

Depression hos børn og unge

Merete Juul Sørensen

Afdelingslæge, ph.d.

Børne- og ungdomspsykiatrisk

Regionscenter, Risskov





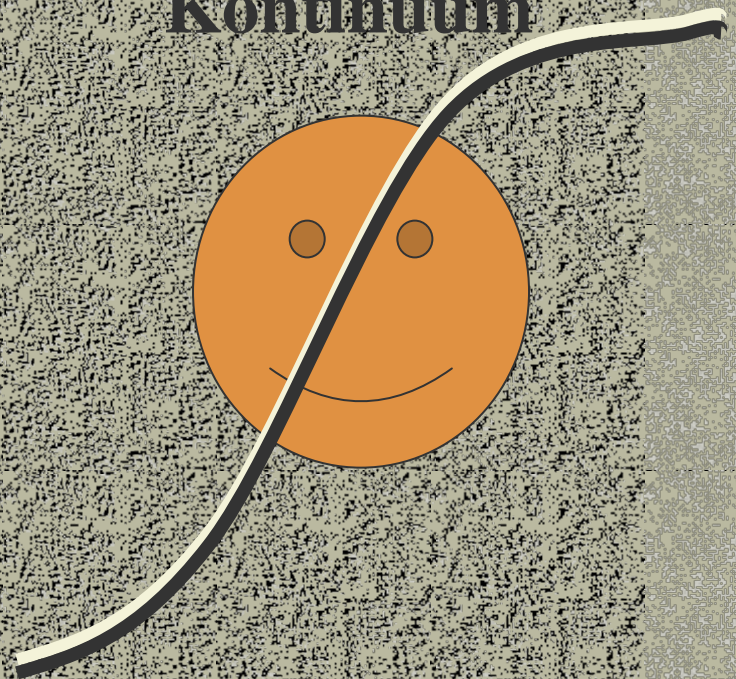
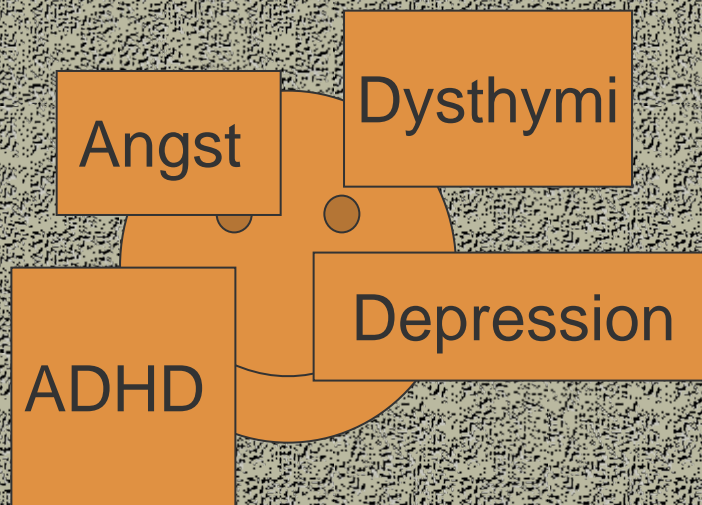
Disposition

- Depression - det kliniske billede
- Forekomst
- Årsager
- Forløb
- Udredning
- Behandling

Forskellige opfattelser af depression

Diagnostisk kategori

Kontinuum





Diagnosen depression

- > 2 uger med:

- Nedtrykthed
- Tab af energi
- Tab af lyst og interesse

- Tab af selvtillid
- Urealistisk skyldfølelse
- Tilbagevendende tanker om død/selv mord
- Koncentrationsbesvær/ubeslutsomhed
- Agitation/hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- og vægtændringer

Forekomst

Forfatter, årstal	alder i år	N	periode	prevalens
Costello, 1996	9-13	4500	K: 3 mdr.	1,36% (0,07%)
			M: 3 mdr.	1,68% (0%)
Ford, 2003	8-10	2949	aktuel	0,27%
	13-15	2624	aktuel	1,87%
Olsson, 1999	16-17	2300	K: år/nogensinde	9,2 / 11,5%
			M: år/nogensinde	2,3 / 2,8%



Det kliniske billede

Særligt for børn

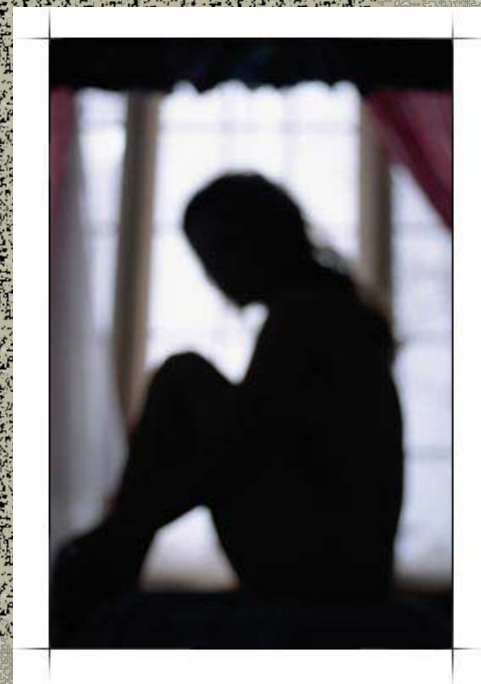
- Adfærdssymptomer
- Irritabilitet
- Somatiske symptomer
- Angst
- Skoleproblemer
- Koncentrationsbesvær

Det kliniske billede

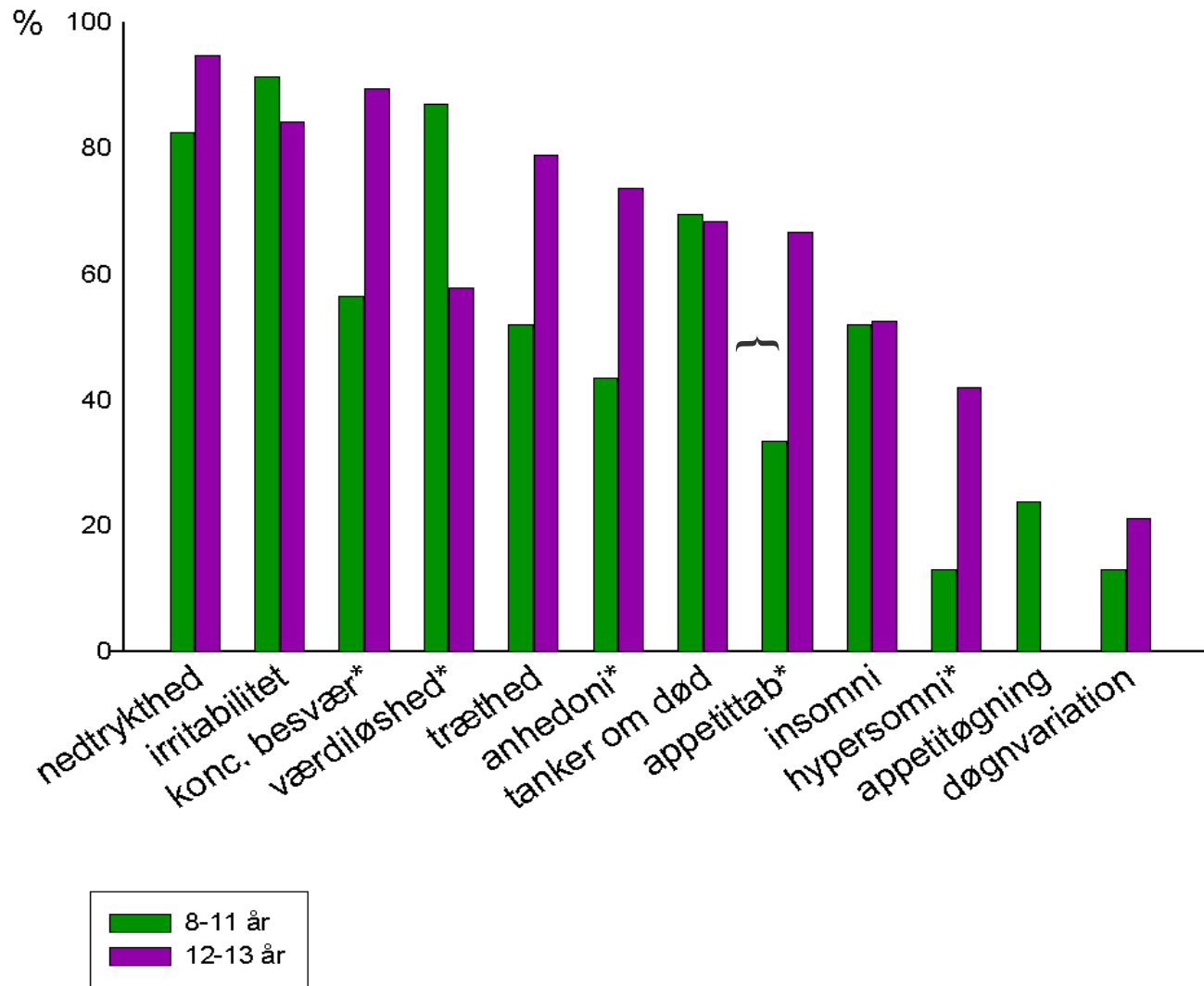
Særligt for børn

■ Færre melankolske symptomer

- Tab af lyst/interesse
- Tab af reaktivitet
- Tidlig morgenopvågning
- Morgenforværring
- Svær psykomotorisk forstyrrelse
- Svært appetittab/vægttab
- Svært tab af libido



Symptomer på depression hos børn





Det kliniske billede

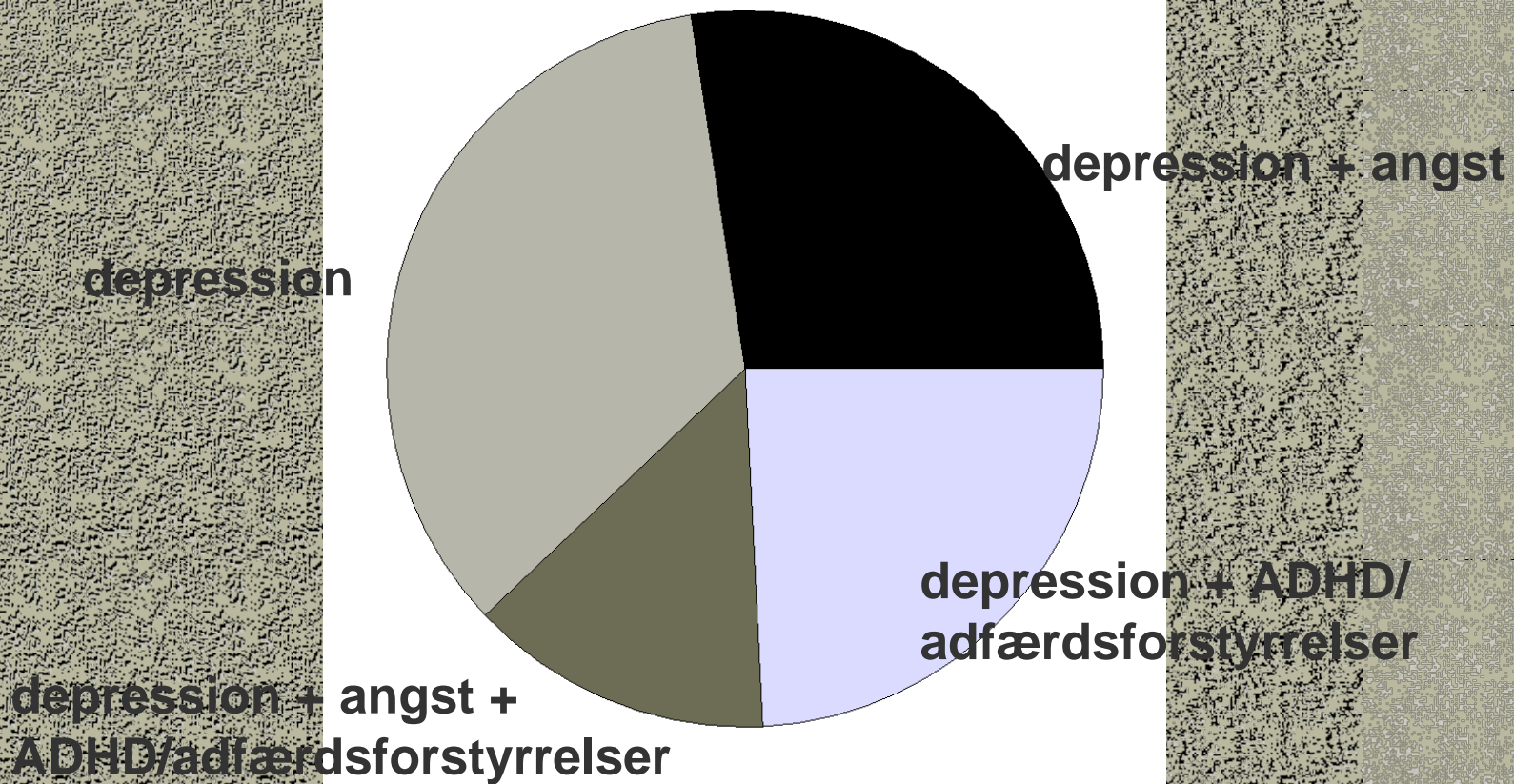
Andre samtidige sygdomme

- Mange børn med depression har også
 - Angst
 - Spiseforstyrrelser
 - Adfærdsproblemer
 - Tvangssymptomer
 - Opmærksomhedsproblemer
 - Indlæringsvanskeligheder

Disse vanskeligheder er oftest opstået før depressionen

Det kliniske billede

Andre samtidige sygdomme



Ford et al. 2003



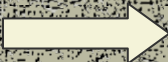

Hvad skyldes depression

hos børn og unge

- Oftest ikke nogen enkelt årsag
- Visse risikofaktorer ses hyppigere hos børn og unge der har depression
- Depression kan opstå uden disse risikofaktorer

Risikofaktorer

Genetik

- Børn af forældre med depression har:
 - 4 gange større risiko end børn af raske forældre
 - 1.7 gange større risiko end børn af forældre med anden psykiatrisk sygdom (ns)
- Tvillingestudier:  genetisk transmission
- Adoptionsstudier:  genetisk transmission
- Børn af adoptivforældre der har haft depression, har en 2.2 gange forøget risiko for at udvikle depression, i forhold til børn af forældre der ikke har haft depression



Risikofaktorer

hos børn med depression

- Stressende livsbegivenheder – særligt tab
- Tidligere depressive symptomer
- Depressiv attributionsstil
- Mange konflikter eller uhensigtsmæssig kommunikation i familien
- Vanskeligheder med at forvalte følelser
- Anden psykisk sygdom hos barnet
- Psykisk sygdom i familien, særligt depression



Hvordan går det

- Langt de fleste depressioner går over
- Der er øget risiko for at få depression i ungdom og voksenalderen
- Der er øget risiko for anden psykiatrisk og somatisk sygdom i ungdom og voksenalder
- I sjældne tilfælde er depressionen begyndelsen på en anden psykisk sygdom, f.eks. bipolar sygdom



Udredning for depression

- Depressionssymptomer
 - Vurdering af selvmordsrisiko
- Andre samtidige tilstande
- Familiær disposition
- Identifikation af stressorer
- Evt. fysisk undersøgelse
- Evt. psykologisk undersøgelse



Screening med selv-rating skalaer

Fordele

- Hurtigt
- Nemt
- Billigt
- Kan gøres mange gange

Ulemper

- Passer dårligt med kliniske diagnoser
- Usikkert hvad man præcist måler
- Score daler med mange scoringer



Child Depression Inventory

– et studie af en selv-rating skala

CDI score

Depression 18,7

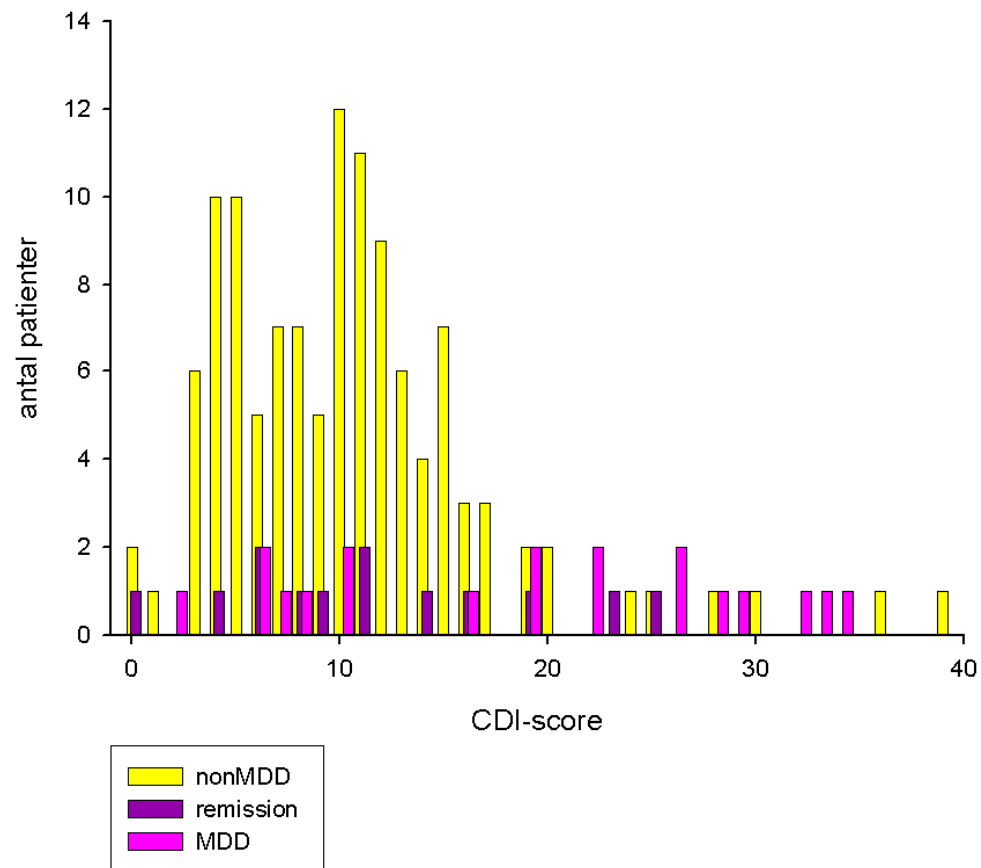
P = 0,002

Depression i bedring 11,7

NS

ikke depression 10,5

CDI score for patienter med MDD, uden MDD og i delvis remission





Behandling

Generelt

- Psykoedukation
- Stress-reduktion
- Psykoterapi
- Medicin



Behandling

Psykoedukation

- Bedrer samarbejdet om behandlingen
- Mindsker stempning af barnet
- Flere støttende relationer for barnet
- Øget muligheden for at genkende et eventuelt tilbagefald



Psykoedukation

- Symptomerne
- Selvmordsrisiko
- Årsager
- Forventet forløb
- Behandlingsmuligheder fordele/ulemper
- Støttende tiltag i dagligdagen (søvn/kost/motion/lys)
- Forældrerollen
 - Aflastning versus krav
 - "expressed emotions"
 - sociale relationer
 - frigørelsestrang og behov for støtte



Psykoedukation

- Hvordan kan omgivelserne hjælpe?
 - Validere de følelser barnet/den unge har
 - undgå: nu skal du ikke være så ked af det
 - sig i stedet:
 - jeg kan høre, at det er rigtig svært for dig lige nu
 - jeg kan høre, at det er svært for dig at tro på, at det skal blive bedre
 - jeg tror på, at du kan få det bedre, og jeg vil gerne hjælpe, det jeg kan
 - Acceptere at aktivitetsniveauet er nedsat
 - Opmuntre og støtte til lystgivende aktiviteter
 - Undgå overinvolvering eller tilbagetrækning



Stress identifikation

- Familien
 - skænderier, fravæthed, overansvar, sygdom
- Institutionen
 - Personskift, nye krav, nye rammer
- Skolen
 - Fagligt, lektiepres, mobning, fejlplacering
- Kammerater
 - mobning, gruppepres
- Misbrug
- Andre psykiske problemer

Stress reduktion



- Aflaste (lektier, pligter, ansvar, relationer)
- Behandling til forældre med psykisk sygdom
- Familiebehandling ved højt konfliktniveau
- Støtte i skolen/skoleskift/speciaftilbud
- Støtte i dagligdagen (kontaktperson, samtaler, forældreinvolvering)
- Placering udenfor hjemmet
- Behandling af evt. anden psykiatrisk lidelse



Uspecifik terapeutisk indsats

- Normalisering af rytme
 - Søvn, aktivitet, spisning
- Gradvis øgning af lystbetonede og andre aktiviteter
- Mulige støttende relationer
- Regelmæssige samtaler
- Støtte kammeratskaber/social succes/aktivitet



Behandling

Psykoterapi

- Bedst undersøgt er er kognitiv adfærdsterapi som ser ud til at kunne hjælpe nogle børn og unge.
- Sparsom forskning af andre former for psykoterapeutisk behandling
- Behandlingen tilrettes altid den enkelte patient

Kognitiv forståelse



”Vores tanker er hypoteser om hvordan virkeligheden er”

”Nogle gange laver vi tankefejl – så vores hypotese bliver forkert”



Kognitive forvrængninger

- Overgeneralisering
- Selektiv opmærksomhed
”Jeg havde to fejl i diktat i dag – jeg kan ikke finde ud af noget som helst”
- Sort/hvid tænkning
- Katastrofetænkning
- Fejlattribuering



Kognitive forvrængninger

- Overgeneralisering
- Selektiv opmærksomhed
- Personalisering
- ”Hvis jeg ikke er 100% perfekt, er jeg en fiasko”
- Katastrofetænkning
- Fejlattribuering



Depressiv attributionsstil

■ Negative hændelser tilskrives forhold der er:

- Indre
- Globale
- Stabile

”Jeg dumpede til eksamen fordi jeg er dum, - jeg bliver aldrig dygtig

■ Positive hændelser tilskrives forhold der er

- Ydre
- Specifikke
- Ustabile

”Jeg var heldig at de spurgte om netop det jeg vidste noget om. Så heldig kan jeg ikke være igen”



Kognitiv adfærdsterapi ved depression

- Forstå behandlingen
- Sætte mål
- Humøromonitorering
- Aktivitetsplanlægning
- Problemløsning
- Genkende tankefejl – realistisk tænkning
- Social færdighedstræning
- Affektregulering

Medikamentel behandling





Medikamentel behandling

**DK: Fluoxetin har indikationen
depression hos børn og unge**

SSRI hos børn/unge

Metaanalyse



Responsrater

Depression


børn	65% vs. 58%
unge	62% vs. 49%

OCD

børn	62% vs. 40%
unge	49% vs. 32%

Angst

børn	70% vs. 42%
unge	77% vs. 32%



Depression hos børn og unge

Meta-analyse

3069 patienter; alder 13.5 (6-20) år

TCA 14, SSRI 12, andre 4; unge 16, blandet 10, børn 4 (kun TCA)

Præparattype

→ NNT: TCA 14 > SSRI 9 > andre 8

Alder

→ NNT: børn 21 > blandede 10 > unge 8

Sværhedsgrad

→ medicin/placebo ratio ↑
når sværhedsgrad ↑



Tricykliske antidepressiva (TCA)

Cochrane review 13 TCA-studier (N=506)

(4 børn/7 unge/2 blandet)

- effekt = placebo
- tendens til effekt hos unge > børn

Hazell et al. 2004



Selvmondsadfærd

Metaanalyse på publicerede og ikke-publicerede studier

Suicidal adfærd

Alle SSRI/SNRI: $63/1208 = 5,2\%$

Alle placebo: $29/1054 = 2,8\%$

ns i alle studier
ingen selvmord

Konklusion:

Nogen evidens for øget suicidal adfærd

Positiv risk-benefit ratio for Fluoxetin

Whittington et al., 2004

Treatment for Adolescents with Depression (TADS)



■ 439 12-17 årige

12 uger

	respons	remission
Fluoxetin + KAT	71%	37%
Fluoxetin	61%	23%
KAT	43%	16%
Placebo	35%	17%

March et al, 2004



TADS suicidalitet

12 uger

	SIQ*
	BL – 12 uger
■ Fluoxetin + KAT	27,3 - 11,8
■ Fluoxetin	21,8 - 14,4
■ KAT	21,9 - 11,4
■ Placebo	24,2 - 15,0

- Risikoen faldt i løbet af studiet for alle grupper
- Kun statistisk signifikante forskelle for
 - "Fluoxetin" versus "ikke-fluoxetin" (Fluoxetin øget risiko)
 - "KAT" versus "ikke-KAT" (KAT nedsat risiko)

*Suicidality Ideation Questionnaire – Junior High School Version

March et al, 2004



TADS suicidalitet

36 uger

SIQ cut-point

	BL*	12 uger [#]	36 uger [°]
■ Fluoxetin + KAT	39,6%	8,9%	2,5%
■ Fluoxetin	26,2%	18,6%	13,7%
■ KAT	25,2%	5,5%	3,9%

*sign. flere ved kombinationsbehandling

KAT < Fluoxetin

° KAT = comb. < Fluoxetin

Bivirkninger

Review

15 studier

Almindelige bivirkninger

som hos voksne: kvalme, hovedpine,
mavepine, appetittab, søvnbesvær

bivirkninger der medfører ophør:
Behandlingsgrupper: 5-10%
Placebogrupper 2-8%

Agitation, iritabilitet, mani
RR=1,79

Meget alvorlige bivirkninger
Især paroxetin (6-12% vs 1-6%)
og venlafaxin (8% vs 3%)



ADAPT studiet

Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial

- 11-17 år depression incl. psykose og suicidalitet (n=208)
 - ingen effekt af en kort samtalebehandling
- Almindelig behandling (incl. SSRI)
 - lodtrækning +/- KAT
- Konklusion
 - ingen yderligere effekt af supplerende KAT
- Anbefaling
 - Fluoxetin hos svært deprimerede



Vejledning fra SST

- Let/moderat depression:
 - Psykoterapi 1. valg
- Svær depression
 - Medicin samtidig med psykoterapi
- Medicin overvejes ved melankoliforme symptomer, psykotiske symptomer eller tilbagevendende depressioner



Konklusion

- Udredning incl. udløsende/vedligeholdende forhold
- Individuelt tilrettelagt behandling incl.
 - psykoedukation
 - stressaflastning
 - uspecifik intervention
- Psykoterapi
 - Effekt hos nogle
 - Mindsker suicidalrisiko, i hvert fald i moderate tilfælde
 - Potenserer måske medikamentel behandling



Konklusion


■ Psykofarmaka

■ Børn

- Fluoxetin eneste præparat med indikationen depression
- Fluoxetin eneste præparat med (nogen) evidens for effekt

■ Unge

- Fluoxetin bedst undersøgt
- Effekten af andre SSRI-præparater bedre end hos børn
- Effekten af TCA formentlig bedre end hos børn
- Tendens til flest bivirkninger med Paroxetin og Venlafaxin



Forebyggelse

Tilbagefald

Det er ikke vist, at behandling
– medikamentel eller psykoterapeutisk -
forebygger tilbagefald efter ophør af
behandlingen.



Forebyggelse

Primær

- Generel forebyggelse
 - Ikke vist at have effekt
- Fokuseret forebyggelse
 - Indsats overfor børn med mange depressive symptomer eller børn af mødre med depression:
 - Mulig effekt på reduktion af depressive symptomer
- Dog endnu ikke nok viden til at implementere

**Tak for jeres
opmærksomhed**

