

Riktlinje



Depression

2024

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

Arbetsgrupp:

Håkan Jarbin, med dr, leg psykoterapeut, chefsöverläkare, BUP Halland

Maria Zetterqvist, leg psykolog, leg psykoterapeut, docent, BUP Linköping

För SFBUP:

Linda Halldner Henriksson

Maria Unenge Hallerbäck

Anne-Katrin Kantzer

Innehåll

Syfte.....	3
Klinisk bild	4
Utredning	6
Screening	6
Steg I utredning.....	6
Steg II utredning	11
Steg III utredning	12
Behandling	13
Psykosocial behandling	14
Steg I	14
Steg II	17
Steg III	18
Farmakologisk behandling.....	18
Steg I	18
Steg II.....	19
Steg III.....	21
Icke göra	22
Utvärdering	23
Utvärdering av behandlingseffekt	23
Återfallsprevention.....	24
Kvalitetsindikatorer	25
Referenser	26
Diagnos- och KVÅ-koder.....	28

SYFTE

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av depression

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av depression har utarbetats på uppdrag av svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri (SFBUP). Den första versionen av Riktlinje Depression fastställdes 2014. Detta är en översyn och uppdatering av den riktlinjen. Riktlinjerna har målsättningen att ge klinisk vägledning och fördjupad kunskap för behandlare inom BUP. Steg I kan även användas av första linjen.

Farmakologisk behandling av depression sköts således alltid inom BUP. Riktlinjerna avser barn och ungdomar i åldersgruppen 6–17 år. Riktlinjerna syftar särskilt till att:

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

Riktlinjerna är indelade i nivåer för stegvis vård.

- **Steg I är basnivån** och ska erbjudas till alla patienter då konsensus (good clinical practice) eller vetenskapligt stöd är starkt. Delar av eller hela steg I kan erbjudas inom första linjen, men behöver ofta kompletteras när patienten blir aktuell inom BUP.
- **Steg II** kan erbjudas många patienter när utredning eller behandling enligt basnivån visat sig otillräcklig. Dessa insatser kan ha svagare vetenskapligt stöd.

- **Steg III** kan erbjudas till enstaka patienter när insatser enligt steg I+II visat sig otillräckliga. Vetenskapligt stöd kan ofta vara extrapolerat från vuxna eller tillämpligt för en mindre subgrupp.

Rekommendationer till klinikern anges i markerade ramar.

Faktarutor underlättar användningen av riktlinjerna i den kliniska vardagen.

Patientsamverkan och delaktighet

I riktlinjen betonas patient- och närståendesamverkan och delaktighet. Att stärka barns rätt till hälsa och ökad delaktighet i vården är viktiga aspekter inom hälso- och sjukvården utifrån ett barnrättsperspektiv. Det innebär att det är viktigt att lyssna på barn och ungdomars egna önskemål om vård, samt att göra barn och ungdomar, liksom föräldrar delaktiga i den diagnostiska processen och i val av behandling. Det innebär vidare att patientens och närståendes upplevelse och erfarenheter av vården och behandlingsrelationen behöver ingå i de utvärderingar som genomförs i tillägg till utfallsmått avseende symtom och funktion.

KLINISK BILD

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

DEPRESSION HOS SPÄD- OCH SMÅBARN har ett starkt samband med svåra upplevelser, vanvård och misshandel. Den kliniska bilden domineras av gnällighet, brist på nyfikenhet, likgiltighet, självförsjunkhet, sömnproblem och stagnation eller tillbakagång i psykomotorisk utveckling. I svåra fall kan total apati förekomma. Insatser fokuserar på anknytning och samspel, föräldrarnas omsorgsförmåga liksom familjens sociala livssituation och stödbehov. Föreliggande riktlinje riktar sig inte till denna åldersgrupp.

I förskole- och skolåldern förekommer depression hos 1–2 procent och är lika vanlig hos pojkar och flickor. Det är då vanligt att framförallt modern också lider av depression.

Föräldrars psykiska hälsa kan utgöra både en ärftlig sårbarhet och bidra till stress i miljön. Även annan psykologisk stress i miljön kan förekomma, såsom konflikter i familjen och annan utsatthet, vilket samspelar med barnets temperament och läggning.

I denna ålder brukar nedstämdhet och anhedoni (minskad förmåga att känna glädje) vara mindre framträdande. Däremot är utagerande beteende inte ovanligt. Irritation kan vara tydligare än nedstämdhet. Skuld känslor och dödstankar uppträder ibland som återkommande teman, till exempel i lek. Magont och huvudvärk är mycket vanligt. Suicidala handlingar är inte ovanliga, men sällan dödliga. Från sju års ålder kan barn på ett reliabelt sätt skatta sina egna symtom på depression.

EFTER PUBERTETEN ökar förekomsten av depression till 5–8 procent med övervikt på 3:1 hos flickor. Depression i tonåren ökar och ökningen är särskilt stor bland flickor. Den kliniska bilden karakteriseras av ledsenhet och irritation, nedstämdhet, gråt i ensamhet, ständig trötthet och nedsatt förmåga att känna glädje.

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

DEPRESSIONER ÄR ALLVARLIGA och livshotande tillstånd. Den akuta risken är självmord men också annan våldsam död, t ex via olyckor. En enskild episod av depression går oftast över spontant, men kan pågå under månader till år. Depression i epidemiologiska kohorter brukar pågå i ett par månader medan depression bland de som söker vård brukar pågå i halvår till ett år. En mindre grupp om 10–20 procent drabbas av långvarig och ibland även kronisk depression. Risken för återinsjuknande är stor. Uppemot hälften återinsjuknar inom ett år och flertalet som sökt vård för depression återinsjuknar inom fem år. Många får lägre utbildningsnivå än förväntat samt lägre funktion i arbete, föräldraskap och relationer. Riskfaktorer för återinsjuknande är bland annat svår depression, suicidförsök, drogmissbruk, konflikter i familjen, skolproblem och ärftlighet för depression. Depression ger även ökad risk att få andra sjukdomar på sikt, såsom infektioner, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Kärlförändringarna vid depression kommer tidigare och kan ses hos unga vuxna utan att det då märks kroppsliga symtom. Riskfaktorer för sämre prognos är långdraget förlopp, återinsjuknanden, uppgivenhet, anhedoni, sömnstörning och samsjuklighet. Subkliniska depressionstillstånd utvecklas ofta till fullt kliniskt tillstånd av depression och har lika dålig prognos.

Termer och begrepp

Dystymi ersattes i DSM-5 med *ihållande depression*. Det begreppet innefattar DSM-IVs dystymi, d.v.s. ett mer långdraget depressionstillstånd som är mindre uttalat och uppvisar minst tre symptom på depression, besvärar de flesta men inte alla dagar och har pågått mer än ett år. Den ihållande depressionen kan också innefatta pågående depressiv episod efter ett år eller depressionstillstånd som når antingen dystymi eller depressiv episod och som pågått i mer än ett år. DSM-5 betonar därmed longitudinell utveckling och uppföljning över tid av depressionstillstånd. ICD-11 lägger större vikt vid den kliniska presentationen och av svårighetsgrad av symptom snarare än förloppet och har därmed kvar en tydligare distinktion mellan dystymi och depressiv episod.

Dysforiskt syndrom med debut under barndom och tonår (Disruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD) är ett förstämningssyndrom i DSM-5 som kännetecknas av extrema ilskeutbrott flera gånger i veckan och ett irriterat stämningsläge mellan utbrotten med duration under minst ett år och

utan förekomst av förhöjt stämningsläge. Debut ska ha skett vid 6–10 års ålder och samsjuklighet med ADHD är mycket vanligt. I DSM-5 ställs inte diagnosen trotsyndrom parallellt med DMDD då kriterierna för DMDD väsentligen innefattar trotsyndromet. I ICD-11 kategoriseras däremot denna störning som en subgrupp av trotsyndrom med irritabilitet. Barn med DMDD drabbas i vuxen ålder ofta av depressioner och ångestsyndrom men inte av bipolär sjukdom. Tillståndet är kroniskt och kräver både psykosociala och farmakologiska insatser.

Uppgivenhetssyndrom ses ibland hos asylsökande flyktingbarn, ofta med svåra trauman i bagaget. De insjuknar under asylprocessen i total apati, blir okontaktbara, slutar att äta och dricka, klarar inga ADL-funktioner, måste matas och ibland sondmatas. Efter uppehållstillstånd givits brukar man se ett successivt tillfrisknande. Uppgivenhetssyndrom klassificeras bland depressioner men har många likheter med dissociativa syndrom och kroppssyndrom.



UTREDNING

Screening

REKOMMENDATION

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

Depression hos unga är fortfarande ett ouppmärksammat tillstånd där fler går oupptäckta och obehandlade jämfört med vuxna. Det krävs riktade frågor eftersom de flesta unga med depression inte ter sig uppenbart nedstämda i samtalsrummet. Depression är också en mycket vanlig samsjuklighet och komplikation till alla andra psykiatriska tillstånd. Frågor ska ställas utifrån huvudkriterierna i DSM-5, eventuellt med stöd av självvarsformulär som exempelvis Youth Self Report (YSR), Mood and Feelings Questionnaire (MFQ), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S) eller Quick Inventory of Depressive symptoms Adolescent Version (QIDS-_{A17}-SR). Om symtomen varit ihållande och påverkar barnets funktion eller ger ett lidande ska behandlaren gå vidare med en fördjupad depressionsbedömning, ”steg I utredning”.

Steg I utredning

REKOMMENDATION

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

Större delen av insamlandet av information sker vanligen gemensamt med barn och förälder. Detta skapar både en arbetsallians och ger kompletterande och säkrare information. Den förtroendefulla relationen utgör den grund som fortsatta insatser vilar på.

Barnet ska få möjlighet att prata i enrum och i förtroende med behandlaren och då särskilt om övergrepp/trauma/utsatthet och andra stressorer, missbruk samt suicidalitet och självskadebeteende.

Ställ direkta frågor. Man kan även behöva återkomma till känsliga frågor flera gånger. Föräldrar kan behöva ge information och få prata enskilt exempelvis vad gäller ärftliga förhållanden och föräldrarnas egen hälsa och belastningar. Bakgrunden till att man söker hjälp, särskilda önskemål och preferenser gällande behandlingsinsatser från patient och närstående ska

efterfrågas, dokumenteras och ges stor vikt. Detta utifrån att de egna preferenserna och delaktighet är särskilt viktiga att beakta vid val av behandlingsinsatser vid depression.

REKOMMENDATION

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

En bred och systematisk psykiatrisk intervju utgör grunden i utredningen. Ett bra sätt kan vara att inleda med frågor om funktionen i vardagen d.v.s. skola, fritid, kamrater inklusive kvaliteten av relationer och vardagslivet hemma både vad gäller samarbetsförmåga och behov av stöd. Detta ger en bild både av livssituationen och i vilken omfattning depressionen påverkar funktionen.

En livslinje med tidpunkter (debut–värsta läge–eventuell tillfrisknande) för tidigare och nuvarande episoder av depression, samsjukligheter och större livshändelser ger en bra översikt och förståelse innan man utreder depression i större detalj.

För att säkerställa diagnos ska man fråga om samtliga symtom på depression (DSM-5) för tidpunkt då depressionen var mest uttalad inklusive om svårighetsgrad.

För att uppfylla kriterier, d.v.s. vara del av ett sjukdomstillstånd ska nedstämdhet, liksom övriga symtom, vara ihållande under större delen av tiden nästan alla dagar även om de kan variera något och tillfälligt lätta.

Anhedoni är särskilt viktigt att värdera då anhedoni både har hög specificitet för diagnos och stor betydelse för prognos, d.v.s. bör följas noga under behandlingens gång. Sömnstörning har också en särskilt stor betydelse för förloppet.

Vissa symtom kan överlappa med andra diagnoser (till exempel koncentrationsstörning och agitation/hyperaktivitet med ADHD/ADD) och för att anses vara del av depressionen ska man kunna koppla en försämring i exv. koncentration till insjuknandet i depression.

Viktigt att tänka på är att depression ska vara episodisk, d.v.s. innebära en episod av nyttillkomna kärnsymtom och försämrad funktion.

Depression kan vara del av en bipolär sjukdom och förekomst av episoder med kärnsymtom på mani (förhöjd eller expansiv sinnesstämning eller uttalad irritabilitet samtidigt med ökad aktivitets- eller ener-

ginivå) ska alltid efterfrågas. Risken för mani är högre vid mani hos släktingar, vid psykosymtom i depressionen eller vid mycket plötsliga och episodiska insjuknanden. Depression som plötsligt avklingar övergår ibland abrupt i kortvarig och lindrig hypomani, som inte besväras men är markör för en depression inom bipolärt spektrum. Hypomani behöver man aktivt fråga efter då den ofta inte uppfattas som ett bekymmer.

Tänk på att deppiga och självkritiska barn kan uppfatta svängning till normalitet som en hypomani och

extern validering om det verkligen har förekommit en observerbar hypomani bör inhämtas.

Vid depression och samsjuklighet med ADHD kan bristande reglering av känslor och aktivitetsnivån förväxlas med hypomani. Även enstaka symtom på hypomani inom depressionen, exempelvis agitation, är viktiga och försämrar prognos och bör efterfrågas, följas upp och leda till aktivare behandling.

Bipolär sjukdom är dock ett ovanligare tillstånd. V.g. se SPF:s riktlinjer för bipolär sjukdom via länk från SFBUP:s hemsida: slf.se/sfbup/riktlinjer/

Kriterier för egentlig depression enligt DSM-5 (publiceras med tillstånd av förlaget Pilgrim Press)

A Minst fem av följande symtom har förelegat under samma 2-veckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomen (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje måste föreligga.

Obs: Inkludera ej symtom som uppenbart kan tillskrivas något annat medicinskt tillstånd.

1. Nedstämdhet under större delen av dagen så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv (t ex känner sig ledsen, tom eller hopplös till sinnes) eller av andra (t ex ser ut att vilja gråta). (Obs: Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.)
2. Påtagligt minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen själv eller av andra).
3. Betydande viktnedgång (utan att avsiktligt banta) eller viktuppgång (t ex en mer än 5-procentig förändring av kroppsvikten under en månad), eller minskad alternativt ökad aptit, så gott som dagligen. (Obs: Ta också med i beräkningen om förväntad viktökning hos barn uteblivit.)
4. Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn så gott som varje natt).
5. Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (tydligt märkbar för omgivning och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet).
6. Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.

7. Känsla av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuld känslor (vilka kan ha vanföreställningskaraktär) så gott som dagligen (inte enbart självförelöser eller skuld känslor för att vara sjuk).

8. Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet, så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen själv eller av andra).

9. Återkommande tankar på döden (inte enbart rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.

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

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

Obs: Kriterierna A-C ovan definierar en egentlig depressionsepisod.

Obs: Reaktioner på en allvarlig förlust (t ex dödsfall, ekonomisk ruin, konsekvenser av naturkatastrof, allvarlig ohälsa eller funktionsnedsättning) kan inkludera symtom i form av känslor av förtvivlan, grubblerier kring förlusten, sömnstörning, aptitförlust och viktnedgång som beskrivs i kriterium A, vilket kan likna en egentlig depressionsepisod. Sådana symtom kan vara förstaeliga eller förefalla adekvata med tanke på förlusten, men det är alltid tillrådligt att överväga om en egentlig depressionsepisod pålagrats den normala reaktionen på en allvarlig förlust. Ett sådant ställningstagande kräver en klinisk bedömning som →

→ forts från sid 7. **Kriterier för egentlig depression enligt DSM-5**

grundas på personens livshistoria och med beaktande av relevanta kulturella normer för uttryck för sorg och lidande.

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

Smärtan vid sorg kan avlösas av positiva känslor och humor, medan en egentlig depressionsepisod i stället utmärks av en själslig plåga som är allomfattande. Tankeinnehållet vid sorg återspeglar i allmänhet en upptagenhet av tankar och minnen av den avlidne, medan självkritiska eller pessimistiskt ältande tankar i stället utmärker en egentlig depressionsepisod. Vid sorg är självkänslan vanligen intakt, medan självförakt och värdelöshetskänslor i stället är vanligt vid en egentlig depressionsepisod. Den självnedvärdering som kan förekomma vid sorg handlar i typfallet om upplevelser av att ha svikit den avlidne (t ex inte kommit på besök tillräckligt ofta, inte uttryckt uppskattning eller kärlek).

Om en person i sorg har dödstanke, så är dessa tankar vanligen fokuserade på den avlidne och på en önskan om att återförenas med denne, medan dödstanke vid en egentlig depressionsepisod i stället är kopplade till värdelöshetskänslor, tankar

om att inte förtjäna att leva eller en känsla av att inte kunna härda ut med den plåga som depressionen orsakar.

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

Det har aldrig förekommit någon manisk eller hypoman episod.

Obs: Den här exklusionen gäller inte om samtliga maniliknande eller hypomaniliknande episoder är substansutlösta eller kan tillskrivas fysiologiska effekter av något annat medicinskt tillstånd.

Depression är ett heterogent tillstånd. DSM-5 har valt följande subklassifikationer av depressioner: depression med ångest, med blandade drag d.v.s. med hypomana symptom, med melankola drag, med atypiska drag, med psykotiska drag som kan vara antingen stämningskongruenta eller stämningsinkongruenta, med årstidsvariation av återkommande depressioner, samt depression med debut i samband med förlossning. DSM-5 delar även in depressioner i svårighetsgradering lindrig, medelsvår och svår utifrån antal symptom, samt funktionspåverkan av depressionen. Vidare så kan man ange om depressionen har förbättrats till att vara i partiell (symptom har minskat till att vara under kriterierna) eller i full remission (tillfrisknande utan påtagliga symptom under minst två månader).

REKOMMENDATION

3. Utredningen ska kartlägga suicidrisk, självskadebeteende och risk för våld, vilket bör innefatta enskilt samtal med patienten.

Depression är den viktigaste riskfaktorn för suicid. De flesta med depression har dödstankar och självmordsförsök är vanligt.

Kartläggningen innefattar aktuella dödstankar och **suicidplaner**, värsta läge under pågående episod, tidigare **suicidförsök** inklusive allvarlighetsgrad men även **självskadebeteende** (debut, frekvens och värsta läge).

Självskadebeteenden ökar påtagligt risk för suicidförsök.

Andra viktiga faktorer för suicidrisk är svag familjesammanhållning, avbrott i relationer, sexuella övergrepp, ökat bruk av alkohol och droger, aggressivitet och impulsivitet, samt svår sömnstörning.

Var i rummet uppmärksam på förmågan till känslomässig kontakt, instabilitet och impulsivitet, hopplöshet och självmordsavsikt, men också bagatellisering av risk och bristande medverkan i säkerhetsplanering.

Man bör kolla upp om vapen eller mediciner i hemmet behöver förvaras säkrare.

Ökad risk för **våldshandlingar** förekommer ibland parallellt med suicidalitet och bör kartläggas med aktuella våldstankar, tidigare våldshandlingar och med riskfaktorer som vid suicidalitet. Detta kan kartläggas i likhet med den om suicid med fokus på tidigare våldshandlingar, våldstankar och prat om våld under samtalet.

REKOMMENDATION

4. Utredningen ska kartlägga psykiatrisk och somatisk samsjuklighet.

Samsjuklighet med annan psykisk störning är mycket vanlig och hälften av patienter med depression har minst två andra tillstånd. Kartläggningen ger samtidigt ett fokus på såväl samsjuklighet som differentialdiagnos. Depressionsdiagnos ges parallellt om kriterier är uppfyllda. Vid organisk orsak till depressionen ska det särskilt anges som ”Förstämmningssyndrom orsakad av ...”.

Följande tillstånd är mycket vanliga vid depression och ska alltid efterfrågas:

Ängestsyndrom (separationsångest, generaliserad ångest, social fobi och paniksyndrom), **tvångssyndrom**, **posttraumatiskt stress syndrom** och övergrepp, **ätstörning**, **ADHD** (särskilt uppmärk-

samhetsstörning), **autism** och **beteendesyndrom** (trotssyndrom och uppförandestörning). Sorg ger ofta nedstämdhet men inte på ett ihållande vis och inte med den funktionsnedsättning som ses vid en depression.

Man ska även överväga **kroppslig sjukdom** (anemi, hypothyreos, kortisolsvikt, brist på folat och kobalamin, infektion såsom mononukleos, smärttillstånd, diabetes, inflammatorisk tarmsjukdom, kroniskt trötthetssyndrom, autoimmuna sjukdomar med påverkan på hjärnan inklusive encefalit och vissa cancerformer) eller **medicinering** (centralstimulantia, steroider, p-piller, starkare värktabletter, cytostatika, antiepileptika och hjärtmediciner) som kan bidra till depression. Både obesitas och dålig kost ökar risken för **bristtillstånd** men också för depression. Vid riktad misstanke ska ordentlig lab. genomgång ske, enligt steg II.

REKOMMENDATION

5. Utredningen ska kartlägga bruk av alkohol och droger.

Depression ökar risken för beroende av **nikotin**, **alkohol** och **droger**. Särskilt bruk av alkohol, bensodiazepiner och cannabis men även andra illegala substanser (opiater, kokain och anabola steroider) ökar risken för och vidmakthåller depression.

Kartlägg alltid debutålder, frekvens och aktuellt bruk. Tänk på att kartläggningen bör ske i enrum med barnet. Vanligen bör föräldrar informeras och bäst är om detta sker i samförstånd med den unge.

I många fall, och särskilt vid pågående bruk av illegala substanser, bör socialtjänsten informeras.

REKOMMENDATION

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

Ärftlighet för depression är en riskfaktor för insjuknande, och i synnerhet för bipolär sjukdom. Mani i släkten ökar risken för bipolaritet.

Kartlägg pågående psykisk störning och särskilt **depression eller missbruk hos förälder** då detta har mycket stor påverkan på barnets depression och behandlingsupplägg. Kartlägg också psykiska störningar inklusive missbruk hos samtliga första och andragradssläktingar som ett stöd i diagnostiken.

REKOMMENDATION

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

Depression innebär mindre ork och koncentration till skolarbetet, som då ofta blir en betydande stress.

Pågående **skol- och inlärningsproblem** och svårigheter med uppmärksamhet och exekutiva förmågor med för högt ställda krav kan bidra till insjuknandet, försvårar tillfrisknandet, begränsar nyttan av andra insatser och behöver prioriteras högt bland behandlingsinsatser.

Kartlägg skolnärvaro, aktuell ork till skolgång, inlärningssvårigheter, betyg och måluppfyllelse, beteendeproblem samt kamratrelationer och eventuell mobbning i skolan.

REKOMMENDATION

8. Utredningen ska kartlägga psykosociala stressorer.

Depression uppstår i samspel mellan individens känslighet och pågående stressfaktorer. Dessa stressfaktorer och belastningar kan vara viktiga för att förstå insjuknandet men också vara pågående och vidmakthållande. De kan innefatta fysiska eller sexuella **övergrepp, konflikter och avbrott i viktiga relationer, bevittnat våld, liksom försummelse och brist på stöd samt sociala och ekonomiska belastningar** i familjen.

Bedöm även hur barnet hanterat negativa livshändelser och hur möjligheten till emotionellt stöd ser ut. Fråga efter vem barnet kan vända sig till för stöd.

Depression med irritation kan bidra till försämrade nära relationer samt flykt till **antisocialt umgänge** med risk för ytterligare traumatisering, missbruk och beteendestörning som komplikationer. Fråga även efter **kognitiv stil** (personlighetsdrag) före debut (se tidslinjen) som ökar risk, såsom exempelvis pessimistisk attityd, grubblande stil och negativ självbild med tendens att ta på sig skulden för misslyckanden. Inkludera även kartläggning av den minoritetsstress som kan uppstå för HBTQ+ ungdomar.

REKOMMENDATION

9. Utredningen ska kartlägga vidmakthållande faktorer.

Det kan finnas olika inkörsportar till varför ett barn utvecklar depression. En viktig del i utredningen är att förstå och kartlägga vad det är som bidrar till att de uppkomna depressiva symtomen fortgår.

Vanliga vidmakthållande faktorer är obehandlad eller underbehandlad sömnstörning, skadligt bruk av alkohol och droger, minskad aktivitetsnivå, familjekonflikter, utsatthet och skolsvårigheter.

Kartläggningen ska utmynna i en förståelse för hur vidmakthållande faktorer på olika nivåer samverkar och förvärrar depressionen. Denna kartläggning ska ligga till grund för vårdplanen där den viktigaste faktorn bör komma i fokus först.

Några förenklade exempel på vidmakthållande spiraler vid depression är:

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

REKOMMENDATION

10. Utredningen ska kartlägga aktuella skyddsfaktorer.

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

REKOMMENDATION

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

Montgomery-Åsberg Depression Ratings Scale-Self Report (MADRS-S), Quick Inventory of Depressive Symptoms-Adolescent Version-Self Report (QIDS-A17-SR) eller annan symtomskala för självrapportering bör användas i utredningsfas som utgångsvärde för att sedan underlätta att följa förloppet. De ska dock ej användas för diagnostik.

Om man använder självskattningen bör denna gås igenom och vid behov korrigeras under samtalet.

Childrens – Global Assessment of Function (C-GAS) är sammanvägd funktion hemma, skola, fritid och relationer som skattas av klinikern, både aktuell och ev. tidigare bästa nivå. Detta ger både en bild av tidigare högsta funktionsnivån, funktionen under depressionen och ger utgångsvärde för utvärdering av behandlingen. Skattning av funktion är ett stöd för att funktion i de olika livsområden verkligen undersöks och värderas.

REKOMMENDATION

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

Bedömningen ska utmynna i en kärnfull sammanfattning av hur man uppfattar problematiken diagnostiskt, vilket inkluderar belastningar, risk- och utlösande faktorer, viktigaste vidmakthållande faktorer (exempelvis depression hos förälder, konflikter och/eller bristande stöd i familjen, skolproblem, alkohol), stödjande faktorer samt eventuellt behov av vidare utredning (exempelvis där tecken på ADHD har framkommit men där full genomgång av ADHD får vänta till kommande samtal och kanske till depressionen börjat avklinga) och behandlingsmöjligheter. Man bör även ange

- Diagnos (-er)
- Svårighetsgrad: Lindrig, Medelsvår, Svår
- Aktuell suicidrisk och risk för våld graderad i lindrig, medelsvår, hög, svårbedömd

Tänk på att ge information både muntligt och skriftligt då koncentrations- och minnessvårigheter ofta föreligger i samband med depressionen

Steg II utredning**REKOMMENDATION**

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

Depression hos unga har mindre ofta sin orsak i somatiska störningar jämfört med depression hos vuxna. En noggrannare utredning av eventuell somatisk grund bör utföras: 1) om inte symtombild, ärftlighet och ev. svar på behandling är tydligt friande från somatisk misstanke samt 2) vid misstanke om anemi, hypothyreos, glutenintolerans, vid rubbning i tillväxt eller puberteten, vid neurologiska symtom eller vid vaga eller svårförklarliga symtom från olika organ.

Då organisk screening endast görs vid riktad misstanke, atypisk sjukdomsbild eller terapiresistens är utredningarna bredare än vid rutinmässig screening.

Vid indikation på organisk förklaring till besvär bör barnmedicinsk expertis konsulteras.

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

LABSCREENING NIVÅ 2: ANA (antinukleära antikroppar om hud eller ledbesvär), TRAK (thyreoidea antikroppar vid högt T4), TPO-antikroppar (om TSH är förhöjt eller T4 avviker) i samråd med barnmedicinsk expertis.

FÖRDJUPAD ORGANISK UTREDNING: Vid neurologiska och/eller framträdande kognitiva symtom så bör utredningen kompletteras med LP (lumbalpunktion), CT/MRT (datortomograf eller magnetröntgen) och EEG i samråd med barnmedicinsk expertis.

REKOMMENDATION

2. Överväg urinprovtagning för droganalys och screeninginstrument för missbruk.

Om anamnes ger indikation på risk för komplicerande missbruk (tidig rökdebut, umgänge i missbrukande kretsar) bör ett urintoxprov komplettera utredningen och överväg alltid drogscreening vid behandlingsresistens. Sticknan bör ha information om pH och u-krea för att öka säkerhet att provet ej har manipulerats.

Fördjupad anamnes kan göras med stöd av Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) eller Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT), vilka finns fritt på nätet inklusive i e-version.

REKOMMENDATION

3. Överväg systematisk halvstrukturerad intervju.

En erfaren diagnostiker bör konsulteras vid svårbedömda tillstånd eller när flera behandlingsförsök inte givit önskad effekt, liksom användandet av en systematisk intervju, exempelvis Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) eller den mindre omfattande Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (MINI-Kid) för att skärpa diagnostiken och se över samsjuklighet, differentialdiagnostik och förlopp.

Personlighetsproblematik kan fångas i vuxenversionen Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II).

Ett insjuknande i psykos av schizofrenityp startar eller åtföljs inte sällan av varierande grad av nedstämdhet. Då kan funktionstapp och dödstanor initialt vara mer uttalade medan psykosjukdomen blir tydligare senare under prodromalfasen.

REKOMMENDATION

4. Överväg att inhämta bredare information från nätverk.

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

REKOMMENDATION

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

Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) är en diagnostisk depressionsskala för barn från 8 år och för föräldrar. Child Behavior Checklist (CBCL) är en mycket använd föräldraskala till barn 4–16 år. Den affektiva delskalan ur DSM orienterade versionen av CBCL har visat god sensitivitet och specificitet vid screening.

En lång rad skalor för samsjuklighet som administreras till barnet och framför allt till föräldrar kan övervägas som stöd i screening men aldrig som instrument för diagnos. Var noggrann med att värdera informationen från skalorna med stöd av strukturerad anamnes och status.

MADRS eller QIDS-_{A17} skattningsskala som skattas av behandlaren vid intervju som grund för senare behandlingsutvärdering

För bedömning av stöd från familj kan skattningsformulär vara användbart, till exempel ”Perceived Social Support (from the family)” som finns i svensk översättning.

Steg III utredning

REKOMMENDATION

1. Överväg neuropsykologisk utredning.

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

BEHANDLING

REKOMMENDATION

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

Det primära syftet är att behandla depressionen och främst att korta ner den aktuella depressionsepisodens längd. Att utgå från en korrekt ställd diagnos och få snabb och robust respons tidigt i behandlingen är en nyckelfaktor för att lyckas med remission senare.

En väl genomförd behandling och därmed ett tillfrisknande kan minska svårighetsgraden hos eventuella påföljande depressioner.

Val av behandlingsinriktning bygger på depressionens svårighetsgrad och andra väsentliga påverkande faktorer.

När man planerar behandlingen är det därför viktigt att utgå från bedömningen av antal symtom, funktionsnedsättning, samsjuklighet, duration av symtom, tidigare episoder, samt närvaro av psykos och/eller suicidalitet, liksom psykosocial belastning och familjens egna önskemål.

Interventioner riktade mot stressorer och vidmakthållande faktorer ska alltid övervägas.

Mot slutet av behandlingen bör strategier för att bibehålla goda vanor, samt förebygga återfall introduceras.

REKOMMENDATION

2. Samsjuklighet kan behöva parallell behandling eller vara huvudfokus.

Då annan samtidig diagnos förekommer, som exempelvis ADHD, alkohol- och drogbruk, borderline personlighetssyndrom eller ångestsyndrom får man värdera om depressiva symtom mest kan uppfattas vara del av eller underordnad det andra tillståndet.

När annan diagnos dominerar den kliniska bilden bör den behandlas först medan man följer förloppet av depressionen. I synnerhet gäller detta vid ADHD och autism, som inte sällan innebär tilltagande funktionssvårigheter när kraven ökar med åldern och ger demoralisering med nedstämdhet. Asylsökande personer med uppgivenhetssyndrom ges stöd att bibehålla vardagliga aktiviteter men inte riktad antidepressiv behandling.

Unga som varit utsatta för sexuella övergrepp eller andra svåra trauman och har en depression ska inte behandlas med depressionsspecifik KBT eller

IPT i steg II utan istället med traumafokuserad behandling (se SFBUP:s riktlinje för trauma).

Vid tydlig episod av medelsvår–svår depression ska denna behandlas före samsjuklighet med undantag för ådstörning i svält och missbruk. När svälten hävts respektive efter 4 veckors drogfrihet kan antidepressiva farmaka övervägas.

REKOMMENDATION

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

Behandlaren ska ge individuellt anpassad information till barnet och familjen om sin bedömning, om hur depression uppstår, effektiv behandling och förväntat förlopp, samt stödja dem att hantera depressionen.

Här finns ett tydligt fokus på familj och nätverk som viktig resurs som tillsammans med barnet och behandlare arbetar för att häva depressionen. För att öka delaktighet ska behandlaren ge patient och vårdnadshavare kunskap och information om behandlingsalternativ så att behandlingen kan vila på ett informerat samtycke.

En gemensam konceptualisering av diagnos(-er), viktiga påverkande faktorer och risker inklusive en tydlig plan framåt bidrar till förståelse, aktiv handling, hopp och optimism.

Barnet och föräldrarna bör få möjlighet att berätta vad de tror är bakgrunden till barnets depression och vad de tror gör att depressionen fortsätter. Tillsammans listar man problemområden och vidmakthållande faktorer och sätter upp mål och delmål för de första 4–8 veckornas psykosociala basbehandling. I praktiken brukar detta innebära efter 2–3 månader.

Vid svår depression bör man dock tidigare överväga läkemedel, se avsnitt om farmakologisk behandling från sidan 16.

Risk för självskadehandling, självmord och våld bör övervägas och säkerhetsplan (se faktaruta) upprättas vid behov. I samband med den psykosociala delen av behandlingen bör behandlaren beskriva depression som ett sjukdomstillstånd för att avlasta skuld och för att ge en grund för att öka stöd och anpassa krav. Ett datum för utvärdering av symtom, viktiga faktorer (såsom skolproblem och förälders depression) och

hur det gått med delmålen efter 4–8 veckors aktiv behandling bör tydligt anges i vårdplanen. Utifrån familjens preferenser kan tyngdpunkt i behandlingen variera och särskilt då val av behandlingsalternativ efter den första basala psykosociala behandlingssatsen.

Psykosocial behandling

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

Steg I

REKOMMENDATION

1. Psykosocial basbehandling är en multimodal behandling i familjekontext. Den är fasindelad och ges före specifik behandling (läkemedel eller specifik psykologisk behandling).

■ **INFORMATION.** Första steg i behandlingen är grundlig information muntligt och skriftligt om depression och olika behandlingsmöjligheter till barnet och närstående. Informationen utgör grunden till att få stöd och förståelse i vardagen.

■ **STABILITET OCH SÄKERHET.** En säkerhetsplanering för att hantera risk för självskada och självmord behöver upprättas i samband med bedömningen. Stabilisering innebär att vardagsrutiner för mat, sömn och fysisk aktivitet ska ses över och skadligt bruk av alkohol och droger hanteras.

Olika konkreta strategier att hantera självmordstankar och självskaideimpulser går igenom.

Försök att försiktigt utmana barnets föreställning om att vara en belastning för omgivningen, då detta kan leda till att barnet inte söker hjälp vid behov.

■ **STRESS- OCH VIDMAKTHÅLLANDEFAKTORER** Nästa steg är att fokusera på faktorer som vidmakthåller depressionen. De är angelägna för familjen och man har också god chans att få till stånd en förändring om kopplingen till depressionen klargörs. Aktiv ring kan skifta känslor av hjälplöshet till handling och lösning av problem.

Föräldrarna bör uppmuntras till att göra positiva saker tillsammans med sitt barn och att hjälpa barnet att bryta passiviteten.

Skolgången är viktig att komma igång med eller upprätthålla, men brukar behöva begränsas vad gäller krav på prestationer. Det är vid depression vanligt

med konflikter mellan föräldrar och barn. Om bedömningen är att konflikter bidrar till barnets depression bör barn och föräldrar tillsammans få hjälp med konkret problemlösning och konflikthantering.

Det är även viktigt att familjens kommunikationsstil ses över med syftet att minska upplevd kritik. Om föräldrar har egna problem som bidrar till barnets depression bör man på ett icke-skuldbeläggande sätt prata om hur det påverkar barnet.

Föräldrarna bör uppmuntras att söka egen hjälp. Ibland kan barnets livssituation vara svår, exempelvis p.g.a. stora familjekonflikter, våld i hemmet, missbruk eller psykisk sjukdom hos förälder som gör att förälderns omsorgsförmåga inte är tillräcklig. Socialtjänsten behöver då involveras omgående via en orosanmälan Patient och vårdnadshavare bör informeras om orosanmälan och den bör om möjligt upprättas i samråd.

■ KVARSTÅENDE SYMPTOM OCH LIVSMÅL.

I denna fas är fokus på kvarstående symptom. Behandlingen inriktas också på de livsområden som stått tillbaka under depressionen eller behöver utvecklas. Många barn med depression har problem i relation till kompisar, har kanske tappat tidigare vänner eller har svårt att söka stöd hos dem de har. Tankar om att man är en belastning och kanske för tråkig för kamraterna är inte ovanliga.

De kan också ha svårt med sunt självhåvdande, att sätta gränser för sig själv, att uttrycka sina behov, liksom svårigheter i kommunikation och i att kompromissa. Görs bedömningen att det bidrar till eller vidmakthåller depression bör en del av behandlingen fokuseras på förbättring av sociala färdigheter.

Efter hand blir livsmål och prosociala aktiviteter som utbildning, fritid och att umgås viktigare.

■ **MOTVERKA ÅTERFALL** Sista fasen är att identifiera högrisksituationer som kan leda till återfall i depression framöver. Det kan handla om yttre stress och alkoholbruk, liksom att upptäcka tidiga symptom och då särskilt sömnproblem. Det är mycket effektivare att förebygga återfall genom att snabbt använda fungerande strategier och för detta behövs oftast ett plan (se sidan 22).

■ Psykosocial basbehandling under minst 4-8 veckor

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

Hållpunkter att överväga när vårdplaner utformas:

1. Skapa behandlingsallians både med barn och föräldrar och ibland även med andra viktiga vuxna.

2. Ge anpassad muntlig och skriftlig information till barn och föräldrar om

- psykopedagogik enligt faktaruta på sidan 14
- metoder för utvärdering (självskattning med MADRS-S eller QIDS_{A17}-S och behandlarskattning av depressionsgrad och funktionsnivå)
- skriftligt material liksom tillförlitliga webbsidor och böcker

3. Se över skolsituationen. (Föräldrar får stöd i att informera lärare om depressionens inverkan.) Överväg tillsammans minskade krav, "sjukskrivning" från prov och inlämningar samt anpassad studiegång. Åtgärda eventuell mobbning.

4. Identifiera och remittera föräldern till egen hjälp om föräldern har påtagliga egna problem. (Framförallt pågående depression men även sömnrörning, äktenskapsproblem, missbruk.)

5. Arbeta motiverande med

- **Mat.** Betona regelbundenhet och rutiner för måltider. Vid illamående och/eller aptitlöshet - ät mindre och oftare. En bra frukost ökar förmågan att orka med dagen. Kost med mycket socker och snabbmat kan driva på depression medan övergång till sundare matvanor kan bidra till tillfrisknande.
- **Sömn.** Betona regelbundna vanor. Sänggående och uppstigning vid ungefär samma tider under både ledighet och vardagar. Att gå upp på samma tid är det viktigaste för att få ordning på sömnen. Undvika att vända på dygnet och att sova mer än helt kort dagtid. Ge råd om sömnhygien: nedvarning, ej koffein eller alltför stimulerande aktiviteter kvällstid. Släck skärm en timma före sömn.

- **Fysisk aktivitet.** Helst tre pass på minst 30 minuter varje vecka. Träningen bör komma till nivån så att hjärtat slår snabbt (minst 70 procent av maxpuls). Fysisk aktivitet erbjuder distraktion, ökad möjlighet till social interaktion, minskar stress samt motverkar övervikt. Träning kan vid depression fungera som en behandlingsinsats men vanligare är att starta med små steg av ökande fysisk aktivitet, kanske en promenad som efterhand blir raskare och lite längre. Det saknas i nuläget evidens för att erbjuda fysisk träning som specifik behandling av depression hos ungdomar.

- **Alkohol och droger** ska undvikas då det ökar symtomen och försämrar möjligheten att tillgodogöra sig behandling.

- **Positiva aktiviteter.** Gärna tillsammans med föräldrarna och fokusera på ungdomens tidigare intressen och relationer som man gradvis kan hitta tillbaka till. Dessa kan behöva schemaläggas inledningsvis för att bli av.

6. Arbeta med övriga faktorer av betydelse för depressionen

- **Familjerelationer:** minska kritik, lagom med krav, tid tillsammans, god problemlösning, god kommunikation, emotionellt stöd och sammanhållning.
- **Kamratrelationer:** hjälp att ta kontakt, uttrycka behov, utmana negativa tolkningar, social färdighetsträning.
- **Stressorer:** exempelvis tidigare och/eller pågående konflikter och våld i familjen, utsatthet, övergrepp, mobbning eller andra belastningar.

7. Följ kontinuerligt upp de depressiva symtomen och suicidrisk (se kontinuerlig utvärdering sid 23).

8. Följ kontinuerligt upp samsjuklighet.

9. Om förbättring ses, fortsatt behandling efter utvärderingen men kanske med glesare intervall.

Observera! Vid utebliven/otillräcklig effekt efter 4-8 veckor av aktiv psykosocial basbehandling (i praktiken oftast 2-3 månader), behöver man vid utvärdering göra en förnyad bedömning och byta strategi för insatserna (se utvärdering). Psykosocial basbehandling enligt ovan är tänkt som en första avgränsad insats och bör endast fortsätta i de fall där förbättring av symtom och funktion skett och familjen är positiva till fortsatt basbehandling. I övriga fall behöver man efter relativt snar utvärdering överväga andra insatser.

■ Psykopedagogik

Utbildning om depression för barnet samt föräldrar/familj ökar förståelse och kan även leda till minskad kritik, ökat stöd och rimligt hopp.

Den psykopedagogiska genomgången kan med fördel både vara allmän och specifik (med utgångspunkt ur det som framkommit i kartläggningen i bedömningen) och omfatta:

Allmänt om depression:

- Genomgång av tecken och symtom på depression
- Förekomst
- Orsaker till depression (både stress/belastningar och sårbarhet)
- Risk- och skyddsfaktorer
- Påverkan på kognitioner, sinnesstämning och beteende och samspelet mellan känslor-tankar-beteende.
- Inverkan på skolsituationen, familje- och kamratrelationer
- Betydelsen av stressreduktion (kritik, överkrav hemma och i skola i relation till aktuell funktion, konfliktnivån i hemmet)
- Risker med alkohol och droger
- Verksamma behandlingsmetoder
- Risk för återfall och förebyggande åtgärder

Specifikt om depression:

- Information om hur depressionen uppkommit och vidmakthålls hos barnet/ungdomen.
- Genomgång av hur individuell ärftlighet och annan ev sårbarhet, såsom läggning och temperament, samspelat med stressorer och belastningar (sätt ord på dessa) och vilka som var de första tecknen/symtomen som ungdomen reagerade med.
- Fördjupad genomgång baserad på kartläggningen i bedömningen kring hur depressiva symtom såsom nedstämdhet, irritabilitet, sömnsvårigheter, och bristande energi samspekar med vidmakthållande faktorer såsom exempelvis skolfrånvaro, isolering, konflikter och att sova på dagen samspekar för att driva på depressionen.
- Diskussion om vad som får den unga personen att må bättre respektive sämre med fokus på att minska passivitet och konflikter, öka aktivitet, kravavlastning, regelbundna rutiner för mat, sömn och fysisk aktivitet.

Detta kan illustreras visuellt t ex med den nedåtgående depressiva spiralen som belyser hur individuell sårbarhet, belastningar i miljön, depressiva symtom och vidmakthållande faktorer (ex. överkrav i skolan, konflikter i hemmiljön, bristande rutiner för sömn och passivitet) samspekar och bidrar till att depressionen utvecklas och vidmakthålls.

■ Skriftlig säkerhetsplan vid självmordsrisk

Värdera och beskriv risk utifrån självmordstankar, suicidala beteenden och riskfaktorer.

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

REKOMMENDATION

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

En strukturerad utvärdering ska genomföras enligt anvisning på sidan 21. Om patienten inte tydligt har förbättrats, d.v.s. halverad symtombelastning och ökad funktion, ska genomgång av faktorer som vidmakthåller depressionen göras.

Vid medelsvår depression kan 4 veckor av aktiv psykosocial behandling vara en lämplig utvärderingstid medan 8 veckor är rimligt vid lindrigare depression. I praktiken handlar det oftast om efter 2–3 månader. Utforska särskilt skolsvårigheter, depression hos förälder, pågående psykosociala stressorer eller alkoholkonsumtion hos tonåringen.

Patient och föräldrar ska sedan få information om de olika psykologiska och farmakologiska behandlingsmetoderna, deras förväntade effekt, grad av vetenskapligt stöd samt biverkningsprofil och vad som förväntas av patienten i form av egen arbetsinsats för att ges bästa möjlighet att välja.

Ju lägre funktionsnivå desto större nytta av farmaka och ju högre funktion och önskan att ha samtal desto större nytta av psykologisk behandling.

Farmakologisk och specifik psykologisk behandling kan med fördel kombineras samtidigt eller i faser så att en initial förbättring med hjälp av farmaka efterföljs av psykoterapeutiska insatser mot vidmakthållande faktorer och för att uppnå full funktion. Man kan även fortsätta med psykosocial basbehandling och lägga till specifika behandlingsinsatser.

Det är viktigt att ha i åtanke att beteendeförändringar tar tid och kräver att patient och föräldrar är uthålliga och arbetar aktivt liksom att behandlaren följer upp att planen verkligen följs. Inför övergången till steg II kan patienten och familjen behålla sin tidigare kontakt på mottagningen eller etablerar ny kontakt beroende på behandlaren inriktning och hur mottagningen strukturerar arbetet i olika team.

Steg II

REKOMMENDATION

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

Evidensen är för flera olika behandlingsinriktningar vid depression starkare för vuxna än för ungdomar och i synnerhet för barn. För yngre barn med depression är det i nuläget svårt att uttala sig om rekommendationer för specifika psykologiska behandlingar utifrån befintlig litteratur. Effekten av specifika psykologiska behandlingar för depression är högre när insatsen jämförs med ingen behandling (väntelista) jämfört med en aktiv kontrollbetingelse.

Det finns visst stöd för att depressionsbehandling som inkluderar föräldrar har bättre resultat än interventioner som sker utan föräldrainslag.

Utifrån ett familjeperspektiv fokuseras på risk- och skyddsfaktorer för att minska stress i livssituationen och öka emotionellt stöd. Gemensamt för de psykologiska behandlingar som har viss effekt eller är lovande vid depression är att de fokuserar på behandlingen av depressionen. Interventionerna tillämpas sekventiellt och utvärderas stegvis.

I val av behandling behöver man också väga in behandlingens längd, kostnad och resursåtgång. De styrkor och svårigheter som identifierats i bedömningen ligger till grund för behandlingens fokus och behandlingen kan med fördel skraddarsys. Exempelvis:

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

Ge tillräckligt med information om evidensläget, fördelar och ev. risker med olika behandlingar och diskutera tillsammans med familjen hur de olika behandlingsmetoderna kan möta familjens behov, förutsättningar och preferenser i en process som karaktäriseras av delat beslutsfattande och stärker familjens delaktighet.

INTERPERSONELL TERAPI (IPT) kan erbjudas ungdomar med lindrig–medelsvår depressionsepisod.

Behandlingen fokuserar på nuvarande problem, interpersonella relationer samt depressionssymtom.

En central komponent i IPT är identifikationen av ett interpersonellt problemområde som man fokuserar på i behandlingen (sorg, interpersonell dispyt, rollövergång eller interpersonell känslighet). Behandlingen är tidsbegränsad (12–16 sessioner).

KOGNITIV BETEENDETERAPI (KBT) kan erbjudas vid medelsvår egentlig depressionsepisod hos barn och ungdomar.

Samspelet mellan tankar, känslor och beteenden belyses, liksom undvikandets roll i vidmakthållandet av depressionen.

I behandlingen ingår beteendeaktivering för att få kontakt med positiva aspekter av livet, bemötande av negativt tankemönster, samt i vissa fall även social färdighetsträning.

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

Steg III

SPECIFIK FAMILJEBEHANDLING (till exempel anknytningsbaserad familjeterapi, ABFT).

ABFT har utarbetats för deprimerade och suicidala ungdomar och utvärderats i psykosocialt belastade miljöer och kan erbjudas.

ABFT fokuserar på att stärka och reparera anknytningsbandet mellan tonåring och föräldrar för att på så sätt skapa en skyddande och trygg bas för tonårsutvecklingen.

Den är lämplig när det inträffat händelser som skadat tilliten i familjen (anknytningsbrott), vilket kan visa sig såväl i undvikande av närhet och att tonåringen drar sig undan med sitt lidande, som i en hög konfliktnivå i familjen.

Behandlingen är manualiserad och pågår 12–16 veckor. Familjebehandling har framförallt visat sig leda till förbättrat utfall vid suicidtankar jämfört med andra behandlingar.

PSYKODYNAMISK KORTTIDSTERAPI kan erbjudas barn och ungdomar med medelsvår egentlig depressionsepisod. Behandlingen kan till exempel fokusera på att öka ungdomens förståelse av sig själv och sitt känsloliv, liksom svårigheter och utmaningar i livet som utforskas tillsammans med behandlare.

Farmakologisk behandling

Steg I

REKOMMENDATION

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

Vid depression förbättras en stor andel av placebo eller stöd. Vid lindriga–medelsvåra besvär ska man därför alltid vänta ut effekten av psykopedagogik och stöd, men även vid svårare depression kan man ibland se tydlig förbättring av inledande psykosocial basbehandling.

Behandlingseffekten av antidepressiv medicinering är sämre vid samtidig sömnstörning hos tonåringar och sömnstörning är relaterad till allvarligare depression. Av det skälet bör man behandla sömnstörningen parallellt med depressionen.



■ Intervention vid sömnrubbning

- ✓ Utred typ av sömnstörning (insomningsbesvär, uppvaknanden, tidigt morgonuppvaknande, för mycket sömn, mardrömmar, snarkningar och apné/tonsiller)
- ✓ Sömnråd: Stiga upp i "rätt" tid trots att man inte sovit ut, ingen/minimal dagsömn, fysiskt aktiv, ej cola/kaffe på kvällen, stäng skärm minst en timme före sömn, svalt och tyst rum, telefon avstängd.
- ✓ 1:a hand; kortverkande T. Melatonin 2-6 mg ½ timme före sänggåendet. Vid flera uppvaknanden under natten så kan man även överväga T. Circadin® (melatonin depot) 2-4 (-8-12) mg någon timme före sänggåendet. Observera att melatonin och circadin inte är rabatterat vid indikation depression.
- ✓ 2:a hand prepubertala (<12 år); T. Prometazin (Lergigan®) 25 mg eller T. Atarax® (hydroxyzin) 10-25 mg med observans för hang-over effekt.
- ✓ 2:a hand tonåringar; T. Mirtazapin 7,5-15 mg till natten med observans för viktuppgång.
- ✓ 3:e hand tonåringar zopiklon (Imovane®) 5-7,5 mg till natten under kort tid (1-4 v). OBS! Aldrig zopiklon vid risk för missbruk; T Propavan 25 mg 1-2 till natten till ungdomar med observans för hang-over effekt och motoriska biverkningar.

Följande rekommenderas inte:

- ✗ zolpidem (Stilnoct®) p.g.a. risk för hallucinationer och "rebound-insomnia" så att man vaknar mitt i natten utan att kunna somna om
- ✗ zaleplon (Sonata®) p.g.a. kort halveringstid med hög risk för beroende
- ✗ alimemazin (Theralen®) p.g.a. toxicitet och hang-over effekt
- ✗ levomepromazin (Nozinan®) p.g.a. kraftig hang-over effekt
- ✗ bensodiazepiner p.g.a. risk för missbruk och beroende

Steg II

REKOMMENDATION

1. Farmakologisk behandling med SSRI (fluoxetin) kan och bör ofta ges om ej förbättring efter adekvat psykosocial basbehandling i 4-8 veckor vid medelsvår depression. Vid svår depression efter cirka 2 veckor.

Adekvat basbehandling bör initialt omfatta 4-8 sessioner under 4-8 veckor efter att diagnosen depression ställts. I praktiken handlar det oftast om 2-3 månader efter nybesök.

Fluoxetin har god evidens och låg risk på kort sikt vid kontrollerade studier på 3 månaders behandling

vid medelsvår depression från 8 års ålder. Den initiala effekten under de första månaderna är bättre än för samtalsbehandling. Detta gäller i synnerhet vid svårare depressioner. Med tiden jämnas skillnaderna ut så att effekten är likvärdig efter 1 år.

Vid svår depression med melankoli kan omgående insättning av fluoxetin övervägas.

Tänk en extra gång på differentialdiagnoser och yttre faktorer före insättning av SSRI före puberteten. Vid korrekt diagnos är effekten av fluoxetin god även hos barn före puberteten.

Behandling med fluoxetin bör kombineras med fortsatt psykosocial basbehandling eller annan specifik psykologisk behandling.

■ Medicinering med fluoxetin

1. Ge noggrann muntlig och skriftlig information till både patient och förälder om
 2. Preparatets verkningsmekanism
 3. Biverkningsprofil.
 4. Informera särskilt om
 - att ta medicinen efter måltid för att minska initialt illamående, att en övergående aktivering, som kan innefatta även aggressivitet, och ångeststegring kan komma före den antidepressiva effekten, om mardrömmar och eventuella sexuella problem till tonåringar samt att en känsla av att bli avtrubbad kan komma efterhand. Suicidrisken minskar i allmänhet men kan i enstaka fall förvärras efter insättning av läkemedel
 - När effekten kan tänkas komma (3-6 veckor)
 - Behandlingens längd (6-12 månader)
 - Att fluoxetin inte är beroendeframkallande
- Patienten bör ha fyllt i ett biverkningsformulär (t ex Pediatric Side Effect Checklist, P-SEC) före behandlingsstart, alternativt att förekomst av vanliga biverkningar har efterfrågats och dokumenterats för att underlätta värdering av nytillkomna biverkningar i samband med läkemedelsbehandling.
 - Börja med fluoxetin 10 mg i 7-10 dagar, därefter 20 mg i 2-3 veckor. Utvärdera efter 3-4 veckor och eventuell fortsatt dosökning görs med 10 mg varannan vecka tills effekt eller biverkning uppkommer eller dos på 40 mg uppnåtts (ev. till 60 mg för tonåringar). Om agitation (aktivering) uppstår ska dosökning avbrytas och dos kanske reduceras men diagnostisera ej som mani om inte eufori blivit helt uppenbar. Observera att det finns stora individuella skillnader i metabolism av läkemedel så att enstaka patienter kan uppnå tillräckliga nivåer på fluoxetin 10 mg medan andra kan behöva upp till 80 mg. Vid extrema doser bör man noga utvärdera biverkningar och även överväga att kontrollera serumnivåer. Serumnivåbestämning är även tillgänglig för escitalopram, sertralin, duloxetin och mirtazapin men inte för bupropion. Farmakogenetisk CYP-analys kan också övervägas när serumnivåer är oväntat höga eller låga.
 - Uppföljning av biverkningar vid besök eller per telefon eller webrapport veckovis första månaden och efter dosökning.
 - Omsvängning (switch) till hypomani vid medicinering med SSRI indikerar bipolaritet men agitation av SSRI kan misstas för switch. Agitation är mycket vanligare och medför inte förhöjd risk för bipolaritet och dosreduktion eller expektans är ofta tillräckligt.
 - Utvärdering av fluoxetin efter 8 veckor. Effekten är acceptabel om symtombelastningen halverats eller reducerats med 40 procent om depressionen varit långvarig och förbättringen är helt tydlig.
 - Behandlingen kan pågå 6-12 månader efter remission. För- och nackdelar med utsättningen bör diskuteras med patient och föräldrar. Det bästa är att avsluta behandlingen i april-maj och undvika att medicinfri period startar på hösten eller vid belastning med skolarbete. Vid mer komplicerad bild, se råd under återfallsprevention nedan.
 - Vid flerårig behandling ska längdtillväxt kontrolleras och då särskilt i samband med tillväxtspurten.
 - Utsättningssymtom kan uppkomma. Fluoxetin har dock lång halveringstid och kan avbrytas tvärt men för att minimera risken för utsättningsreaktioner bör dosen gradvis sänkas över en period på minst en till två veckor. Andra SSRI-preparat bör trappas ner med halvering var 2-3:e vecka. Informera om risk för övergående (dagar-veckor) av framförallt plötslig yrsel särskilt då man rör ögonen eller huvudet, influensaliknande symtom och skakningar.

REKOMMENDATION

2. Om man inte får effekt eller får besvärande biverkningar av fluoxetin bör man byta till annat SSRI eller till duloxetin (ett SNRI).

Om ett läkemedel inte ger effekt bör man ånyo fundera på om rätt diagnos ställts, om alkohol- eller drogkonsumtion föreligger, om skolproblem, annan utsatthet eller depression hos förälder bättre förklarar den uteblivna förbättringen.

Endast fluoxetin är i Sverige godkänt för depression från 8 års ålder, medan även escitalopram är godkänt i USA från 13 års ålder. Är diagnosen korrekt går man vidare med annat SSRI d.v.s. sertralin eller escitalopram eller till duloxetin (Serotonin Noradrenalin Receptor Inhibitor, SNRI). De har effekt men för sertralin måttligt och för duloxetin svagt vetenskapligt underlag. Fluoxetin sätts då ut tvärt och det andra preparatet sätts in i låg dos och trappas upp veckovis till måldos. Måldos är för escitalopram 10 (-20), för sertralin 50 (-150) och för duloxetin 60 (-90) mg. Startdos är hälften av måldos.

Tobaksrökning sänker nivåer av duloxetin, vilket innebär att doser då behöver justeras uppåt i intervallet.

Någon gång kan man behöva gå över det rekommenderade intervallet men man ska då ha förvissat sig om att biverkningar inte besväras. Då rör det sig sannolikt om en så kallad snabb metaboliserare. Vid hög dos bör man dosera två gånger dagligen för att få en jämn nivå men detta behövs inte vid fluoxetin pga fluoxetins extremt långa halveringstiden.

Vid byte från SSRI till fluoxetin, kan man starta med ekvipotent måldos av fluoxetin och trappa ut det andra SSRI-preparatet under 1–2 veckor. Duloxetin kan vara särskilt lämpligt om biverkan i form av aktivering har besvärats vid medicinering med fluoxetin och ett andra SSRI då troligen innebär en lika stor risk för aktivering.

Steg III**REKOMMENDATION**

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

Kontrollerade studier saknas men riktlinjerna baseras på klinisk erfarenhet och studier på vuxna. Vid partiell effekt av fluoxetin kan man även överväga att då

(om denna inte redan startats) inleda specifik psykologisk behandling, som kan ha bättre förutsättningar att vara framgångsrik i denna fas snarare än när depressionen är i värstäläge.

Val av tilläggsmedicin kan göras efter symtombild och information om biverkningar.

Var noga med att genomföra varje nytt farmakologiskt steg fullt ut d.v.s. till effekt, biverkan eller maximal dos och noga dokumentera effekt och biverkningar. Då underlättas en rationell användning av läkemedel och ineffektiv behandling kan tas bort och behöver inte övervägas i framtiden. Substanser som kan användas är:

- Litium (Lithionit®) vid återkommande eller allvarligare depressioner och ställs in med serumnivå på 0,6–0,8 µmol/L.
- Mirtazapin när sömnsvårigheter eller ångest dominerar. Starta med 15 mg under 4–5 dagar och öka sedan till 30 mg t.n. som utvärderas efter 2–3 veckor och ev. dosökning till 45 mg. OBS! informera om risken för viktökning, ge kostråd och följ vikten.
- Bupropion (Voxra®) när olust och trötthet dominerar. Starta med 150 mg på morgonen i 1 (-2) vecka och öka till 300 mg på morgonen. Utvärdering efter 3–4 veckor. Bupropion kan höja plasmanivån av fluoxetin, varför detta kan behöva reduceras när bupropion läggs till. Informera om risken för kramper samt överkänslighetsreaktion, som kan yttra sig som influensaliknande symtom eller utslag.

REKOMMENDATION

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

- Agomelatin (Valdoxan®) är en melatoninagonist och 5-HT_{2c} antagonist som har visats effektiv för depression hos ungdomar 12–17 år, med relativt god tolerabilitet och god effekt på sömnstörning. Användningen begränsas av att via blodprov ska ett leverstatus med ALAT kontrolleras efter 3, 6, 12 och 24 veckors behandling i linje med anvisningar för vuxna i FASS men i studien på unga (n=396) uppstod inte någon leverbiverkan.
- Venlafaxin (Efexor®) verkar ha effekt hos ungdomar, men ger mer biverkningar än SSRI i form av agitation, ökade självmordstankar, självskada

och förhöjt blodtryck. Studierna på barn och unga har inte visat bättre effekt än placebo men för vuxna från 18 år är dokumentationen för effekt av venlafaxin god. Starta med 37,5 mg i depot på morgonen och trappas upp efter 3–4 dagar till 75 mg, utvärdering efter 3 veckor och ev. 150 mg och någon gång även till 225 mg. Abrupt utsättning av venlafaxin ger ofta utsättningsymtom, varför preparatet behöver trappas ut långsamt över en till två månader.

- Mirtazapin enl. ovan.
- Bupropion enl. ovan

REKOMMENDATION

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

Vid medelsvår episod där flera behandlingsförsök inte gett avsedd effekt kan klomipramin (Anafranil®) ha effekt. Klomipramin i.v. kan också ha effekt på ungdomar med svår depressiv episod.

Denna behandling bör göras under EKG-övervakning. Risk för rytmrubbningar och annan toxicitet vid överdosering innebär att klomipramin har en mycket liten plats i utbudet. Dosökning ska göras mycket gradvis p.g.a. trötthet, muntorrhet andra antikolinerga biverkningar.

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

REKOMMENDATION

4. Tillägg med neuroleptika bör övervägas vid depression med psykotiska symptom.

Neuroleptika medför en stor risk för metabola biverkningar och viktökning och ska därmed användas med stor försiktighet. Vid framträdande symptom på psykos bör neuroleptika komplettera depressionsbehandlingen. För ungdomar med bipolär depression finns stöd för lurasidon (Latuda®) och olanzapin. Olanzapin är dock olämpligt på grund av stor risk för allvarliga metabola biverkningar. Lurasidon har en mildare biverkningsprofil.

För vuxna finns gott stöd för quetiapin vid depression och bipolär depression. För vuxna finns även stöd för tillägg med mycket låg dos neuroleptika till antidepressiv behandling som givit partiell respons. Detta bör undvikas eller användas till ungdomar med depression med försiktighet och efter att ovanstående alternativ (tillägg med litium, bupropion och mirtazapin) har provats då risken för metabola biverkningar är större hos yngre. Kontroll av vikt och metabolt lab ska göras om neuroleptika används.

REKOMMENDATION

5. Ljusbehandling har möjlig effekt på lindrig depression.

Ljusbehandling har möjlig effekt på lindrig depression. Behandlingen (exempelvis Phillips Bright Light) är dock svåradministrerad eftersom den ska ges på morgonen 1 timme dagligen under 4 veckor. Dokumentation av effekt är svag.

Icke göra

- Paroxetin har ingen påvisad effekt utöver det som placebo ger men ökar risken för suicidalt beteende och fientlighet.
- Prepubertala barn med medelsvår depression ska inte behandlas med venlafaxin då effekt inte är bättre än placebo.
- Farmakologisk antidepressiv behandling efter bara ett bedömningssamtal eller före rimlig psykosocial basbehandling vid lindrig och medelsvår depression.
- Transkraniell magnetstimulering (TMS) har visats effektiv till vuxna med depression. En studie på ungdomar visade ingen skillnad från placebo och inte ens en antydning till effekt. TMS till ungdomar är därmed inte färdig för kliniskt bruk
- Esketamin har visats effektivt till vuxna med depression och nu även i en liten studie till ungdomar 13–17 år med behandlingsresistent depression där kontrollgruppen istället fick intravenöst midazolam (bensodiazepin). Esketamin är ännu inte färdigt för användning i klinik främst med tanke på risken för sensitisering av missbruk och risken för kognitiva biverkningar.

UTVÄRDERING

Utvärdering av behandlingseffekt

REKOMMENDATION

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

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

Det innebär att fråga om förändringar i måendet, sömnen, aktivitetsnivå, om något nyttillkommet (till exempel ytterligare belastning eller stress) har ökat riskbilden, samt att följa upp om planerade hemuppgifter blivit genomförda.

Vid tecken på försämring ska nedstämdhet/irritation, anhedoni och suicidalitet värderas. Gå också igenom sömn, brist på energi och nivån av pågående psykosociala stressorer som kan ha samband med

REKOMMENDATION

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

försämringen.

Då diagnostisk bild, viktiga faktorer för tillfrisknande och effekt av behandlingsinsatser kan variera starkt är det av allra största vikt att grundligt utvärdera effekten av behandlingen och ompröva insatser.

Vid depression bör en tydlig förbättring ha noterats inom 2 månader. Effekten av farmakologisk behandling kommer till större delen inom 4 veckor. Utvärdering efter 4–8 veckors behandling innebär i praktiken att detta ska ske 2–3 månader efter nybesöket med utrymme för kartläggning och vårdplan före behand-

REKOMMENDATION

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

lingen.

Om större delen av depressionen kvarstår bör man se över bedömningen/utredningen. Viktiga prediktorer för bristande respons är depressionens svårighetsgrad (främst anhedoni, sömnstörning och hypomani/agi-

■ Parametrar vid utvärdering

Utvärderingen efter behandlingsomgång bör innefatta en mätning gentemot utgångsläge vad gäller:

- samtliga symtom på depression via intervju

men även

- symtom via självsvärsskala ex. MADRS-S, MFQ, QIDS-A17-SR
- sammanvägd förändring av depression sedan behandlingsstart. Clinical Global Impression - Improvement (CGI-I) som graderas i 7 steg (1, mycket förbättrad - 7, mycket försämrade) kan användas. Ett praktiskt mått är att låta patient och närstående uppskatta hur stor del av depressionen som kvarstår (jämfört med utgångsläget före behandling), graderat exempelvis som 25-50-75 procent av depressionen före behandling
- aktuell suicidrisk och risk för våld
- funktionsförmåga i vardagen via C-GAS jämfört med före behandling.
- kvarstående psykosociala stressorer/belastningar
- delmål i vårdplanen, grad av förbättring och måluppfyllelse
- behandlingsföljsamhet både vad gäller farmaka, samtal och hemuppgifter
- patients och närståendes upplevelse av och syn på givna behandling

tation), samsjuklighet, belastningar såsom depression hos föräldrar, familjekonflikter, utsatthet, skolproblem eller riskbeteenden såsom alkohol och droger. Ta således i samråd med familjen ställning till om fokus behöver flyttas till att utreda och behandla samsjuklighet, hantera belastningar eller till övriga insatser.

Fortsätt inte med samma behandlingsstrategi om effekt uteblir.

■ Frågor att ställa sig när effekten uteblir

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

- Är diagnostiken korrekt? Är bipolaritet missad?
- Finns det bakomliggande samsjuklighet som inte noterats eller fått otillräcklig behandling? Tänk ex. på uppmärksamhetsstörning, ångest-syndrom, traumarelaterade symtom, autistiska drag och personlighetsproblematik.
- Finns behov av psykologutredning av kognitiva och intellektuella funktioner?
- Finns behov av somatisk/organisk utredning?
- Finns ett pågående missbruk?
- Finns depression eller missbruk hos förälder?
- Finns belastning av pågående konflikter?
- Finns belastning från skolgången? Är kraven lagom, stödet tillräckligt, mobbning utesluten?
- Finns annan pågående psykosocial belastning?
- Hur fungerar mat, sömn, aktivering (anhedonin!) och fysisk aktivitet?
- Är behandlingen otillräcklig vad gäller allians, psykosocialt fokus och behandlingsfölsamhet så att byte av strategi eller byte av behandlare ska övervägas?

REKOMMENDATION

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

Risken att försämrans är högre om man förbättrats men inte blivit fullt frisk. Därför är det angeläget att vara uppmärksam på kvarstående subkliniska symtom, exempelvis koncentrationssvårigheter, uttrötthet och stresskänslighet. Fokus och tyngdpunkt i behandlingen behöver ofta ändras under behandlingsförloppet. Exempelvis kan behandling av svårare depression först betona sömn, antidepressiv medicinering och aktivering och därefter kan samtal med fokus på andra vidmakthållande faktorer komma i fokus. Målet ska vara remission, d.v.s. i stort symtomfri under två månader och tillfrisknande (recovery), som innebär återgång till full funktionsförmåga och högst två symtom som kvarstår i ringa grad under minst två månader. Detta är ett rimligt mål för de allra flesta (80 procent) med depression. Pågående behandlingsinsatser bör utvärderas minst var tredje månad och kvarvarande symtombelastning, funktion och stressorer värderas mot värsta läge. Efter remission bör alla patienter ges någon form av fortsättningsbehandling, exempelvis månatliga uppföljningar och ”boosterdos” med samtal om viktiga teman i tre månader. Kontinuitet har stor betydelse vid fungerande behandlingsrelation.

Återfallsprevention

REKOMMENDATION

1. Att tillfrisknandet bibehålls bör följas upp under minst ett år efter avslutad behandling.

Depression är en sjukdom med risk för återfall. Framtida episoder ska aktivt förebyggas då de tenderar att bli ännu mer tärande på funktion och livskvalitet.



■ Faktorer som särskilt ökar risk för återinsjuknande

Det finns några faktorer att vara vaksam på eftersom de kan kopplas till ökad risk för nytt insjuknande.

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

Patient och föräldrar bör informeras om risken för återinsjuknande och uppmanas vara uppmärksamma på tidiga tecken på depression, samt få redskap att hantera dessa. Vid avslutningsbesöket kan man med fördel tillsammans gå igenom och skriftligen dokumentera exempel på möjlig yttre stress, tidiga tecken på återfall, samt olika riskbeteenden (t ex droger, vända på dygnet) och göra upp en plan för hur dessa kan hanteras framöver,

liksom hur hälsofrämjande aktiviteter kan fortsätta för att undvika återfall.

Utöver detta bör man:

- Planera för uppföljning minst efter 6 och efter 12 månader, men vid recidiverande depression är det lämpligt med uppföljning även efter 18 och 24 månader. Uppföljning kan ske via webbaserade självsvarfsformulär som går ut på förutbestämda tidpunkter men som inte leder till något besök om symptomen inte har ökat.
- Överväga långtidsbehandling med farmaka eller fortsatta psykosociala booster-doser någon gång

Vid återfall ska bedömning ske halvvakut för att snabbt starta adekvata insatser.

KVALITETSINDIKATORER

REKOMMENDATION

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

Utredning

- Ärftlighet
- Anhedoni och sömn
- CGAS
- Tidigare självmordsförsök
- Alkohol- och drogbruk
- Familjeklimat
- Psykosociala stressorer/belastningar
- Skolgång

Behandling

- Psykopedagogisk genomgång; muntlig och skriftlig
- Vårdplan där barn och föräldrar varit aktiva
- Aktivering
- Familjestöd
- Rutiner
- Skolgång

Utvärdering kvartalsvis

- Mål och delmål
- Belastningar/stressorer
- CGAS
- Anhedoni och sömn
- Självmordstankar
- Biverkningar

REFERENSER

- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863–875.
- Arango, C., Buitelaar, J. K., Fegert, J. M., Olivier, V., Pénélaud, P. F., Marx, U., Chimits, D., Falissard, B., & study investigators (2022). Safety and efficacy of agomelatine in children and adolescents with major depressive disorder receiving psychosocial counseling: a double-blind, randomised, controlled, phase 3 trial in nine countries. *The lancet. Psychiatry*, 9(2), 113–124.
- Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., Ren, L., & Brent, D. A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 297(15), 1683–1696.
- Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(11), CD008324.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(7), 694–702.
- Diener, M. J., Gottdiener, W. H., Keefe, J. R., Levy, K. N., & Midgley, N. (2021). Treatment of depression in children and adolescents. *The lancet. Psychiatry*, 8(2), 97.
- Dippel, N., Szota, K., Cuijpers, P., Christiansen, H., & Brakemeier, E. L. (2022). Family involvement in psychotherapy for depression in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and psychotherapy*, 95(3), 656–679.
- Eckshtain, D., Kuppens, S., Ugueto, A., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R., Corteselli, K., & Weisz, J. R. (2020). Meta-Analysis: 13-Year Follow-up of Psychotherapy Effects on Youth Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1), 45–63.
- Forti-Buratti, M. A., Saikia, R., Wilkinson, E. L., & Ramchandani, P. G. (2016). Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European child & adolescent psychiatry*, 25(10), 1045–1054.
- Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., Holland, F., Kelvin, R., Midgley, N., Roberts, C., Senior, R., Target, M., Widmer, B., Wilkinson, P., & Fonagy, P. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The lancet. Psychiatry*, 4(2), 109–119.
- Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Bailey, A. P., Sharma, V., Moller, C. I., Badcock, P. B., Cox, G. R., Merry, S. N., & Meader, N. (2021). New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD013674.
- Hughes, C. W., Emslie, G. J., Crismon, M. L., Posner, K., Birmaher, B., Ryan, N., Jensen, P., Curry, J., Vitiello, B., Lopez, M., Shon, S. P., Pliszka, S. R., Trivedi, M. H., & Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood major depressive disorder (2007). Texas Children's Medication Algorithm Project: update from Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6), 667–686.
- Jarbin, H. (2016). Behandling av depression hos barn och ungdomar. Information från Läkemedelsverket, 27(6), 6–10.
- Liang, J. H., Li, J., Wu, R. K., Li, J. Y., Qian, S., Jia, R. X., Wang, Y. Q., Qian, Y. X., & Xu, Y. (2021). Effectiveness comparisons of various psychosocial therapies for children and adolescents with depression: a Bayesian network meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 30(5), 685–697.

Läkemedelsverket. (2016). Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. Stockholm: Läkemedelsverket.

Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R. A., de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 57, 33–45.

Psychological interventions for the treatment of depression: Depression in children and young people, 2019 evidence review. (2019). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Pu, J., Zhou, X., Liu, L., Zhang, Y., Yang, L., Yuan, S., Zhang, H., Han, Y., Zou, D., & Xie, P. (2017). Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry research*, 253, 226–232.

Solmi, M., Fornaro, M., Ostinelli, E. G., Zangani, C., Croatto, G., Monaco, F., Krinitski, D., Fusar-Poli, P., & Correll, C. U. (2020). Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 214–232.

Socialstyrelsen. (2021). Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2012). *Diagnostik och uppföljning av förstämmningssyndrom: en systematisk litteraturöversikt.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Walter, H. J., Abright, A. R., Bukstein, O. G., Diamond, J., Keable, H., Ripperger-Suhler, J., & Rockhill, C. (2022). Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, S0890–8567(22)01852-4. Advance online publication.

Waraan, L., Siqveland, J., Hanssen-Bauer, K., Czjakowski, N. O., Axelsdóttir, B., Mehlum, L., & Aalberg, M. (2023). Family therapy for adolescents with depression and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical child psychology and psychiatry*, 28(2), 831–849.

Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. T., Schwartz, K. T., & Bolano, C. (2017). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(1), 11–43.

Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R., & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *The American psychologist*, 72(2), 79–117.

Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furu-kawa, T. A., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Coghill, D., Xiang, Y., Hetrick, S. E., Leucht, S., Qin, M., Barth, J., Ravindran, A. V., Yang, L., Curry, J., Fan, L., Silva, S. G., Cipriani, A., ... Xie, P. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 7(7), 581–601.

DIAGNOS- OCH KVÅ-KODER

DEPRESSIONSDIAGNOSER, KOD ENLIGT:	DSM-5	ICD-10
Depressiv episod, lindrig	296.21	F32.0
Depressiv episod, medelsvår	296.22	F32.1
Depressiv episod, svår	296.23	F32.2
Depressiv episod, svår med psykos	296.24	F32.3
Rec depression, lindrig-svår m psykos	296.31-4	F33.0-3
Rec depression i remission	296.36	F33.4
Dystymi-ihållande depression	300.4	F34.1
Depression UNS	311	F32.9
Uppgivenhetssyndrom		F32.3A
Organiskt förstämningssyndrom	293.83	F06.3
”Disruptive Mood Dysregulation Disorder”	296.99	

KLASSIFIKATION AV VÅRDÅTGÄRD ENL. SOS	KOD
Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd	AU009
Allmän skattning av behov/funktionsförmåga	AU010
Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik	AU006
Strukturerad suicidriskbedömning	AU118
Skattning av psykiska symtom	AU011
Neuropsykologisk utredning	AA060
Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument	AA085
Vårdplan	AU120
Psykopedagogisk behandling (psykosocial basbehandling)	DU023
Systematisk psykologisk behandling, KBT	DU011
Systematisk psykologisk behandling, IPT	DU022
Systematisk psykologisk behandling, systemisk	DU076
Ordnation av läkemedel	DT026
Systematisk undersökning av läkemedelsbiverkan	AV127



Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

www.sfbup.se
info@sfbup.se