

Anne-Liis von Knorring, professor, överläkare, barn- och ungdomspsykiatri, (*anne-liis.von_knorring@bupinst.uu.se*)

Kerstin Cederberg-Byström, specialistläkare, barn- och ungdomspsykiatri,

Anne-Marie Nyberg, specialistläkare, barn- och ungdomspsykiatri,

Mathilde Hedlund, specialistsjuksköterska och doktorand, vårdvetenskap,

Gunilla Stålenheim, med dr, överläkare

Lars von Knorring, professor, överläkare; samtliga institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala universitet

Depressioner vanligt hos unga som söker för kroppsliga besvär

Trötthet, minskat känslöengagemang, ökat sömnbehov varningssignaler

II Depressioner har under de senaste decennierna utvecklats till ett omfattande hälsoproblem som vållar stort lidande för berörda patienter och deras anhöriga och stora kostnader för samhället. I två oberoende svenska studier har man funnit att livstidsrisken att drabbas av en depression är 23 procent för män och 43–45 procent för kvinnor [1, 2].

Enligt en WHO-studie är depression en av de enskilda sjukdomar som vållar samhället de största kostnaderna [3]. I en studie av sjukdomsburden i Stockholms län finner man likartade resultat [4].

Under senare år har man kunnat notera en sjunkande debutålder vid de depressiva syndromen [5]. I en studie av samtliga 16-åringar i Uppsala [6-8] fann man att 17,9 procent av flickorna hade medelsvåra depressioner, ≥ 16 poäng på Becks depressionsinventarium (BDI), och 9,1 procent uppfyllde kriterierna för egentlig depression. För pojkar var motsvarande siffror 6 procent och 2,4 procent. Det rörde sig om långdragna depressioner, och 75 procent hade en varaktighet av minst 6 månader. De flesta hade dessutom ytterligare en samtidigt förekommande annan psykisk sjukdom. Depressionsperioden föregicks ofta av separationsångest före puberteten. Detta var fallet hos mer än hälften av både pojkar och flickor. Hos pojkar förekom dessutom utagerande stört beteende (ADHD, uppförandestörning och trotssyndrom) samtidigt med depressionsepisoden i 60 procent av fallen. Hos flickorna var motsvarande siffror 30 procent [8].

Ingen skillnad mellan ungdomar och vuxna

Kriterierna för egentlig depression enligt DSM-IV [9] är i allt väsentligt desamma för ungdomar som för vuxna. Den enda skillnaden är att i fråga om det första kriteriet, nedstämdhet, kan irritation förekomma som alternativ. Fysiska symtom förekommer hos många med depression. Ju yngre barnen är, desto större andel rapporteras ha somatiska problem [10]. Så

Sammanfattat



I samband med Depression Screening Day i Uppsala våren 2002 undersöktes 127 patienter, 23 pojkar och 104 flickor i åldrarna 13–20 år.

Man fann att 44 ungdomar (34,6 procent) uppfyllde kriterierna för egentlig depression enligt egen bedömning med Depression Self-Rating Scale. Av flickorna hade 42 (40,4 procent) och av pojkarna 2 (9,5 procent) en pågående depression.

I den somatiska sjukvården hade depressionsdiagnos ställts för sammanlagt 10 (7,9 procent) patienter. Av dessa uppfyllde 7 fortfarande kriterierna för egentlig depression vid undersökningen.

Samtliga symtom för depression, förutom ökad aptit, var signifikant vanligare hos deprimerade än hos icke deprimerade ungdomar.

Vid jämförelse av självskattning av depression enligt MADRS (Montgomery Åsberg Depression Scale) mellan ungdomar och vuxna med depression fann man att ungdomarna hade signifikant lägre skattning av sömnstörningar och initiativlöshet samt högre skattning av minskad aptit än de vuxna.

Det kan noteras att av de depressioner som upptäcktes var många lätta, men 21 ungdomar (44,7 procent) hade en behandlingskrävande depression (MADRS-totalpoäng 18).

gott som alla förskolebarn med depression som sökt vård för detta har ofta samtidigt förekommande kroppsliga besvär. Före puberteten brukar andelen kroppsliga besvär hos deprimerade vara omkring 80 procent. Hos ungdomar är den 60–70 procent. Vanligast är magont, huvudvärk och muskel-/skelettmärta [11].

Den ökande frekvensen av depressiva syndrom hos ungdomar samt det faktum att unga med depression sällan söker psykiatri har motiverat att man, i samband med att vuxna patienter i somatisk vård eller i primärvård screenats för depression under »Depression Screening Day«, även undersökt förekomsten hos ungdomar. Av intresse har också varit att studera huruvida symptomatologin skilde sig mellan ungdomar, vilkas depression diagnostiserats i somatisk sjukvård och ungdomar, vilkas depression inte upptäckts där.

II Genomförande

Alla patienter 13–20 år, vårdade vid avdelningen för allmän pediatrik och specialistmottagningarna vid Akademiska barnsjukhuset, primärvårdens barnmottagningar och allmänna mottagningar samt »Ungdomshälsan« i Uppsala under en vecka i april 2002, tillfrågades om de ville vara med i studien. Totalt deltog 127 patienter, 23 pojkar (18,1 procent) och 104 flickor (81,9 procent) med medelåldern 16,8±2,1 år. Knappt hälften, dvs 45 ungdomar (35,4 procent), undersöktes inom den specialiserade vården, 70 (55,1 procent) vid »Ungdomshälsan« och 12 (9,4 procent) inom primärvården. En mycket liten andel, 9 (7,1 procent) patienter, vårdades i slutet vård medan majoriteten, 118 (92,9 procent), undersöktes inom öppenvård. »Ungdomshälsan« är främst en verksamhet inriktad på sex och samlevnad, men många ungdomar söker även för andra problem.

För att jämföra symtomen mellan vuxna och ungdomar har 267 vuxna patienter (54,2±19,5 år) i somatisk vård använts. Material och metoder rörande dessa finns redovisade i en tidigare artikel i Läkartidningen [12].

Bortfall

Bortfallet bland de patienter som potentiellt kunde ha inkluderats var 33 (25,9 procent), 18 pojkar (54,5 procent) och 15 flickor (45,5 procent) med en medelålder av 15,5±1,9 år. Skälen var att 12 (36,4 procent) inte ville delta, 9 (27,3 procent) var alltför somatiskt sjuka, 2 (6,1 procent) kunde för dålig svenska för att fylla i formulären. Tio (30,3 procent) exkluderades på grund av tidsbrist eller av administrativa skäl.

Det skall noteras att av inkluderade 127 patienter var 23 (18,1 procent) pojkar, medan de utgjorde 18 av 33 (54,5 procent) av bortfallet. Skillnaden är statistiskt signifikant ($\chi^2=18,24$, df 2, $P<0,01$). Bland de 12 som ej ville delta dominerade pojkarna stort (75,0 procent), men det var även fler pojkar som inte togs med på grund av tidsbrist ($n=8$, 44,4 procent).

Undersökningsmetoder

Samtliga 127 patienter genomförde en egenbedömning för diagnos enligt Depression Self-Rating Scale (DSRS) [13], vilket inkluderade 15 frågor med ja-/nej-svar, som gällde alla symtom som ingår i kriterierna för egentlig depression enligt DSM-IV.

Samtliga patienter genomförde också självskattning av depressionens svårighetsgrad med hjälp av »Montgomery Åsberg Depression Rating Scale« (MADRS) [14]. Nio punkter är graderade från 0 till 6 utifrån strikta definitioner för varje jämnt skalsteg. Ett värde av 2 kan innebära en extrem normalvariant, medan en svårighetsgrad högre än 2 alltid innebär tydlig psykopatologi.

Totalt läkarundersöktes 17 ungdomar i åldern 13–20 år

med Strukturerad Psykiatrisk Intervju för Allmänpraxis (SPIFA) [15], en DSM-IV-baserad intervju, för att validera depressionsdiagnos enligt DSRS.

Interbedömarreliabilitet

Före studiens början genomförde samtliga 15 berörda läkare, 2 barn- och ungdomspsykiatrer och 13 vuxenpsykiatrer, en gemensam samskattningsövning. Efter samskattning gjordes ett test av interbedömarreliabilitet på en videospelad intervju med en patient. Denna skattades enligt MADRS. Interbedömarreliabiliteten, bedömd med vägt kappas (k) var 0,70. Fjorton av femton skattare (93 procent) bedömde depressionens svårighetsgrad som ≥ 30 totalpoäng på MADRS.

Samband mellan olika bedömningsinstrument

Totalt bedömdes under studien 127 ungdomar och vuxna med såväl strukturerad psykiatrisk intervju enligt SPIFA, läkar-skattning med MADRS, självskattning med MADRS som egenbedömning med DSRS.

Det var en hög grad av överensstämmelse mellan totalpoäng i läkar-skattningen enligt MADRS och totalpoäng för självskattning enligt MADRS ($r=0,85$).

Vid bedömning av förekomst av depression enligt strukturerad intervju (SPIFA) respektive förekomst av depression enligt självbedömning med hjälp av DSRS fick man ett k på 0,59.

II Resultat

Bland de 127 undersökta ungdomarna, 104 flickor och 23 pojkar, fann man att 44 (34, procent) uppfyllde kriterierna för egentlig depression enligt egenbedömning med DSRS. Av flickorna hade 42 (40,4 procent) en pågående depression. Motsvarande siffra för pojkarna var 2 (9,5 procent). Bland patienterna som undersöktes på barnmedicinska kliniken specialismottagning uppfyllde 6 av 43 (14 procent) kriterierna för en egentlig depression. Av patienterna från »Ungdomshälsan« uppfyllde 33 av 70 (47,1 procent) kriterierna för egentlig depression. Tre av 9 ungdomar (33,3 procent) av de ineliggande patienterna på barnmedicinska kliniken allmänna avdelning rapporterade sådana symtom att de uppfyllde kriterierna för en egentlig depression.

Behandlarna i somatisk sjukvård hade ställt depressionsdiagnos för sammanlagt 10 ungdomar, och av dessa uppfyllde 7 fortfarande kriterierna för egentlig depression vid tidpunkten för studien.

I samband med studien upptäcktes således 37 ungdomar som fyllde kriterierna för egentlig depression men som inte fått depressionsdiagnos när de sökt somatisk vård (Tabell I).

Typ av symtom vid depression hos ungdomar

Patienter som uppfyllde respektive inte uppfyllde kriterierna för egentlig depression ($n=44$, 34,6 procent respektive $n=83$, 65,3 procent) jämfördes vad gäller egenbedömda kriterier för egentlig depression enligt DSRS (Tabell II). Samtliga symtom för depression, förutom ökad aptit, var signifikant vanligare hos deprimerade än hos icke deprimerade ungdomar. De vanligaste symtomen var trötthet, minskat intresse för omgivning och aktiviteter samt koncentrationssvårigheter, vilka förekom hos 80 procent eller mer av deprimerade ungdomar. Känslor av värdelöshet, rastlöshet, nedstämdhet, skuld-känslor och ökat sömnbehov fanns hos drygt 60 procent av dem med depression.

Sällan förekommande symtom på depression, som fanns hos omkring en tredjedel, var aptitnedsättning, psykomotorisk hämning och suicidtankar.

Ökad aptit var lika vanligt hos dem med som hos dem utan egentlig depression.

Tabell I. Egentlig depression, diagnostiserad av behandlare i somatisk sjukvård och av dem som upptäcktes i studien (screening).

Kategori	Depressionsdiagnos	
	n	Procent
Ej depressionsdiagnos vare sig i rutinsjukvård eller vid screening	80	63,0
Depressionsdiagnos i rutinsjukvård men ej vid screening	3	2,4
Depressionsdiagnos i rutinsjukvård och vid screening	7	5,5
Ej depressionsdiagnos i rutinsjukvård men vid screening	37	29,1
Totalt antal patienter med depressionsdiagnos i rutinsjukvård eller vid screening	47	37,0

Tabell II. Patienter med och utan egentlig depression; egenbedömda kriterier för egentlig depression (DSM-IV).

	Utan egentlig depression, n=83 Procent	Egentlig depression, n=44 Procent
Trötthet	30	91**
Minskat intresse	8	84**
Koncentrationssvårigheter	13	80**
Känslor av värdelöshet	7	68**
Oro, rastlöshet	21	68**
Ökat sömnbehov	25	64**
Nedstämdhet	0	64**
Skuld känslor	27	64**
Sömnsvårigheter	28	55*
Dödstankar	1	52**
Irritation	7	50**

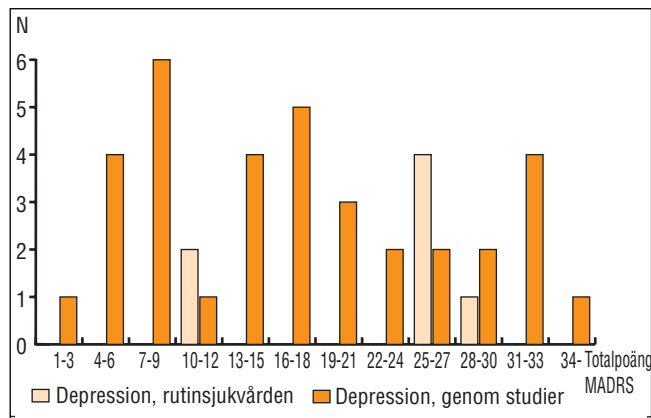
* P<0,01, ** P<0,001

Endast en mindre andel av ungdomar med egentlig depression hade enbart irritation som obligatoriskt kriterium för depression (15,9 procent). Emellertid hade dubbla antalet en kombination av irritation och nedstämdhet (34, procent), vilket betyder att hälften av ungdomar med egentlig depression besväras av irritation. Enbart nedstämdhet eller enbart minskat intresse förekommer hos hälften av ungdomar med egentlig depression.

Det symptom som fanns signifikant oftare var »minskat intresse« hos dem som inte fått depressionsdiagnos inom den somatiska sjukvården (87 procent) jämfört med dem som fått diagnos där (50 procent), ($\chi^2=6,26$, $P=0,01$). Skuld känslor var också vanligare förekommande hos dem som ej fått diagnos (68 procent vs 30 procent; $\chi^2=4,60$, $P=0,03$). Vid diskriminantanalys med stegvis procedur framkom endast en särskiljande funktion, symtomet »minskat intresse« (Eigenvalue = 0,15; Wilks lambda = 0,87, $\chi^2=6,08$, $P=0,01$). Logistisk regression visade likartat resultat, där enbart symtomet »minskat intresse« klassificerade 78,3 procent korrekt i modellen ($\chi^2=5,30$, $P=0,02$).

Särdrag vid depression hos ungdomar

Vid jämförelse av självskattning av depression enligt MADRS mellan de deprimerade ungdomarna (n=44) och de deprimerade vuxna (n=92) fann man inga signifikanta skillnader vad gäller nedstämdhet, ångestkänslor, koncentrationssvårigheter, minskat känslomässigt engagemang, depressivt tankeinhåll eller livsleda och självmordstankar. De deprimerade ungdomarna har dock signifikant lägre



Figur 1. Svårighetsgrad enligt självskattning med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) hos ungdomar med pågående depression upptäckt i rutinsjukvården (n=7) och depression diagnostiserad genom studien (n=37).

skattning av sömnsvårigheter ($1,74\pm 1,42$ vs $3,05\pm 1,84$, $t=4,02$, $P<0,01$) och initiativlöshet ($2,12\pm 1,85$ vs $3,00\pm 1,38$, $t=2,92$, $P<0,01$) samt högre skattningspoäng vad gäller minskad aptit ($1,56\pm 1,74$ vs $0,97\pm 1,32$, $t=2,05$, $P<0,05$).

Vid en diskriminantanalys med stegvis procedur finner man att 67,4 procent kan klassificeras korrekt som ungdomsdepression eller som vuxendepression enbart utifrån självskattning av depression enligt MADRS. De särskiljande symtomen var sömnstörningar och aptitstörningar (Eigenvalue 0,19, Wilks lambda = 0,84, ($2=23,05$, $df 2$, $P<0,001$).

Svårighetsgrad

Svårighetsgraden bedömdes med självskattning enligt MADRS. Det kan noteras att av de depressioner som upptäcktes i studien var många lätta, men 21 (44,7 procent) hade totalpoäng på (≥ 18), vilket enligt rekommendationer från Läkemedelsverkets expertpanel (1995) brukar innebära att den är behandlingskrävande (Figur 1). De ungdomar som inte fått depressionsdiagnos av behandlaren i den somatiska vården skilde sig dock inte från dem som fått depressionsdiagnos med avseende på depressionens svårighetsgrad (MADRS totalpoäng $17,2\pm 9,8$ vs $17,4\pm 10,0$; NS).

II Diskussion

Inom den somatiska vården är de depressiva syndromen hos ungdomar inte speciellt uppmärksammade. I den aktuella studien hade mindre än 10 procent av ungdomarna som sökt olika former av somatisk vård fått en depressionsdiagnos ställd av sin behandlare. Vid egenbedömning av depressionssymtom visade sig ytterligare nästan 30 procent av patienter i somatisk vård uppfylla kriterierna för egentlig depression. Om ingen av patienterna i bortfallet skulle ha depression blir ändå förekomsten av egentlig depression knappt 30 procent, vilket är fem gånger högre än i normalbefolkningen. För pojkar är emellertid förekomsten av depression mer osäker, eftersom bortfallet i studien är större. Om ingen av pojkarna som avstod från att delta i studien hade depression skulle frekvensen i depression bli 5,3 procent, vilket är dubbelt mot förekomsten i normalbefolkningen.

Det bör dock noteras att det i denna studie endast finns enstaka pojkar med depression, vilket gör att konfidensintervallet blir mycket stort. Det är sedan tidigare väl känt att pojkar inte söker för sina depressiva besvär och att det bland dem som söker finns en underdiagnostik på grund av att de depressiva symtomen döljs bakom missbruk och utagerande beteende [8].

Det är också väl värt att notera att även om många av de

depressiva symtomen är relativt ospecifika och relativt vanliga hos många ungdomar är dock de allra flesta, med undantag av ökad aptit, signifikant vanligare hos deprimerade ungdomar än hos icke deprimerade ungdomar.

Det vanligaste symtomet vid depression hos ungdomar är trötthet, som finns hos drygt 90 procent. Även om trötthet är vanligt hos icke deprimerade (30 procent) är ändå skillnaden så stor att förekomsten av framför allt trötthet, minskat intresse, koncentrationsproblem och ökat sömnbehov utgör tydliga varningssignaler, som borde motivera en enkel depressionskattning.

Det kan också noteras att nedstämdhet inte är ett speciellt vanligt förekommande symtom hos ungdomar med egentlig depression.

Rapporterade ej om minskat intresse och skuld-känslor

De unga som fått depressionsdiagnos i somatisk sjukvård rapporterade i mindre utsträckning symtom som minskat intresse för omgivning och aktiviteter samt skuld-känslor än de med depressionsdiagnos som ej diagnostiserats i den somatiska sjukvården. Detta fynd föll ut på ett likartat sätt även i två multivariata analyser. Detta får anses som ett robust fynd trots att det fanns många variabler och relativt få individer. De som fått depressionsdiagnos i kroppssjukvården hade lika svåra depressionssymtom och likartad symtomatologi i övrigt som de som ej fått diagnos. Eftersom både anhedoni och skuld-känslor kan leda till att ungdomar inte spontant rapporterar förekomst av depressionssymtom finns det anledning att på ett mer riktat sätt fråga om detta.

Många av de upptäckta depressiva syndromen var av måttlig svårighetsgrad och kanske inte alltid behandlingskrävande. Av de upptäckta ungdomarna med depressioner hade dock nästan hälften mer än 18 poäng på självskattning enligt MADRS, vilket enligt Läkemedelsverkets expertpanels rekommendationer skulle innebära att de hade behandlingskrävande depression[16].

När det gäller likheter och skillnader mellan depressiva syndrom hos ungdomar och vuxna är det uppenbart att likheterna är betydligt större än skillnaderna, åtminstone hos flickor.

Sammanfattningsvis är depressioner vanliga hos ungdomar som söker för olika kroppsliga symtom och sjukdomar. Trötthet, minskat intresse, koncentrationsproblem och ökat sömnbehov är varningssignaler som borde motivera undersökning med en enkel depressionskattning.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L. Are we entering an age of melancholy? *Psychol Med* 1982;12:279-89.
- Palsson SP, Ostling S, Skoog I. The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychol Med* 2001;31:1159-68.
- Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease. Geneva: WHO, 1996.
- Diderichsen F, Backlund I, Peterson S. Nytt mått mäter sjukdoms-bördan i Sverige. *Läkartidningen* 1999;96: 2172-4.
- Burke KC, Burke JD Jr, Rae DS, Regier DA. Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five US community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:789-95.
- Olsson G, von Knorring AL. Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies-Depression Child (CES-DC). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997;6:81-7.
- Olsson GI, von Knorring AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:324-31.
- Olsson G. Adolescent depression. Epidemiology, nosology, life stress and social network [dissertation]. Uppsala: Uppsala universitet; 1998.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: APA; 1994.
- Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1222-5.
- Egger HL, Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:52-60.
- Stålenheim G, von Knorring L, Penayo U, Bakall D, Dyster-Aas J, Eriksson T, et al. Odiagnostiserade depressioner finns överallt i världen. Somatisk öppen och sluten vård och primärvård i Uppland screenad. *Läkartidningen* 2003;100:2760-3.
- Svanborg P, Ekselius L. Self-assessment of DSM-IV criteria for major depression in psychiatric out- and inpatients. *Nord J Psychiatry* In press 2003.
- Svanborg P, Åsberg M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *J Affect Disord* 2001;64:203-16.
- Dahl AA, Dahl NH, Bjartveit Krüger M, Stordal E. Strukturerad psykiatrisk intervju för allmänläkare (SPIFA). Manual. Trondheim: IDANT-gruppen; 2002.
- Läkemedelsverket. Farmakoterapi vid depression. Information från Läkemedelsverket 1995;6(5):309-82.



= artikeln är referentgranskad

SUMMARY

During Depression Screening Day in Uppsala, Sweden, 127 adolescents, 23 boys and 104 girls, in the ages 13–20 years were investigated. We found that 44 (34.6 %) fulfilled the criteria for a major depression according to DSM-IV criteria and 42 (40.4%) of the girls and 2 (9.5 %) of the boys had an ongoing depression. All depressive symptoms, except increased appetite, were significantly more common in the depressed as compared to the non-depressed adolescents. The most common symptoms were fatigue, decreased interest and concentration difficulties. When the adolescents with major depression were compared to adults with major depression, rated by means of self-rating with the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, depressions among adolescents and adults were very similar. However, sleep disturbances and decreased initiative were less frequent among the adolescents while decreased appetite was more common. Many of the patients with major depression found had mild symptoms but 21 (44.7%) were regarded as being in need for medical treatment.

Anne-Liis von Knorring Kerstin Cederberg-Byström, Anne-Marie Nyberg, Mathilde Hedlund, Gunilla Stålenheim, Lars von Knorring

Läkartidningen 2004;101:365-8

Correspondence: Anne-Liis von Knorring, Institutionen för neurovetenskap, Barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset, SE 750 17 Uppsala (anne-liis.von_knorring@bupinst.uu.se)