

Depression från vaggan till graven

Depression drabbar såväl spädbarn som äldre och är ett allvarligt tillstånd. Den akuta risken är självmord. Även annan våldsam död, tex olyckor, är vanlig, och risken för andra sjukdomar är ökad.

ANNE-LIIS VON KNORRING, professor emerita, institutionen för neurovetenskap, Barn- och ungdomspsykiatri
anne-liis.von_knorrning@neuro.uu.se

LARS VON KNORRING, professor emeritus, institutionen för neu-

rovetenskap, Psykiatri; båda Uppsala universitet

MARGDA WAERN, professor, överläkare, sektionen för psykiatri och neurokemi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Depression är en sjukdom som kan debutera från spädbarnstid till ålderdom. Depression leder till stort lidande för den drabbade och för närstående. Den har ofta ett recidiverande förlopp, ger nedsatt funktion, leder ofta till ett förkortat liv, finns i samma utsträckning i alla kulturer och orsakar höga kostnader för samhället.

Depression hos spädbarn

Under 1940-talet undersökte René Spitz spädbarn som hade symtom som liknade depression hos vuxna [1]. Han myntade begreppet anaklitisk depression. Orsaken anses vara att barnet, när det knutit an till en vårdnadshavare, skiljs från vårdaren utan att någon annan finns att knyta an till. Detta är viktigast i den för anknytning känsliga perioden, dvs vid 6–12 månaders ålder. Den kliniska bilden domineras av gnällighet, brist på nyfikenhet, likgiltighet, självförsjunknenhet, sömnproblem och stagnation eller tillbakagång i psykomotorisk utveckling. I svåra fall kan barnet vara helt apatiskt. Debuten sker vanligen i åldern 0,5–3 år [2].

Depressioner hos förskole- och skolbarn

Hos förskolebarn och skolbarn finner man depressioner hos 1–2 procent. De är vanligare hos pojkar än hos flickor [3]. Förskolebarn lever i nuet och kan inte beskriva känslor av konstant nedstämdhet eller minskad lust. Därför måste man komplettera med information från någon närstående. Från cirka 7 års ålder kan barnen skatta sina emotionella symtom. Ofta har föräldern en pågående depression som framkallar depression hos barnet. Den sociala situationen kan vara påfrestande, och ibland förekommer vanvård, misshandel och sexuella övergrepp. Barn som lider av kroniska sjukdomar eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har ökad risk för depression [4–6].

Den kliniska bilden domineras av agitation, oro, rastlöshet, sömnproblem, låg självkänsla och bristande koncentration. Ofta har barnet tappat lusten till sådant som tidigare varit roligt, tex att leka. Sömnsvårigheter och bristande aptit förekommer, mer sällan bristande viktutveckling. Ihärdiga döds- eller självdestruktiva tankar, som avspeglas i leken, är vanliga. Hos skolbarn kan suicidala handlingar förekomma, men metoderna är sällan letala. Separationsångest ses ofta samtidigt med men också ofta före depressionen. Återkommande kroppsliga symtom, utan hållpunkter för kroppslig sjukdom, är vanliga.

De diagnostiska kriterier som används är desamma som för

TABELL 1. Ungdomar (n = 127) med och utan egentlig depression; egenbedömda kriterier för egentlig depression (DSM-IV) [9].

	Utan egentlig depression (n = 83), procent	Med 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*
Dödstanke	1	52**
Irritation	7	50**

* = P < 0,05. ** = P < 0,01.

vuxna, förutom att nedstämdhet kan ersättas av irritation och viktnedgång av utebliven förväntad viktökning. Man har också diskuterat om det åtminstone för yngre barn skulle vara tillräckligt med färre uppfyllda kriterier [7].

Depression hos ungdomar

Efter puberteten ökar depressionsförekomsten, och prevalensen blir 5–8 procent, dvs samma som hos vuxna. Depression är 3–4 gånger vanligare hos flickor än hos pojkar [8].

Den kliniska bilden karakteriseras av ledsenhet alternativt irritation, nedstämdhet, gråt i ensamhet, ständig trötthet och svårigheter att vara glad i situationer som brukar ge glädje. Vidare ses missnöjdhet med sig själv samt svårigheter att koncentrera sig och att minnas, varvid skolprestationerna försämras. Det är vanligt att livet inte känns värt att leva, och tankar på självmord dyker upp. Självmordshandlingar blir alltmer vanliga, och eftersom kunskapen om letala metoder ökar med åldern finns ökad risk för fullbordat självmord.

I en studie av 44 ungdomar med depression fann man trötthet, minskat intresse och koncentrationssvårigheter hos minst 8/10 (Tabell 1) [9]. Samtliga symtom på depression, förutom ökad aptit, var signifikant vanligare hos de deprimerade än hos de 83 icke-deprimerade ungdomarna. Känslor av värdelöshet, rastlöshet, nedstämdhet, skuld-känslor och ökat sömnbehov fanns hos drygt 60 procent. Mindre ofta förekom aptitnedsättning, psykomotorisk hämning och suicidtankar.

En mindre andel av ungdomarna hade enbart irritation som obligatoriskt kriterium för depression (16 procent). Dubbla antalet hade en kombination av irritation och nedstämdhet

SAMMANFATTAT

Depression kan förekomma i alla åldrar.

Före puberteten är det lika vanligt hos pojkar som hos flickor, därefter dominerar kvinnor.

Hos ungdomar kan irritation finnas i stället för nedstämdhet. I övrigt är symtomen likartade i alla åldrar.

Många av de enskilda symtomen vid depression finns i normalbefolkningen. Det finns ingen skarp gräns mellan friskt och sjukt.

Diagnosen ställs om det är en förändring av patientens tillstånd och om symtomen förorsakar kliniskt signifikant lidande eller funktionsförlust.

Depression är oftast en periodiskt förloppande sjukdom. Episodernas antal och längd varierar stort, och de är allvarliga, livshotande tillstånd. Risken för död i suicid och somatiska sjukdomar är ökad.

FAKTA 1. Diagnostiska kriterier för egentlig depression enligt DSM-IV [14].

A. Minst fem av följande symtom under samma tvåveckorsperiod som har inneburit en förändring av personens tillstånd ska finnas. Minst ett av de två första symtomen måste föreligga.

- Nedstämdhet under större delen av dagen så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv eller av andra. Hos barn och ungdomar kan i stället irritation förekomma.
- Klart minskat intresse för, eller minskad glädje av, alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen så gott som dagligen.

- Betydande viktnedgång eller viktuppgång (t ex mer än en 5-procentig förändring av kroppsvikten under en månad) eller minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen.

- Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt).
- Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen.
- Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.
- Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuld-känslor (som kan ha vanföreställningskaraktär)

nästan dagligen.

- Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen.
- Återkommande tankar på döden, återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.

B. Symtomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression.

C. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

D. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller somatisk sjukdom/skada (t ex hypotyroidism).

E. Symtomen förklaras inte bättre med sorgreaktion, dvs den depressiva symtomatologin har varat längre än två månader efter en närstående bortgång eller karakteriseras av påtaglig försämring av funktionen, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning.

(34 procent). Enbart nedstämdhet eller enbart minskat intresse förekom hos hälften.

Apatiska barn

I Anna-Lisa Annells lärobok »Elementär barnpsykiatri« beskrivs att psykiska trauman kan framkalla »en apatineuros som kan te sig antingen som en schizofreni av kataton typ eller som en depression med stark hämning« [10]. I dag har dessa tillstånd blivit vanliga i Sverige. Så gott som alla flyktingbarn med apatiska tillstånd har haft traumatiska upplevelser i hemlandet och ibland även i mottagarlandet. De har, i en situation då föräldrarna också är påverkade av egna traumatiska upplevelser och inte kan fungera optimalt i sitt föräldraskap och då de upplever att allt hopp är ute, utvecklade fördjupade depressiva symtom som övergått i total apati. De tappar då kontakten med omgivningen, blir liggande, slutar att äta och dricka samt sköta sin hygien. Bilden är densamma som vid stuporös depression.

Behandling med antidepressiva läkemedel har inte gett påtagligt positiva resultat för dessa barn. Ett permanent uppehållstillstånd, som resulterar i framtidstro och hopp för både föräldrar och barn, bidrar oftast till att vända utvecklingen, men tillfrisknandet brukar gå långsamt [11].

Depression hos vuxna

Depressioner i vuxenlivet är vanliga. Punktprevalensen är 5–8 procent [12]. I flera svenska epidemiologiska undersökningar är livstidsrisken att insjukna i en depression ca 36 procent för kvinnor och 23 procent för män [13].

Den kliniska bilden karakteriseras av de klassiska depressionssymtomen nedstämdhet, minskat intresse för saker som normalt ger glädje, energiförlust, uttrötthet, minskat självförtroende, skuld-känslor, självförebåelser, självmordstankar, kognitiv nedsättning inkluderande koncentrations- och minnesstörningar, psykomotorisk hämning eller agitation, sömnstörning och aptitstörning. De diagnostiska kriterierna för egentlig depressionsperiod enligt DSM-IV [14] i förkortad form kan ses i Fakta 1.

Snart kommer en uppdatering av DSM-systemet. Kriterierna för en depressiv episod i DSM-5 kommer sannolikt att vara desamma som i nuvarande DSM-IV. International Classification of Diseases, 10th revision, ICD-10, är den officiella klassi-

»Att avgränsa depression utifrån ett visst antal uppfyllda symtomkriterier har dock visat sig vara bekymmersamt.«

FAKTA 2

Diagnostiska kriterier för depressiv episod enligt ICD-10 [15].

Lindrig depressiv episod kräver att minst två av tre nedanstående symtom ska vara uppfyllda:

1. Sänkt grundstämning under större delen av dagen med en duration på minst två veckor
2. Brist på intresse
3. Minskad energi eller uttrötthet.

Dessutom krävs minst ett av följande för att ge totalt fyra symtom

4. Brist på självtillit
5. Omotiverade självförebåelser eller svåra och inadekvata skuld-känslor
6. Återkommande tankar på död, självmord eller självmordsbeteende

7. Försämrade förmåga att tänka eller koncentrera sig
8. Förändrad psykomotorik (agitation eller retardation)
9. Sömnstörning
10. Förändrad aptit.

Medelsvår depressiv episod kräver minst två av 1–3 samt ytterligare symtom från 4–10 för att ge totalt sex symtom.

Svår depressiv episod utan psykotiska symtom kräver att alla tre symtomen 1–3 uppfylls samt ytterligare fem symtom från 4–10.

Svår depressiv episod med psykotiska symtom kräver kriterier som vid svår depressiv episod utan psykotiska symtom men att vanföreställningar eller hallucinationer (rörande skuld, hypokondri, nihilism, självåsyftan, förföljelse) eller depressiv stupor förekommer.

fikationen i Sverige [15]. Med hjälp av ICD-10:s kriterier avgränsas väsentligen samma patientgrupp som med DSM-IV-kriterierna även om kriterierna inte är identiska. ICD-10 har också en uppdelning efter svårighetsgrad. Man klassificerar de depressiva episoderna enligt Fakta 2. Detta har visat sig viktigt, och som framgår av SBU:s rapport om behandling av depressionssjukdomar [16] och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [17] är det i vissa avseenden olika behandlingar som är evidensbaserade och rekommenderade för lindriga, medelsvåra respektive svåra depressioner.

Avgränsning av depressiva syndrom

Många av de enskilda symtomen vid depression är vanligt förekommande i normalbefolkningen. Problemet är att avgöra när ett sjukligt, behandlingskrävande tillstånd utvecklats. Att avgränsa depression utifrån ett visst antal uppfyllda symtomkriterier har dock visat sig vara bekymmersamt.

I flera stora, välgjorda epidemiologiska studier har man sökt finna stöd för att patienter som uppfyller ett visst antal symtomkriterier skulle utgöra en separat population. Melzer et al [18] använde data från en epidemiologisk studie i Eng-

land, Skottland och Wales. Totalt 9 555 personer hade kompletta svar på Clinical Interview Schedule (CIS-R). Totalpoängen på CIS-R bildade en perfekt exponentiell fördelning utan någon tydlig avgränsning vid något enskilt värde på CIS-R som skulle talat för att det skulle föreligga en avgränsad grupp av patienter med depression.

Kessler et al [19] sökte samband mellan antalet depressiva symtom och flera olika kliniska korreler. Man fann att antalet kliniska korreler ökade med antalet depressiva symtom utan någon skarp gräns vid fem av nio symtomkriterier. Sakashita et al [20] fann ett linjärt samband mellan antalet depressiva symtom och funktionsnedsättning utan någon skarp avgränsning vid ett visst antal depressiva symtom. Üstün och Sartorius [21] genomförde en studie i primärvård och fann ett linjärt samband mellan funktionshinder och antalet depressiva symtom. En avgränsning av depressioner vid fem av nio uppfyllda symtomkriterier saknar sålunda empiriskt vetenskapligt stöd [22].

Slutsatsen blir att om en patient uppvisar ett antal depressiva symtom, om det är en förändring av patientens tillstånd och om symtomen förorsakar kliniskt signifikant lidande eller funktionsförlust finns skäl att föreslå behandling.

Depression hos äldre

Depressiva syndrom är ofta recidiverande episoder, som med åldern tenderar att komma tätare och vara längre och djupare. Det leder till att depressioner är vanliga hos äldre. I en svensk epidemiologisk studie fann man en prevalens av depressioner på 6 procent vid 70 års ålder som ökade till 13 procent vid 85 års ålder. Det förekommer även förstagningsjuknanden i depression hos äldre [23]. Detta beror delvis på ökad förekomst av hjärnskador, tex stroke, begynnande demens, rubbningar i ämnesomsättning och bristtillstånd av olika slag.

Även om depressionssymtomen hos äldre oftast liknar vid depressioner hos yngre och även om samma diagnostiska kriterier gäller, så finns det några skillnader. Depressioner där de typiska depressiva symtomen i stället är atypiska eller maskerade är vanliga. Förstoppning kan vara ett dominerande symtom som för patienten till läkare. Koncentrations- och minnesproblemen kan te sig som en demenssjukdom, och ibland talar man om depressiv pseudodemens. Depression vid somatisk sjukdom är vanlig, tex i samband med neurodegenerativa tillstånd som demens och Parkinsons sjukdom, cancer, neuroendokrin sjukdom och hjärt-kärlsjukdom. Vidare kan depression uppkomma i samband med läkemedelsbehandling, tex antihypertensiva läkemedel, digitalis, L-dopa, kortikosteroider och antipsykotiska läkemedel [24].

Förlopp vid depressioner

En enskild episod av depression går oftast över spontant. I klassiska studier av Angst kunde man visa att depression oftast är en periodiskt förlöpande sjukdom [25]. Endast 15 procent av patienterna hade en enda depressiv episod. Medianen för antalet episoder var fyra, med en variationsbredd från 1 till 31. Även episodernas längd visade en betydande variationsbredd, från knappt en månad till sju år. Medianlängden för en depressiv episod var fem månader, vilket är skälet till att man brukat rekommendera minst sex månaders antidepressiv behandling vid en depressiv episod.

Under senare år har de diagnostiska kriterierna utvidgats, och allt fler lättare depressioner behandlas. För dessa är prognosen bättre. I en studie kunde man visa att 50 procent av patienterna hade endast en depressiv episod [26]. 35 procent fick recidiverande depressiva episoder och 15 procent utvecklade kroniska depressioner. När depressionen väl börjat recidivera ökar dock hela tiden risken för nya återfall med cirka 16 procent för varje nytt återfall [27]. Det är således viktigt att

»Det är också fler med tonårsdepression som blir gravida, som får missfall, som genomgår legal abort och som har komplikationer under graviditeten.«

tidigt bryta förloppet och att diskutera profylaktisk behandling efter tre eller efter två allvarliga depressiva episoder [28].

Man måste också räkna med en risk för utveckling av ett bipolärt syndrom. Av patienter med bipolär sjukdom har cirka 60 procent en depression som första sjukdomsepisod. Det kan dröja länge innan bipolariteten ger sig till känna. Efter tio episoder har 5–10 procent fortfarande haft enbart depressiva episoder [29].

När depressionen debuterar under tonåren ökar risken för återfall i depressiva episoder och för sociala och medicinska komplikationer. Flickorna med tonårsdepression börjar högre utbildning i lägre utsträckning, och färre har tagit examen vid 30 års ålder. Pojkarna med tonårsdepression börjar högre utbildning i normal utsträckning, men färre har tagit examen vid 30 års ålder [30]. Flickorna med tonårsdepression gifter sig i normal utsträckning men fler skiljer sig, de blir oftare misshandlade av sin partner och de har oftare sexuellt överförda sjukdomar. Det är också fler med tonårsdepression som blir gravida, som får missfall, som genomgår legal abort och som har komplikationer under graviditeten [31].

Flickorna med tonårsdepression har många öppenvårdsbesök, inte bara för psykiska besvär utan även för tex infektions- och mag-tarmsjukdomar [32]. Förutom antidepressiva använder de i högre utsträckning olika farmaka, tex läkemedel mot mag-tarmsjukdom, hudsjukdom, infektionssjukdom och mot sjukdomar relaterade till andningsorganen [33]. En liknande bild finner man hos vuxna med depression. De har en hög användning av läkemedel mot såväl psykisk som somatisk sjukdom [34].

Prognos vid depression

Depressioner är allvarliga, livshotande tillstånd [35]. Den akuta risken är självmord. Även annan våldsam död, tex via olyckor, är vanlig. Deprimerade har även ökad risk att få andra sjukdomar. Inte minst har den ökade risken för död i cirkulationsorganens sjukdomar uppmärksamats på senare år. American Heart Association konstaterar att depression är vanligt vid koronarsjukdom och att depression är en oberoende riskfaktor för ökad sjuklighet och död [36]. Man rekommenderar därför att alla patienter med kardiovaskulär sjukdom ska screenas för förekomst av depression [37]. Sannolikt borde även deprimerade patienter screenas för förekomst av kardiovaskulär sjukdom.

Kärlförändringarna vid depression kommer tidigt i livet. När unga kvinnor som haft recidiverande depressioner följdes upp vid 30 års ålder fann man med ultraljud tjockare intima, tunnare media och ökad intima-mediakvot i arteria carotis trots att de inte hade några kliniska symtom på hjärt-kärlsjukdom och inte heller några riskfaktorer, som tex rökning, övervikt eller högt blodtryck [38].

Konklusion

Sammanfattningsvis kan depressioner debutera när som helst i livet, från spädbarnsåren till ålderdomen. Depressioner leder till svårt lidande, oftast svårare än de flesta kroppsliga sjukdomar [39], och påverkar såväl patient som närstående. Depressionen har vanligtvis ett recidiverande förlopp. Depressionen medför grava funktionsnedsättningar och leder många gånger till ett förkortat liv. WHO bedömer att depression ger mest kostnader på grund av ohälsa i världens

medel- och höginkomstländer och att den inom ett decennium kommer att göra det även i låginkomstländerna på jorden [21, 40].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

7. Luby JL, Heffelfinger AK, Mrazek-Kotsky C, et al. Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41:928-37.
9. von Knorring AL, Cederberg-Byström K, Nyberg AM, et al. Depression vanligt hos unga som söker för kroppsliga besvär. Trötthet, minskat känslöengagemang, ökat sömnbehov varningssignaler. *Läkartidningen.* 2004;101:365-8.
11. Barn med uppgivenhetssymtom i asylsökande familjer. En förstudie hösten 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
14. Diagnostic and statistical classification of mental disorders, 4th ed, DSM-IV. American Psychiatric Association; 1994.
15. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Genève: WHO; 1993.
17. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
18. Melzer D, Tom BD, Brugha TS, et al. Common mental disorder symptom counts in populations: are there distinct case groups above epidemiological cutoffs? *Psychol Med.* 2002;32:1195-201.
21. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry.* 2004;184:386-92.
23. Pålsson SP, Östling 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.
25. Angst J. Course of unipolar depressive, bipolar manic-depressive, and schizoaffective disorders. Results of a prospective longitudinal study. *Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb.* 1980;48:3-30.
26. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, et al. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:513-20.
27. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* 2000;157:229-33.
29. Angst J, Felder W, Frey R, et al. The course of affective disorders. I. Change of diagnosis of monopolar, unipolar, and bipolar illness. *Arch Psychiatr Nervenkr.* 1978;226:57-64.
30. Jonsson U, Bohman H, Hjern A, et al. Subsequent higher education after adolescent depression: a 15-year follow-up register study. *Eur Psychiatry.* 2010;25:396-401.
31. Jonsson U, Bohman H, Hjern A, et al. Intimate relationships and childbearing after adolescent depression: a population-based 15 year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:711-21.
32. Bohman H, Jonsson U, Päären A, et al. Long-term follow-up of adolescent depression. A population-based study. *Ups J Med Sci.* 2010;115:21-9.
33. Päären A, von Knorring L, Jonsson U, et al. Drug prescriptions of adults with adolescent depression in a community sample. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2012;21:130-6.
35. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry.* 1998;173:11-53.
36. Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation.* 1996;93:1976-80.
38. Bohman H, Jonsson U, von Knorring AL. Thicker carotid intima layer, thinner media layer and higher intima/media ratio in women with recurrent depressive disorders: a pilot study using non-invasive high frequency ultrasound. *World J Biol Psychiatry.* 2010;1:71-5.

LÄS MER Fullständig referenslista
Läkartidningen.se