv tilstand. Det er viktig å se etter problematiske psykososiale forhold og evt. spesifikke lærevansker eller andre psykiske lidelser, som for eksempel ADHD, som mulige årsaksfaktorer. Behandlingen bør i første omgang fokusere på situasjonen her og nå i form av samtaler og psykososiale tiltak hvor både foresatte, skole og evt. barnevern involveres. Fastlegen kan med sin spesielle kjennskap til familie og offentlige tjenester rundt pasienten spille en sentral rolle i diagnostikk og behandling av barn og unge med depresjon.

### Litteratur

- Hafting M, Garløv I. Fastlegen og psykisk sykdom blant barn og ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 3, 2006; 126: 299–301
- Meret Juul Sørensen og Per Hove Thomsen. Om Børn og Unge med depression. I Skyggers Land. 2003. Hans Reitzels Forlag. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forenings veileder, kapittel om affektive lidelser. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=4610>
- Statens Legemiddelverk. Depresjon hos barn og ungdom. Oppdatert terapianbefaling. 2005–04–25. [http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_16948.aspx](http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_16948.aspx)
- Tidsskrift for Norsk Psykologforening nr. 4/2002: Temanummer om depresjon

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på [gunhild.felde@online.no](mailto:gunhild.felde@online.no)