

Bo Larsson, professor i barn- och ungdomspsykiatri, Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, NTNU, Trondheim, Norge
(bo.larsson@medisin.ntnu.no)

Kognitiv beteendeterapi ger goda resultat vid depression hos barn

■ Fram till för några decennier sedan ansågs depression vara en relativt sällsynt psykisk sjukdom i barn- och ungdomsåren då personligheten inte var färdigutvecklad förrän sent under tonåren [1, 2]. Under de två senaste decennierna har den empiriska forskningen avsevärt ökat våra kunskaper om olika former av depressioners fenomenologi, förekomst, komorbiditet och prognos, särskilt hos tonåringar. Diagnostiken av depressioner hos barn och tonåringar definierad med DSM-systemet (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) baseras dock med något undantag på kriterier som utvecklats för vuxna med olika former av depressiva störningar [3].

Epidemiologi

Resultaten från ett flertal stora epidemiologiska studier visar att depression förekommer (punktprevalens) hos 0,4–2,5 procent av barn och 0,4–8,3 procent hos tonåringar [4]. Den ackumulerade prevalensen av egentlig depression hos tonåringar har uppskattats till 15–20 procent. Mer begränsad är vår kunskap om dystymi, vars förekomst hos barn är 0,6–1,7 procent och 1,6–8 procent hos tonåringar. Den mest omfattande kartläggningen av prevalens, komorbiditet och prognos av depression i tonåren med semistrukturerade intervjuer har gjorts av forskningsgruppen kring Peter Lewinsohn i Eugene, Oregon. Man har funnit att den vanligaste formen av depressiv störning är egentlig depression (80 procent). Dystymi utgör cirka 10 procent. Båda depressionsformerna (>double depression<) förekommer samtidigt hos 10 procent av tonåringar med depressiv störning [5]. Dystymi debuterar vanligen omkring två år före en episod med egentlig depression, vars genomsnittliga längd har beräknats till cirka 7–9 månader [4].

Uppskattningsvis förbättras omkring 90 procent av barn och tonåringar med egentlig depression efter 1,5–2 år medan besvären hos 6–10 procent får ett utdraget förlopp [4]. Såväl epidemiologiska som kliniska studier har visat att risken för att sådana besvär återkommer efter två år är cirka 40 procent och efter fem år cirka 70 procent. Lewinsohn har nyligen visat att nästan hälften av tonåringarna med egentlig depression utvecklat en ny episod i åldrarna 19–24 år och att den årliga risken för recidiv är 9 procent [6]. I högre åldrar är risken för recidiv ännu större och har uppskattats till 60–70 procent [4].

Epidemiologiska studier visar en ökad förekomst (komorbiditet) av ångeststörningar, utåtagerande beteendeproblem, missbruk och personlighetsstörning bland barn och tonåringar med olika former av depression och att flera av dessa pro-

SAMMANFATTAT

Depressiva symtom och tillstånd är vanliga bland barn och tonåringar, särskilt hos flickor.

En relativt stor andel av depressiva störningar i dessa åldersgrupper är stabila över tid och medför också risk för recidiv. Liksom vid många andra psykiska störningar hos barn och tonåringar är komorbiditet vanlig.

Av medicinska och psykologiska behandlingsmetoder som utvärderats i kontrollerade studier har kognitiv beteendeterapi visat sig mest effektiv och har även den mest solida dokumentationen.

Behandling av depressiva störningar hos barn och tonåringar med tricykliska antidepressiva har inte visat sig effektiv. Av SSRI-preparaten har endast fluoxetin visat sig mer effektiv än placebo i en kontrollerad studie.

Suicidpreventiva program som administrerats i skolor främst i USA har inte minskat suicidtankar eller suicidförsök hos tonåringar. Resultaten av några kliniska undersökningar visar också på liknande negativa resultat.

Vid depressiva tillstånd hos barn och tonåringar är psykologisk behandling med metoder baserade på kognitiv beteendeterapi ett gott förstahandsval och kan administreras inom såväl skolhälsovård som klinisk verksamhet. Behandlingen kan ges till individer men också på gruppnivå.

blem (utom missbruk) också föregår utveckling av depression [4, 7]. Det finns även stöd för att komorbiditeten under tonåren är högre än i vuxenålder. Av medicinskt intresse är att depression i tonåren är förenad med nedsatt fysisk aktivitet, inskränkt social funktion men också en ökad förekomst av somatiska besvär [8].

Av ovanstående siffror kan man alltså dra slutsatsen att depressiva störningar hos barn och egentlig depression är vanligt förekommande, särskilt hos tonårsflickor (cirka två gång-

Depressiva störningar hos barn och egentlig depression är vanligt förekommande. Tonårsflickor löper cirka två gånger större risk att drabbas än pojkar.

er större risk än för pojkar). De medför också stor risk för recidiv såväl under tonåren som i vuxenåldrar.

I Sverige har olika former av depression hos barn och tonåringar med all sannolikhet underdiagnostiserats och negligerats som viktig diagnostisk entitet och alltför ofta uppfattats som sekundär till annan psykisk störning. Särskilt tidigare har behandlingen som givits till deprimerade barn och deras föräldrar baserats på psykodynamiska metoder och stödsamtal. Men under senare decennier har olika former av familjeterapi blivit allt vanligare i klinisk praxis. Den kliniska behandlingen har vanligen inriktats mot komorbiditet och bakomliggande psykosociala faktorer.

Behandling av depression

Litet är känt om hur stor andel barn och tonåringar med olika former av depression som får någon form av behandling i Sverige. I USA har 15–60 procent av tonåringar som i epidemiologiska studier uppfyllt kriterier för egentlig depression fått behandling, vanligen psykoterapi i öppenvård. Endast en liten andel hade behandlats med farmaka eller sjukhusvård [9]. Högre grad av depressiva besvär, ökat antal tidigare depressionsepisoder, komorbiditet med icke affektiva sjukdomar, tidigare suicidförsök, ofullständig familj, skolproblem och kön (flickor oftare) ökade möjligheterna till behandling.

Först under de två senaste decennierna har kontrollerade studier gjorts som fokuserat på behandling av depressiva störningar hos barn och tonåringar, men de är ännu relativt sparsamma i omfattning. Detta gäller utvärdering såväl av effekter av antidepressiva farmaka som av psykologiska behandlingsmetoder.

Farmakologisk behandling

Till skillnad från studier på vuxna med depression har TCA (tricykliska antidepressiva) i ett flertal studier inte visat sig effektivare än placebo. I en metaanalys som inkluderade nio av tolv randomiserade studier fann man ingen statistisk skillnad mellan aktiv substans (TCA) och placebo trots att man hade god statistisk power (>80) att upptäcka existerande skillnader mellan behandlingsgrupperna [10]. Effektmåtten baserades på standardiserade instrument för att bedöma depressiva symtom hos barn och tonåringar i åldrarna 6–18 år. I hälften av studierna var placeboresponsen stark (50 procent), och i hela materialet var den 37 procent. Man fann också ett negativt samband mellan kvalitet hos de ingående studierna och effekttorlek, det vill säga bättre designade studier medförde mindre skillnader mellan behandlingsgrupperna. Slutsatsen

är att TCA inte har dokumenterat positiva effekter jämfört med placebo vid behandling av depressioner hos barn och tonåringar. TCA kan också ge allvarliga biverkningar, främst kardiotoxiska vid överdosering, vilket understryker att dessa medel inte har någon plats i behandling av depression hos barn och tonåringar [11].

Ett flertal öppna studier på barn och tonåringar med depression har visat positiva effekter (60–75 procent) av SSRI-preparat (serotonin selective reuptake inhibitor), bland annat fluoxetin, sertralin, paroxetin och fluvoxamin. Slutsatserna som kan dras från sådana studier är begränsade på grund av avsaknad av placebokontroll. SSRI-gruppens farmaka har visat sig ge få allvarliga biverkningar, och de flesta är övergående och förekommer under de första veckorna [12]. De vanligaste är gastrointestinala (illamående, diarré eller förstoppning) eller symtom relaterade till centrala nervsystemet (huvudvärk, yrsel, insomningsbesvär och agitation), vilket förekommer hos 10–20 procent av tonåringarna. Motorisk oro och agitation hos barn kan medföra att dosen måste reduceras och i vissa fall utsättas. Toxiciteten vid överdosering, till exempel i samband med suicidförsök, är också klart mindre än vid behandling med TCA [11]. Av dessa skäl utgör SSRI ett intressant behandlingsalternativ vid depression hos barn och tonåringar.

Placebokontrollerade jämförelser har ännu publicerats bara för fluoxetin vid behandling av depressiva störningar hos barn och tonåringar [12–15]. I den första studien fann Simeon och medarbetare inga statistiskt säkerställda skillnader mellan aktiv behandling och placebo vid behandling av depression hos tonåringar [12]. Initiala dagsdosen var 20 mg som ökades till 60 mg efter två veckor. De flesta biverkningar var milda och övergående och medförde inte att behandlingen behövde utsättas. Två tredjedelar av tonåringarna i båda grupperna uppvisade en måttlig till uttalad förbättring efter behandlingen, men merparten av individerna i de två grupperna fick annan behandling efter studien. 25 procent av individerna i de två grupperna bortföll under studien. Författarna konkluderar att även om inga statistiska skillnader framkom mellan grupperna förbättrades tonåringar som behandlats med fluoxetin mer än de i placebogruppen i nio av tio kliniska mått. Urvalet (N=40) var dock litet och den statistiska poweren att upptäcka intressanta skillnader var låg.

I en större och senare studie genomförd av Emslie och medarbetare [14, 15] behandlades 96 barn och tonåringar (åldrarna 7–17 år) med egentlig depression med fluoxetin (20 mg per dag) eller placebo under åtta veckors tid. Bedömning av kliniker visade att fluoxetingroupen hade förbättrats signifikant mer än de som behandlats med placebo (56 procent jämfört med 33 procent) och att fullständig remission (minimala depressiva symtom under minst två månader) hade uppnåtts av 31 respektive 23 procent av patienterna. Skillnaderna i klinikerskattningar accentuerades under uppföljning. Även om skillnader mellan behandlingsgrupperna observerades avseende självrapporterade depressiva symtom var dessa inte statistiskt säkerställda. 40 procent av individerna avbröt behandlingen med placebo, de flesta på grund av dålig effekt, medan motsvarande siffra i fluoxetingroupen var 15 procent. Andelen som avbröt behandlingen på grund av biverkningar var 8 procent i fluoxetingroupen och 2 procent i placebo-gruppen. Författarna konkluderar att 20 mg fluoxetin per dag är en säker och effektiv dos vid behandling av depression hos barn och tonåringar. Vid ett års uppföljning [15] fann man att 85 procent av individerna hade uppnått remission, men 39 procent hade fått recidiv under uppföljningsperioden. Remission var associerad med yngre ålder, lägre grad av depressivitet och komorbiditet samt bättre familjefunktion.

Av resultaten från Emslie och medarbetares studie kan

Tabell I. Kontrollerade behandlingsstudier av depressiva symtom hos barn och tonåringar i skolan.

Studie	N	Ålder	Effektmått	Resultat
Butler och medarbetare, 1980	56	Årskurs 5–6	CDI	KBT = Rollspel = Obehandlad kontrollgrupp > Uppmärksamhetskontroll*
Reynolds och Coats, 1986	30	15,6 år	BDI	KBT = Avslappningsträning > Obehandlad kontrollgrupp
Stark och medarbetare, 1987	28	9–12 år	CDI	Självkontrollträning = Problemlösning > Obehandlad kontrollgrupp
Kahn och medarbetare, 1990	68	10–14 år	CDI BDI RADS	KBT (CWDC) = Avslappningsträning = Självmodellering > Obehandlad kontrollgrupp
Liddle och Spence, 1990	31	7–11 år	CDI	Social färdighetsträning = Uppmärksamhetskontroll = Obehandlad kontrollgrupp
Weisz och medarbetare, 1997	48	9,6 år	CDI	KBT > Obehandlad kontrollgrupp

= lika effektiv som. > mer effektiv än. CDI = Children's Depression Inventory. BDI = Beck Depression Inventory. RADS = Reynolds Adolescent Depression Scale. BID = Bellevue Index of Depression. CWDC = Coping With Depression Course. KBT = Kognitiv beteendeterapeutisk behandling.

* Ofullständig rapportering, posthoc-test saknas vid variansanalys.

man dra slutsatsen att fluoxetin i relativt låg dos förefaller vara ett värdefullt tillskott vid behandling av depression hos barn och tonåringar. En kliniskt intressant förbättring kan avläsas efter cirka en månads behandling. Kutcher [11] har föreslagit att farmakologisk behandling av depression hos tonåringar bör starta med 5 mg fluoxetin som sedan ökas till 20 mg som slutdos. För att undvika onödiga avbrott tidigt under medicineringen på grund av biverkningar rekommenderas en »start low and go slow-strategi« under en period av 2–3 månader, det vill säga en långsam höjning av dosen under noggrann uppföljning av eventuella biverkningar.

Psykologisk behandling

I översikter över evidensbaserade behandlingsmetoder inom barn- och ungdomsfältet har psykologiska behandlingsmetoder vid depression hos barn och tonåringar delats in enligt följande [16, 17]: Kognitiv beteendeterapi, social färdighetsträning, familjeterapi, interpersonell terapi och psykodynamisk behandling. I en översikt gör Moore och Carr en noggrann genomgång av åtta kontrollerade studier som genomförts under perioden 1980–1996, och resultaten presenteras med effektstorlekar och metodologiska kriterier [16]. Studierna har genomförts i USA eller England, och ännu finns ingen publicerad från Skandinavien. Det bästa stödet finns främst för kognitiv beteendeterapi medan ett visst stöd finns för social färdighetsträning. De övriga behandlingsformerna saknar kliniskt stöd i kontrollerade studier. I Tabell I och II presenteras resultaten av olika former av psykologisk behandling som givits till barn och tonåringar och som utvärderats i experimentella skolbaserade och kliniska studier.

Social färdighetsträning har utvärderats i några studier med oklara resultat [18–20]. I två skolbaserade studier inkluderande barn i förpuberteten var social färdighetsträning lika effektiv som kognitiv beteendeterapi [18], men bättre än ospecifik problemlösning i grupp och väntelistegrupp. I en annan studie framkom inga skillnader mellan uppmärksamhetskontroll och obehandlad grupp [19]. I en klinisk studie inkluderande tonåringar med egentlig depression (DSM-diagnoser) medförde gruppträning samma förbättring som för en grupp tonåringar som med stöd av varandra och terapeut dis-

kuterade vanliga tonårsproblem [20]. Resultaten var bestående vid uppföljning.

Kognitiv beteendeterapi, avslappning och väntelistegrupp

I skolbaserade studier har kognitiv beteendeterapi administrerad i grupp till barn i åldrarna 10–16 år jämförts med avslappningsträning och väntelistegrupp. Barn som vid screening med standardiserade skattningsformulär visat måttliga till höga nivåer av depressiva symtom har erbjudits behandling. Resultaten av två studier visar att såväl kognitiv beteendeterapi som avslappningsträning är mer effektiv än vänteliste-kontroll i ett korttidsperspektiv [21, 22]. Gruppbehandling med inriktning på självinstruktions- och problemlösningsträning under tolv sessioner har även visat sig effektivare än väntelistegrupp vid behandling av milda till måttliga depressiva besvär hos 9–12-åriga skolbarn [23]. I en studie randomiserades tonåringar (high school students) som uppfyllde kliniska kriterier för egentlig depression till kognitiv beteendeterapi med föräldradeltagande, kognitiv beteendeterapi utan föräldrar eller till väntelistegrupp [25]. Behandlingen med kognitiv beteendeterapi gavs i grupp under 14 sessioner, och föräldrarna deltog i hälften så många. Behandlingen fokuserades på att öka positiva aktiviteter, kontrollera negativa tankar, förbättra social interaktion och kommunikation samt konfliktlösningstrategier och baserades på ett skolprogram för depressiva tonåringar (coping with depression course – CWDC) utvecklat av gruppen kring Lewinsohn [26]. Efter behandling hade 44–48 procent av tonåringarna i de två aktiva behandlingsgrupperna uppnått remission (utan depressionsdiagnos), men endast 5 procent i väntelistegruppen. Vid två års uppföljning var 88 procent i båda behandlingsgrupperna i remission.

Om kognitiv beteendeterapi särskilt i tidigare studier utvärderats vid behandling av milda till måttliga depressiva symtom hos barn och tonåringar i skolan, så har under det senaste decenniet ett flertal kliniska studier publicerats, där barn och tonåringar med olika former av depressiva störningar som sökt hjälp inom barnpsykiatri ingått. Fyra forskningsgrupper ansvarar för dessa studier, två i England (Manchester och Birmingham) och två i USA (Eugene och Pittsburgh). Resultaten har sammanfattats i Tabell II.

Utvecklingen av metoder med kognitiv beteendeterapi baseras på teorier om bakomliggande psykologiska mekanismer

Annons

Annons

Annons

Annons

Tabell II. Kontrollerade kliniska behandlingsstudier av depressiv störning (egentlig depression eller dystymi) hos barn och tonåringar.

Studie	N	Ålder	Effektmått	Resultat
Lewinsohn och medarbetare, 1990	59	14–18 år	ED Minor depression BDI	KBT (CWDC-grupp) > Obehandlad kontrollgrupp
Fine och medarbetare, 1991	91	13–17 år	ED, DY CDI	Social träning = Terapeutisk stödgrupp
Vostanis och medarbetare, 1996	56	8–17 år	ED, DY Minor depression MFQ	KBT = IFI
Wood och medarbetare, 1996	52	9–17 år	EDa Minor depression MFQ	KBT (individuellt) > Avslappningsträning Sex månaders uppföljning: Ingen skillnad
Brent och medarbetare, 1997	107	13–18 år	ED BDI	KBT (individuellt) > SBFT = ST
Birmaher och medarbetare, 2000	Idem			Två års uppföljning: KBT = SBFT = ST
Clarke och medarbetare, 1999	123	14–18 år	ED, DY BDI	KBT (grupp) = KBT-föräldragrupp > Obehandlad kontrollgrupp; boostersessioner

= lika effektiv som. > mer effektiv än.

MFQ = Mood and Feelings Questionnaire

BDI = Beck Depression Inventory

ED = Egentlig depression

DY = Dystymi.

* 87–96 procent hade egentlig depression

KBT = Kognitiv beteendeterapi;

CWDC = Coping With Depression Course

IFI = Icke-fokuserad intervention (placebo-uppmärksamhetskontroll)

SBFT = Systemisk beteendefokuserad terapi

ST = Stödterapi (nondirective)

som kan relateras till depression. Stöd för sådana teorier finns i studier av deprimerade barn som rapporterat mer känslor av hopplöshet, negativ attribueringsstil, lägre självkänsla och upplevelse av mer externaliserad kontroll än barn med andra psykiska störningar. Visst stöd finns för att sådana egenskaper kan disponera för senare utveckling av depressiva symtom hos barn. Studier av barn med depressiva störningar har dock visat att depressogena kognitioner främst är kopplade till själva depressionsepisoden och minskar efter denna.

Under ledning av Harrington har forskningsgruppen i Manchester utvecklat ett program med kognitiv beteendeterapi för kliniskt deprimerade tonåringar i åldrarna 11–18 år (depression treatment programme – DTP) [27], som utvärderats i ett flertal behandlingsstudier. Programmet fokuserar på depressiva symtom hos individen och hur deprimerade tonåringar handskas med stress och obehag. Tre olika områden ingår i behandlingen: negativt tänkande i form av kognitioner och attribuering, svårigheter med sociala relationer samt sömnproblem och inaktivitet. Programmet har utvecklats för personal med begränsade kunskaper om teori och beteendeterapeutiska metoder. DTP administreras främst till tonåringar individuellt under 10–14 sessioner under lika många veckor och inkluderar fyra boostersessioner under nästföljande åtta veckor. Varje session följer en bestämd struktur och inkluderar genomgång av hemuppgifter till senaste session, introduktion av tema för aktuell session, uppgifter, övning och nya hemuppgifter till nästa session. Andra vanliga problem hos deprimerade tonåringar som suicidalitet och aggressivitet ägnas också uppmärksamhet under behandlingen.

I en genomgång av kliniska studier där kognitiv beteendeterapi använts fram till 1996 har Harrington sammanställt resultat från sju olika studier [17]. Resultaten visar att andelen individer som förbättrats efter kognitiv beteendeterapi var större än efter alternativ psykologisk behandling (67 procent

jämfört med 49 procent). Författarna föreslår dock att KBT bör reserveras för tonåringar som inte svarat på mer begränsade psykologiska behandlingsmetoder. Cirka en tredjedel svarar heller inte på kognitiv beteendeterapi, vilket understryker behovet av att metoden utvecklas eller kombineras, till exempel med SSRI-behandling.

Utvärderingar i kliniska populationer

I senare studier har kognitiv beteendeterapi utvärderats i kliniska populationer som främst inkluderat tonåringar med olika former av depressiva störningar, se Tabell II. I en studie av Vostanis och medarbetare [29] jämfördes kognitiv beteendeterapi (nio sessioner planerades men sex användes genomsnittligt) med lika många sessioner av icke-fokuserad intervention (IFI) för barn och tonåringar i åldrarna 8–17 år. I IFI-gruppen fick barnet bland annat beskriva sina känslor och aktiviteter på olika områden (skola, familj och kamrater) sedan föregående session. Terapeuten visade inte bara intresse för barnets problem utan gav också uppskattning under samma antal sessioner som gruppen som fick kognitiv beteendeterapi. Efter behandling var ungefär lika många individer fria från depression i båda behandlingsgrupperna (87 procent jämfört med 75 procent), och i de flesta psykosociala mått noterades en förbättring. Vid nio månaders uppföljning hade 50 procent förbättrats signifikant eller uppnått remission, men cirka hälften hade haft en ny depressiv episod under uppföljningstiden och 27 procent uppfyllde fortfarande kriterier för depression. Ingen statistisk skillnad fanns dock mellan behandlingsgrupperna. I en uppföljning två år senare fann författarna att förbättringen kvarstod [30], men 40 procent rapporterade signifikanta depressiva symtom och 20 procent uppfyllde kriterier för depression under senaste året.

Gruppen kring Lewinsohn har replikerat sina studier med kognitiv beteendeterapi för tonåringar som uppfyllt kliniska

kriterier för depression. I den största studien som inkluderade 123 tonåringar rekryterade från två städer i Oregon undersöktes effekterna av akut gruppbehandling (16 sessioner à två timmar) och så kallade boostersessioner [31]. I studien jämfördes också effekter av att inkludera föräldrar i behandlingen i en särskild grupp (nio sessioner) med behandling av tonåringarna med kognitiv beteendeterapi och vänteliste-grupp. Förbättring av självrapporterade depressiva symtom och uppnådd remission (inga eller minimala symtom under minst två månader) av depression var större i de två grupperna med kognitiv beteendeterapi (67 procent) än i vänteliste-gruppen (48 procent). Tillägg av boostersessioner påverkade inte recidivfrekvensen men föreföll att påskynda remission hos de tonåringar som fortfarande var deprimerade vid behandlingens slut. Cirka 20 procent av tonåringarna fullföljde inte alla sessioner. Ett år efter behandling var recidivfrekvensen 0–27 procent i de olika uppföljningsgrupperna, medan motsvarande siffror vid två års uppföljning var 0–36 procent.

Föräldradeltagande i behandlingen

Författarna konkluderar att i likhet med resultat från egna tidigare studier och andras [24] medförde föräldradeltagande i behandlingen ingen ytterligare förbättring av resultatet. En förklaring till de svaga effekterna av boostersessioner ansågs vara den höga remissionsfrekvensen bland behandlade tonåringar och deras låga motivation att fortsätta behandlingen. Konklusionen är att resultaten från denna och andra kliniska studier gör att kognitiv beteendeterapi administrerad till individer eller på gruppnivå bör användas i klinisk praxis. Boostersessioner bör, enligt författarna, ges till tonåringar som inte svarar på akut kognitiv beteendeterapi.

Gruppen i Pittsburgh har publicerat resultat från en stor klinisk studie som inkluderat drygt 1 000 tonåringar med egentlig depression [32]. I studien jämfördes kognitiv beteendeterapi (12–16 sessioner) med familjeterapi (funktionell kombinerad med problemlösningstrategier) och nondirektiv stödterapi. Efter behandling var frekvensen av egentlig depression lägre för gruppen som behandlats med kognitiv beteendeterapi, som också gav en snabbare reduktion av depressiva symtom än övriga behandlingsformer. Författarna poängterar att denna snabba minskning har klinisk relevans då många suicidförsök görs under depressionsperioder. Ingen skillnad mellan behandlingsmetoderna observerades dock för minskning av suicidalitet eller social funktion (CGAS). De positiva effekterna av kognitiv beteendeterapi var också robusta när man kontrollerade för olika riskfaktorer i analyserna.

Variationer i behandlingsresultat

Av stort kliniskt intresse är att undersöka vilka prediktorer som kan förklara en del av variationen vid olika behandlingsformer, det vill säga vilka grupper av individer som kan förväntas svara bättre eller sämre på en viss sorts behandling. Pittsburghgruppen har i flera studier funnit att kvarstående egentlig depression efter behandling generellt kunde prediceras av högre grad av depressiva symtom och komorbiditet före behandling (ångeststörning), kognitiv distorsion och hopplöshet [33]. Tonåringar med depression och ångeststörning svarade dock bättre på kognitiv beteendeterapi än på de övriga behandlingsmetoderna. De som sökt klinisk hjälp svarade sämre på behandlingen än individer som rekryterats genom massmedia. Man fann också att cirka hälften av tonåringarna fick annan behandling under studien och att denna var relaterad till förekomst av dystymi, komorbiditet och högre grad av depressiva besvär [34]. Under en tvåårig uppföljningsfas predicerades tillägg av annan behandling av högre grad av depressiva besvär, aggressivitet och familjeproblem

[35]. Vid uppföljningen kvarstod inte skillnaderna mellan behandlingsgrupperna. De flesta tonåringar hade uppnått remission (80 procent), men 30 procent hade recidiverat och något färre (21 procent) hade varit deprimerade under större delen av uppföljningsperioden. Grad av depressiva besvär och familjekonflikter före behandlingen predicerade ett sämre utfall av behandling.

Författarna konkluderar att kognitiv beteendeterapi har sin plats i behandling av depression hos tonåringar som söker hjälp på barnpsykiatriska kliniker. De understryker vikten av att behandlingen inte begränsas till att minska depressiva symtom i den akuta fasen utan också förlängs för att förebygga recidiv med fokus på familjeproblem och komorbiditet. Särskilt för tonåringar med egentlig depression och dystymi är 3–4 månaders behandling otillräcklig.

I tidigare studier har prediktorer relaterade till behandlingsutfall vid kognitiv beteendeterapi också undersökts av bland annat Lewinsohn och Harrington. I studierna från Oregon fann man inga tydliga skillnader i förbättring som kunde förklaras av grad av depressiva symtom (låga jämfört med höga) före kognitiv beteendeterapi [36]. Harrington och medarbetare har däremot i en översikt över egna och andras studier fram till 1998 poängterat att barn med mer uttalade depressiva besvär svarar sämre på kognitiv beteendeterapi [17]. I egna studier fann man också att yngre barn svarade bättre på kognitiv beteendeterapi liksom barn med högre social funktion [37]. I studier av Vostanis och medarbetare predicerades kvarstående depressiva besvär efter behandling av låg självkänsla före behandling [29] liksom vid en tvåårig uppföljning, då högre grad av komorbiditet efter behandling också var en signifikant prediktor [30].

Riskgrupper för depression

I några skolbaserade studier har olika former av intervention med kognitiv beteendeterapi visat på intressanta resultat för barn och tonåringar med relativt höga nivåer av depressiva symtom, men inte uppfyllda kriterier för egentlig depression eller dystymi [38, 39]. I en större kvasiexperimentell studie (inte randomiserad) minskade depressiva symtom liksom problembeteende i klassrummet signifikant mer hos prepubertala skolbarn i åldrarna 10–13 år efter behandling med Penn Prevention Program än i kontrollgrupp [38]. Interventionsprogrammet, som gavs efter vanlig skoltid, baserades på kognitiv teori om negativ attribuering och pessimistiska förklaringar, sociala problemlösningstrategier, men också användning av konstruktiva copingtekniker vid familjekonflikter och andra stressorer. Programmet var särskilt effektivt för barn med högre grad av familjekonflikter och depressiva symtom. Av intresse är också att skillnaderna mellan behandlingsgrupperna kvarstod sex månader efter behandling. Jaycox och medarbetare föreslår att delar av interventionsprogrammet kan ges till riskgrupper inom skolan av lärare eller föräldrar.

I en liknande studie från Oregongruppen erbjöds tonåringar behandling efter skolans slut. De screenades först med standardiserade instrument för depressiva symtom (CES-D) varefter diagnostisk intervju genomfördes [39]. En grupp som behandlades med kognitiv beteendeterapi (modifierad »Adolescent Coping with Depression Course») [26] under 15 sessioner jämfördes med en kontrollgrupp som fick »usual care». Totalt bortföll 27 procent av tonåringarna i studien fram till ett års uppföljning. Vid uppföljningen hade nästan dubbelt så många tonåringar i kontrollgruppen (26 procent) utvecklat egentlig depression eller dystymi jämfört med dem som fick kognitiv beteendeterapi (15 procent). Författarna understryker de potentiella vinster som finns i tidiga effektiva preventionsmetoder för tonåringar i form av minskat lidande och

dysfunktion. Sådana åtgärder kan också minska kostnader för senare behandling av utvecklade depressiva störningar.

Suicidalitet

Ett relativt stort antal undersökningar har gjorts om förekomst och riskfaktorer för suicidtankar och suicidförsök hos barn och tonåringar i skol- och klinisk population. Nyligen har också en större studie kartlagt förekomsten av suicidförsök bland barn och tonåringar i ett flertal europeiska länder [40]. I Skandinavien har flera avhandlingar om suicidalt beteende och suicid bland barn och tonåringar nyligen publicerats [40-42]. I Sverige suiciderar 40-50 tonåringar (få barn) varje år. Siffrorna har varit stabila under en längre tid. Få skillnader har observerats mellan dem som begår suicid eller gör suicidförsök [40]. Vanliga utlösande orsaker är konflikter i familjen och med pojk- eller flickvän. Endast cirka en tredjedel av tonåringarna som suiciderar har tidigare gjort suicidförsök, och ett fåtal är i behandling vid tidpunkten för fullbordat suicid [41].

Epidemiologiska studier bland annat i Sverige har visat att cirka 3-7 procent av tonåringarna har gjort suicidförsök och att cirka hälften av dessa har gjort fler än ett försök [40, 42, 44]. Könsskillnaden är stabil i flera studier. Ungefär dubbelt så många flickor som pojkar har gjort suicidförsök [40, 44]. Omkring hälften av de tonåringar i skolpopulation eller intagna på barnpsykiatrisk klinik som gjort suicidförsök har gjort dessa under senaste året [4, 42]. Även i andra studier har året efter ett suicidförsök visat sig vara en kritisk period för nya försök [40]. I en svensk avhandling fann Hultén [40] att risken för fortsatta suicidförsök var större hos dem som gjort flera försök (24 procent) än hos dem som gjort det en första gång (7 procent). I en uppföljning av tonåringar som 2-4 år tidigare vårdats på barnpsykiatrisk akutavdelning hade 40 procent som gjort suicidförsök upprepat detta. Den kumulativa frekvensen var 60 procent trots att många fått behandling i öppenvård efter sjukhusvistelsen [42].

I en norsk avhandling fann Grøholt [41] att cirka två tredjedelar av tonåringarna som självskadat sig också hade en allvarlig avsikt att ta livet av sig, medan försöken hos andra individer kunde beskrivas som självskadande beteende. I kliniska studier har relativt få skillnader observerats mellan barn och tonåringar som gjort suicidförsök och sådana som bara haft självmordstankar eller depression [45]. Ökad förekomst av konflikter med föräldrar, sexuella och fysiska övergrepp, missbruksproblem liksom suicidförsök eller suicid bland vänner eller familjemedlemmar är faktorer som bidrar till suicidförsök, särskilt hos flickor. De som gjort flera suicidförsök har också vanligen varit mer deprimerade [42]. De flesta svenska tonåringar i skolpopulation (60 procent) som gjort suicidförsök uppger sig inte ha fått någon hjälp efteråt medan cirka en tredjedel fått hjälp av närstående personer. Bland tonåringar som vårdats på barnpsykiatrisk akutavdelning uppger knappt hälften att de tidigare fått sådan hjälp och 25 procent att närstående varit behjälpliga.

Suicidpreventiva program

Ett flertal översikter över ett stort antal skolbaserade preventionsprogram, som främst utvecklats i USA för att förebygga suicid bland barn och ungdom, visar att majoriteten av dessa varit generella och begränsade i omfattning (två timmar eller kortare) [46-49]. De har vanligen innehållit information till skolelever om suicidalt beteende och hur man kan identifiera sådant beteende hos elever. Programmen har baserats på uppfattningen att suicidförsök förekommer i samband med stress och att tonåringar främst vänder sig till kamrater när de behöver hjälp. Många tonåringar har också goda kunskaper om varningstecken för suicidalt beteende och är redan positiva till

att söka hjälp. Argument mot sådana program är att risken generellt för tonåringar att göra suicidförsök är liten och att programmen haft begränsad räckvidd i skolor. Det har också ifrågasatts om de är säkra och nödvändiga liksom att de haft små effekter på attityder som kan bidra till ökat suicidalt beteende [46-47].

I stället har föreslagits att preventionsprogram bör rikta sig till särskilda riskgrupper i skolan, till exempel till tonåringar som tidigare gjort suicidförsök [46-47]. Dessa elever reagerar dock negativt på preventionsprogram och de är mindre benägna att ändra sina attityder kring suicidalt beteende [47]. De flesta utvärderingar som gjorts har fokuserat på kunskaper och attityder kring suicidalt beteende och inte på hur man kan minska suicidtankar, suicidförsök eller depressivitet hos skolelever [48]. I några studier har hopplöshet och copingstrategier studerats, men resultaten har inte varit entydiga [48]. I en nyligen publicerad översikt över effekter av preventionsprogram fann Metha och medarbetare [49] inget stöd för samband mellan förändrad suicidfrequens bland 15-19-åriga ungdomar i olika stater i USA och användning av skolbaserade program. Ett fåtal stater hade systematiskt utvecklat och tillämpat skolbaserade preventionsprogram, som i allmänhet var korta och generella. Endast ett fåtal riktade sig till särskilda riskgrupper, till exempel ungdomar med suicidalt beteende eller missbruksproblem. Sammanfattningsvis finns mycket litet empiriskt stöd för att preventiva program som administreras i skolan minskar risken för suicidalt beteende hos tonåringar.

Klinisk behandling

Till skillnad mot den relativt omfattande kunskapen från studier om förekomst av suicid och suicidförsök och olika riskfaktorer kan man konstatera att kunskapen om vilka insatser som kan hjälpa suicidala barn och tonåringar är mycket begränsad. Endast ett fåtal kontrollerade interventionsstudier har gjorts i USA och England [50-54]. Ett vanligt kliniskt problem är att rekrytera och sedan bibehålla en suicidal tonåring och familjen i en tids behandling inom psykiatri. Snabb påbörjad kontakt med tonåringar och föräldrar redan i akutrummet efter suicidförsök visade sig ge bättre genomförd behandling för tonåringarna, men ingen skillnad noterades i föräldrarnas engagemang i behandlingen [50]. I några studier i England har intervention för tonåringar som överdoserat mediciner utvärderats [51, 52]. I en klinisk studie randomiserades drygt 100 tonåringar som intagits på sjukhus till en behandlingsgrupp, där nya suicidtankar berättigade till snabb återintagning (»green card«), eller kontrollgrupp som fick uppföljning i öppenvård. Efter ett år hade tonåringar i den första gruppen gjort färre suicidförsök (7 procent; tre individer) medan motsvarande siffra för kontrollgruppen var 12 procent (sju individer). Cirka hälften av suicidförsöken hade utlösts av familjeproblem, 27 procent av skolproblem och ungefär lika många av problem med pojk- eller flickvän. De som gjorde ytterligare suicidförsök under uppföljningstiden kom alla från en patientgrupp som av kliniker klassificerades som högriskindivider.

Ett familjefokuserat behandlingsprogram för suicidal tonåringar som utvecklats av Harrington och medarbetare [52] omfattar fem sessioner där olika teman fokuseras i strukturerad behandling i hemmet. Programmet är kort för att optimera motivation hos familjemedlemmarna att delta. Sessionerna omfattar detaljerad information kring suicidhandlingen och omständigheterna, familjemedlemmarnas uppfattning om vad som hänt, identifikation av dysfunktionell familjekommunikation, problemlösningstrategier i familjen och tema kring normal tonårsutveckling. Vid en utvärdering har dock inte behandlingsprogrammet visat sig vara mer effektivt

för att hjälpa tonåringar (sammanlagt 162 deltog i åldrarna 10–16 år; 90 procent var flickor) som överdoserat mediciner än för kontrollgrupp som fick rutinbehandling [53]. Det hem-baserade programmet minskade suicidtankar hos de ton-åringar som inte hade egentlig depression, men inga skillna-der mellan behandlingsgrupperna observerades för tonåring-ar med depression. Även om föräldrarna var mer nöjda med behandlingen än i kontrollgruppen såg man ingen förbättrad familjefunktion. Författarna konkluderar att fem sessioner i behandlingen av suicidala tonåringar från familjer med kom-munikationsproblem och hög interpersonell stress är otill-räckliga och att mer intensiv behandling sannolikt är nödvän-dig [54].

I en nyligen publicerad studie [55] utvärderade samma forskargrupp gruppbehandling (omfattande sex sessioner i akutfas baserad på kognitiv beteendeterapi och problemlös-ningsstrategier med längre tids uppföljande eklektisk grupp-behandling) som komplement till rutinsjukvård för tonåring-ar som gjort upprepade suicidförsök, främst genom tablettin-toxikation eller att skära sig. Man fann att gruppterapi minskade risken för upprepade suicidförsök efter behandling. Tiden fram till första suicidförsök var också längre för gruppen som fått gruppterapi, som också medförde bättre skolnärvaro och lägre frekvens beteendeproblem. Inga skillnader mellan behandlingsgrupperna observerades dock för depressions-symtom eller suicidtankar eller global funktionsförmåga. Författarna beskriver denna studie som preliminär på grund av storleken på urvalet (63 tonåringar totalt) med begränsad statistisk power att upptäcka kliniskt intressanta resultat. Studien är emellertid viktig då den pekar på goda möjligheter att kunna hjälpa suicidala tonåringar med uttalat eget riskbete-ende (alkohol- och narkotikamissbruk) och som lever i psy-kosociala riskmiljöer (liten andel boende med två biologiska föräldrar och cirka hälften utsatta för fysiska eller sexuella övergrepp) att kunna minska risken för fortsatta suicidförsök.

Slutsatser

Vilka slutsatser kan då dras av de forskningsbaserade resulta-ten vid behandling av depression och suicidförsök hos barn och tonåringar? Olika former av kognitiv beteendeterapi ad-ministrerad individuellt eller i grupp har den klart bästa doku-mentationen och har även visat goda resultat vid behandling av såväl måttliga som mer uttalade depressiva besvär främst hos tonåringar. Behandlingen som getts i skola eller på klinik och genomförs av flera oberoende forskargrupper har åstadkom-mit likartade resultat. Föräldrars deltagande i behandlingen har inte visat sig vara en avgörande faktor för att minska de-pression hos tonåringar. Erfarenheter från såväl longitudinel-la studier som behandlingsforskning understryker den relativt stora risken för recidiv vid egentlig depression i dessa ålders-grupper. Behandlingen behöver därför fokusera inte bara på de akuta depressiva symtomen utan också på viktiga komorbida eller psykosociala problem, som kan bidra till en ökad reci-divrisk. Tidigt debuterande depression och ökad familjebel-lastning av affektiv sjukdom bör också medföra att patienter-na följs upp noggrant för att minska risken för recidiv.

Med tanke på den försämrade prognosen vid »double de-pression« eller recidiverande episoder av depression hos ton-åringar bör dessa följas särskilt noga och behandlas under längre tid. Det ännu svaga empiriska stödet för behandling av depression hos barn och tonåringar med SSRI-preparat gör att denna behandling sannolikt bör reserveras för de patienter som inte svarat på kognitiv beteendeterapi, som idag förefal-ler vara ett klart första behandlingsalternativ. Tillgången på terapeuter utbildade i kognitiv beteendeterapi i Sverige och kunskapen om behandlingsmetoden är dock, som i många andra länder, mycket begränsad. Man kan därför på goda

grunder anta att mycket av klinisk behandling som idag ges till deprimerade barn eller tonåringar har svagt eller inget stöd i evidensbaserad behandlingsforskning. Denna slutsats med-för betydande etiska konsekvenser inte bara för behandling i sjukvården av barn och tonåringar med depression och deras familjer utan också för psykoterapiutbildningen, som främst bör inriktas mot sådana behandlingsmetoder som i välkon-trollerad empirisk forskning visat sig vara mest effektiv.

Generella skolbaserade preventionsprogram för att mins-ka suicidalt beteende hos tonåringar har ännu inte visat över-tygande resultat, och riskerna med dem har också poängterats. Än viktigare är att kunna hjälpa barn eller tonåringar som in-tagits på sjukhus på grund av upprepade eller allvarliga sui-cidförsök. Tyvärr ger inte behandlingsforskningen klinikern ännu särskilt mycket hjälp i valet av lämpliga behandlingsåt-gärder vid suicidförsök i dessa åldersgrupper. Den nyligen publicerade studien av Wood och medarbetare [55] ger dock stöd för att insatser i form av gruppterapi, bland annat base-rad på kognitiv beteendeterapi som komplement till andra åt-gärder i rutinsjukvården, till tonåringar som upprepat suicid-handlingar kan minska sådana allvarliga självskadande bete-enden. Förhoppningsvis kan detta viktiga mentalhygieniska område prioriteras i framtida behandlingsforskning så att säk-rare kunskap kan genereras om hur man bäst kan hjälpa sui-cidala barn och tonåringar i klinisk verksamhet.

Referenser

- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl R, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(11): 1427-39.
- Lewinsohn P, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of ad-lescent major depressive disorder: I. Continuity into adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(11):56-63.
- Hazell P, O'Connell D, Robertson J, Henry D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *BMJ* 1995;310:897-901.
- Kutcher S. Practitioner review: The pharmacotherapy of adolescent depression. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:755-67.
- Emslie GJ, Rush J, Weinberg WA, Kowatch RA, Hughes CW, Car-mody T, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1031-7.
- Moore M, Carr A. Depression and grief. In: Carr A, editor. What works with children and adolescents? A critical review of psycho-logical interventions with children, adolescents and their families. London: Routledge; 2000.
- Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P. Psychological treatment of depression in children and adolescents. *Br J Psychiatry* 1998;173: 291-8.
- Clarke GN, Lewinsohn PM, Hops H. Adolescent coping with de-pression course. Eugene, OR: Castalia Press; 1990.
- Harrington R, Wood A, Verduyn C. Clinically depressed adolescents (Chapter 10). In: Graham P, editor. Cognitive-behaviour therapy for children and families. London: Cambridge University Press; 1999.
- Wood AJ, Harrington RC, Moore A. Controlled trial of brief cog-nitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37:737-46.
- Vostanis P, Feehan C, Grattan E, Bickerton WL. A randomised con-trolled out-patient trial of cognitive-behavioural treatment for child-ren and adolescents with depression: 9-month follow-up. *J Affect Disord* 1996;40:106-16.
- Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley JR. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(11):272-9.
- Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B, Baugher M, Bridge J. A clinical trial for adolescent depression: predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial. *J Am Acad Child Ado-lesc Psychiatry* 1999;38(3):263-70.
- Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM,

- Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(3):312-21.
40. Hultén A. Suicidal behaviour in children and adolescents in Sweden and some European countries. Epidemiological and clinical aspects [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2000.
41. Grøholt B. Suicide and suicide attempt among children and adolescents [dissertation]. Oslo: University of Oslo; 1999.
46. Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman P. Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27(6):675-87.
49. Metha A, Weber B, Webb LD. Youth suicide prevention: a survey and analysis of policies and efforts in the 50 states. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(2):150-64.
53. Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, McNiven F, Gill J, Harrington J, et al. Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(5):512-8.
55. Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(11):1246-53.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://tarkiv.lakartidningen.se>
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.

SUMMARY

Treatment of depression in children: Cognitive-behavioural approaches show positive outcomes.

Bo Larsson

Läkartidningen 2002;99:1810-6

Depressive symptoms and disorders are common among children and increase in prevalence, in particular among adolescent girls. The stability of these mental health problems, the risk of recurrence and their association with suicidality are important issues that underline the need for effective treatment methods to be used in child psychiatric services. This review focuses on the effects of psychological and drug treatments for depressed and suicidal children and adolescents, evaluated in empirical research during recent decades. It is concluded that cognitive-behavioural approaches have shown positive outcomes in most studies conducted with school samples, as well as in clinic samples of children and adolescents. By contrast, in only one placebo-controlled study fluoxetine (SSRI) has shown to be effective in the treatment of depressive disorders in these age groups. Preventive intervention programmes administered in school settings have not been successful and limited research, but also with negative outcomes exists, on clinic-based interventions for suicidal adolescents. This area needs to be further addressed in future research.

Correspondence: Bo Larsson, Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, NTNU, N-7489 Trondheim, Norge (bo.larsson@medisin.ntnu.no)

Särtryck

Läkartidningen

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 45 kronor

Enligt min erfarenhet



Beställer härmed.....ex
 av "Enligt min erfarenhet"

.....
 namn

.....
 adress

.....
 postnummer

.....
 postadress

Insändes till Läkartidningen
 Box 5603
 114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
 under särtryck, böcker