

# Ledsna barn

ISBN 978-91-86301-96-5

Artikelnr 2010-3-7

---

Omslag Socialstyrelsen/Iwa Wasberg

Foto ImageSource

Sättning Edita Västra Aros

Tryck Edita Västra Aros, Västerås, mars 2010

# Förord

Barn och unga med psykisk ohälsa behöver så tidigt som möjligt få rätt hjälp och stöd. Regeringen har därför givit Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt utvecklingscentrum för tidiga insatser för att förebygga svårare psykisk ohälsa hos barn och unga, UPP-centrum.

Detta är en av fem kunskapssammanfattningar om barn med har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa som UPP-centrum tagit fram för personal i förskola och skola. Den har skrivits av Agnes Hultén, barn- och ungdomspsykiater, verksam vid Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet (NASP) och överläkare vid Stockholms Centrum för Åtstörningar. Hon svarar själv för innehållet. I slutet av texten finns tips på annan litteratur inom området och en lista över de källor som författaren använt.

De fyra andra kunskapssammanfattningarna är:

- *Barn som utmanar* av Björn Kadesjö
- *Blyga och ängsliga barn* av Malin Gren Landell
- *Barn som tänker annorlunda* av Eva Nordin-Olson
- *Barn som utsätts för fysiska övergrepp* av Staffan Janson.

Projektledare har varit Pär Alexandersson vid UPP-centrum.

## **Barns psykiska hälsa – en utmaning också för förskolan och skolan**

Under senare år har förskolans och skolans möjligheter att utveckla stödjande miljöer för hälsa, lärande och trygghet uppmärksammats alltmer. Genom hälsofrämjande insatser för alla barn kan hela förskolans eller skolans klimat förbättras och dess möjligheter att klara av sitt kärnuppdrag öka. I anslutning till det arbetet behöver barn som riskerar att utveckla svårare psykisk ohälsa uppmärksammas. Ofta går det att se tecken på psykisk ohälsa tidigare i förskolan och skolan än i andra verksamheter för barn och unga. Och med rätt stöd, inom ramen för en generell god lärandemiljö, ökar möjligheter till utveckling och lärande för barn med sådana tecken.

UPP-centrums kunskapssammanfattningar är skrivna för dig som är lärare i förskolan, grundskolan eller gymnasieskolan. Syftet är att ge dig

tillgång till aktuell kunskap som du kan använda när du möter barn och unga med tecken på psykisk ohälsa. De kan hjälpa dig att hitta svaren på frågor som dessa: Hur kan du bemöta barn med tidiga tecken på psykisk ohälsa? När kan barnen behöva hälso- och sjukvård? Hur kan förskolan och skolan bidra till att barn med en psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning får så bra förutsättningar som möjligt att utvecklas och lära sig nya saker?

Kunskapssammanfattningarna är skrivna av experter på de medicinska och psykologiska frågor som behandlas. De går inte närmare in på förskolans och skolans konkreta förutsättningar för förebyggande arbete, t.ex. pedagogiska metoder, organisation och resurser. På dessa punkter behöver kunskaperna om psykisk hälsa förenas med förskolans och skolans egna kunskaper och erfarenheter. Det gäller bl.a. möjligheterna att förena individ- och grupperspektiv i det förebyggande arbetet.

Kunskapssammanfattningarna utgår från det enskilda barnets symtom och stödbehov. Men i förskolan och skolan har pedagogerna också alltid *en grupp* individer att förhålla sig till. Vilket stöd och vilka resurser som tillförs gruppen – inte bara individen – kan vara avgörande för hur t.ex. förskolegruppen eller skolklassen kan vara en konstruktiv kraft eller skyddsfaktor för ett barn med psykisk ohälsa.

## Samverkan inom och utom förskolan och skolan

I mötet med barn med tecken på psykisk ohälsa kan du som förskollärare eller lärare behöva stöd från personal som har medicinsk, psykologisk, psykosocial eller specialpedagogisk kompetens, t.ex. inom förskolans stödteam, barnhälsovården och skolhälsovården/elevhälsan. Kunskapssammanfattningarna ger därför också en bild av vad olika yrkesgrupper och verksamheter kan göra för att förebygga svårare psykisk ohälsa hos barn och unga. UPP-centrums förhoppning är att texterna ska användas som underlag för gemensam planering och fortbildning för förskolans och skolans olika personalgrupper. Det gäller bl.a. för arbetet med de planer för undervisning och elevhälsoarbete som för grundskolan ska ”utformas så att eleverna får det särskilda stöd och den hjälp de behöver” (Lpo 94) och för förskolan vara en del i strävan efter att barn som ”tillfälligt eller varaktigt behöver mer stöd än andra ska få detta stöd utformat med hänsyn till egna behov och förutsättningar” (Lpfö 98).

För en del av de barn som har sådana problem eller befinner sig i situationer som beskrivs i kunskapssammanfattningarna kan det vara tillräckligt att få stöd och insatser som förskolan, skolan eller skolbarnsomsorgen

kan ge inom sin egen organisation. För andra barn behövs samtidiga insatser från en eller flera andra verksamheter. Det är viktigt att använda de *rutiner för samverkan* som oftast finns både när det gäller att få stöd från andra experter och verksamheter under en utredning av ett barns situation och behov och när det gäller vilka insatser som barnet behöver.

En annan förhoppning är att kunskapssammanfattningarna kan komma till användning i kontakterna mellan förskola/skola och föräldrar. Inte sällan är det förskollärare och lärare som först upptäcker att ett barn behöver extra insatser och kan behöva få sina problem utredda av hälso- och sjukvården. I det läget är det viktigt att förskolan och skolan har eller bygger upp en föräldrakontakt som kan leda till en gemensam insikt om barnets behov.

Anders Tegnell  
Avdelningschef  
Avdelningen för kunskap

Lars Hellgren  
Centrumchef  
UPP-centrum



# Innehåll

Förord .....	3
Barns psykiska hälsa – en utmaning också för förskolan och skolan.....	3
Samverkan inom och utom förskolan och skolan.....	4
Inledning.....	9
Ledsna barn – vad menar vi? .....	11
Dystymi .....	12
Egentlig depression .....	13
Depressionssymtom i olika åldrar .....	14
Bipolär sjukdom.....	16
Tidiga symtom vid bipolär sjukdom.....	17
Könsskillnader.....	18
Identitetsutveckling .....	19
Sociala förväntningar.....	19
Samsjuklighet .....	19
Hur vanligt är depression hos barn?.....	21
Dystymi .....	21
Egentlig depression.....	21
Bipolär sjukdom.....	21
Har depressionssjukdomarna blivit vanligare? .....	21
Vad orsakar en depression? .....	23
Stress – sårbarhetsmodellen .....	23
Sårbarhet – ärftlighet.....	23
Stress – sociala omständigheter och livshändelser .....	23
Arv och miljö interagerar .....	23
Skydds- och riskfaktorer .....	25
Skyddsfaktorer .....	25
Riskfaktorer.....	26
Konsekvenser av depression .....	29
Självordstankar.....	29
Upptäckt av depression .....	31
Beteendeförändringar .....	31
Förskolans och skolans roll för att upptäcka.....	31
Bemötande, stöd och behandling vid depression .....	33
Råd till pedagogen.....	33
Lyssna, fråga och informera.....	33
Hänvisa vidare för rådgivning .....	35

## Innehåll

Råd om bemötande på förskola och skola.....	36
Hänvisa eller remittera till BUP.....	37
Rekommenderad behandling av egentlig depression.....	38
Psykologisk behandling.....	38
Läkemedelsbehandling.....	39
Etiska aspekter.....	41
Litteraturtips.....	43
Referenser.....	45



# Inledning

## **Kalle, 5 år**

*Kalle är ofta sjuk och får lätt infektioner. Han ser blek och tanig ut. Han klagar ofta över ont i magen och vill sitta med personalen. Kalle har svårt att ta för sig bland kamraterna på förskolan och verkar inte road av att leka. Han har lätt för att börja gråta och ger ett ledset intryck.*

## **Anna, 9 år**

*Anna är mobbad i skolan. Flera gånger kommer hon hem gråtande. Anna är också djupt olycklig när hon skall gå hemifrån på morgonen. Hennes mamma kontaktar skolan för att få slut på mobbningen, men det hjälper inte. Tvärtom intensifierar pojkarna sina elakheter därför att de tycker att Anna har skvallrat. Hon känner sig maktlös och blir ännu mer inbunden. Samtidigt får hon allt svårare att sova på nätterna och klarar inte skolarbetet.*

## **Malin, 15 år**

*Malin kommer till skolsköterskan: "Jag känner att mitt problem inte är särskilt stort för mina föräldrar varken dricker eller slår mig, men problemet finns där. Ena dagen känner jag mig glad och älskad, andra dagen värdelös och oälskad. Jag tror att jag kräver alldeles för mycket kärlek. Mamma har haft två missfall och jag önskar ibland att jag hade varit ett av de där missfallen ... Man pratar om att relationen mellan mor och dotter brukar vara väldigt stark, men jag berättar nästan aldrig något personligt för henne. Det känns som om hon inte känner min insida och jag inte hennes. Inget är roligt längre och jag är jämt trött. Ändå kan jag inte somna på kvällarna."*

Om du arbetar som förskollärare eller lärare känner du säkert igen Kalle, Anna och Malin, som alla är ledsna. Deras ledsenhet kanske inte beror på situationen i förskolan eller skolan, men alla som arbetar där möter ändå dessa barn. Denna kunskapssammanställning vill bidra med kunskap om hur man som pedagog kan upptäcka och hjälpa nedstämda och/eller deprimerade barn och unga. Syftet är att minska det lidande som depressioner orsakar.

Depressioner debuterar ofta i unga år, och även lätta symtom kan innebära att man mår och fungerar sämre. Tecken på nedstämdhet kan tyvärr

## **Inledning**

också vara förstadier till allvarigare depressionstillstånd. Det finns studier som visar att tidiga insatser kan förebygga en fortsatt negativ utveckling, och därför är det viktigt att tidigt uppmärksamma symtom på nedstämdhet. Den som är nedstämd och/eller deprimerad behöver stöd i förskolan eller skolan men också på fritiden och i familjen. Hälso- och sjukvården kan också behöva ge en kompletterande bedömning och behandling.

Depressioner har både biologiska och sociala orsaker. I den här kunskapsmanfattningen beskrivs hur depressioner kan upptäckas, vilka bakomliggande faktorer som kan leda till en depression, hur man kan stödja den deprimerade personen och hur man kan behandla honom eller henne.

## Ledsna barn – vad menar vi?

Alla nedstämda eller ledsna barn är självfallet inte deprimerade. Nedstämdhet är något som drabbar alla någon gång i livet, och det gäller att veta vad det är att vara ledsen och vad som är depression. Därför beskrivs här de grundläggande definitionerna på psykisk ohälsa, ”att vara ledsen”, respektive sjukdomen depression.

*Psykisk ohälsa* är en subjektiv upplevelse av att inte må bra. Man kan känna sig nedstämd, stressad och tillfälligt ur balans. Orsaken kan vara måttliga förändringar i den vardagliga miljön och mindre kroppsliga sjukdomstillstånd. Ungdomar säger ofta själva att de är deppiga, men det behöver inte vara detsamma som att de lider av en depressionssjukdom. Sorg eller en kris kan räknas som ohälsa, men depression är en sjukdom.

Vad är det då för skillnad mellan sorg, kris och depression? *Sorg* är den smärta vi upplever efter en förlust, och sorg är därför en reaktion som går att förstå. Man kan reagera starkt om någon anhörig blir svårt sjuk eller dör eller om föräldrarna skiljer sig. *Kris* är en kraftig reaktion på en livshändelse eller en livssituation. Vid en kris kanske man i början är upprörd och ledsen så att tankarna och känslorna snurrar runt. För det mesta känns det lättare om det finns andra runt omkring som bryr sig. Efter ett tag blir det oftast bättre, även om det kan ta lång tid. De flesta har en mycket stor förmåga att hämta sig efter både sorg och en kris, men om känslorna finns kvar länge kan de gå över i ett depressionstillstånd.

*Sjukdomen depression* innebär mer än att bara vara ledsen. Den ger fler symtom som även är kroppsliga och kognitiva (tankemässiga). Lidandet är mer uttalat och den som drabbas får ofta svårt att klara skolarbetet och relationer med andra.

Anonyma undersökningar om ungdomars hälsa brukar visa höga och ökande siffror för framför allt stress, sömnstörningar och kroppsliga symtom. Inom forskarvärlden diskuterar man om det är en reell ökning eller om resultaten beror på våra förväntningar på att alltid må bra; i vårt välfärdssamhälle har vi fått en nolltolerans mot ohälsa för vi vill må toppen jämt. Dessutom är det i dag allmänt accepterat att uppleva stress. Självrapporterade symtom brukar beskrivas som ohälsa.

Att vara sjuk innebär att man uppfyller de kriterier som finns för en viss sjukdom, och det betyder en påverkan som är mer omfattande än ohälsa och stress. *Förstämmningssyndrom* är samlingsnamnet på sjukdomar där

det känslomässiga stämningläget förskjuts nedåt, som vid depression, eller uppåt, som vid *mani*. Stämningläget är den känsloton som färgar hur man upplever sig själv och omvärlden, och som finns kvar under en längre tid. Man skiljer därför mellan stämningläge och mer kortvariga känslor eller affekter, t.ex. att känna sig ledsen och gråta över något tråkigt trots att man i grunden är glad. Vid förstämningssyndrom skiljer man mellan enstaka sjukdomsepisoder, skov, och själva sjukdomen, syndromet eller diagnosen. Förstämningssyndrom beskrivs med hjälp av symtomkriterier i olika klassifikationssystem, och sjukvården använder bl.a. klassifikationssystemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) för att diagnostisera förstämningssyndrom.

Det finns två grupper av förstämningssyndrom: unipolära och bipolära syndrom. Vid de unipolära syndromen svänger stämningläget nedåt och vid de bipolära syndromen svänger stämningläget ibland neråt och ibland uppåt.

Avsnittet nedan beskriver symtomen på tre olika diagnoser eller förstämningssyndrom med depressionssymtom: dystymi, egentlig depression och bipolär sjukdom. Beskrivningar av exempel illustrerar hur symtomen kan gestalta sig.

## Dystymi

Symtom på dystymi är

- nedstämdhet eller irritabilitet
- förändrad aptit och/eller förändrad sömn och/eller trötthet och/eller koncentrationssvårigheter och/eller hopplöshetskänslor och/eller mindervärdeskänslor
- större delen av de flesta dagarna under minst ett år
- men inte så uttalat som vid en depression

### *Jonas, 13 år*

*När Jonas flyttar från södra Sverige och kommer till den nya skolan i årskurs 7 hånas han av klassens pojkar som härmar hans skånska dialekt – och av alla flickor som fnissar hela tiden. ”Jag minns hur klasskamraterna tystnade när jag öppnade munnen och sedan brast i skratt. Så blev jag själv allt tystare”, säger han senare i ett samtal med en barn- och ungdomspsykiater. Jonas hade varit en duktig elev i sin tidigare skola men får svårt att koncentrera sig efter flytten från södra Sverige. Betygen dalar. När han misslyckas totalt på ett matteprov tycker han synd om sina föräldrar*

*som har fått ett så misslyckat barn. Matlusten försvinner till en del och under hela sjuan och åttan blir Jonas tröttare och ”orkar mindre”. Men föräldrarna är egentligen inte oroliga eftersom de tror att förändringen är en del av puberteten, för de har ”sett samma sak hos hans äldre bror”.*

Jonas har dystymi med flera depressiva symtom: koncentrationssvårigheter, känsla av att vara värdelös, dålig aptit, minskad energi och försämrad funktion i skolan som gör att betygen rasar. Symtomen har funnits under mer än ett år, men han berättar för en läkare att de inte finns där under hela dagarna. Han kan vara glad i korta stunder och har inga självmordstankar.

Barns sätt att uppleva och uttrycka depressiva känslor och tankar bestäms i hög grad av hjärnans utveckling och därför ändras symtombilden i takt med åldern. Spädbarn och förskolebarn uttrycker nedstämdhet i första hand genom att äta och sova dåligt, vilket kan leda till sämre tillväxt. Nedstämda barn i låg- och mellanstadieåldern får diffusa kroppsliga besvär som huvudvärk eller magont. I den åldern är det också vanligt att de blir oroliga, rädda och allmänt klängiga på föräldrarna. Framför allt pojkar kan även reagera med aggressivitet och humörutbrott.

Tonåringar uppvisar liknande symtom på dystymi som vuxna. De kan bättre än barn sätta ord på sina känslor av nedstämdhet eller irritation. Dessutom förekommer brist på energi, förändrat aptit- och sömnmönster, beslutsvånda eller koncentrationssvårigheter. Känslor av hopplöshet och värdelöshet är vanliga, däremot inte självmordstankar.

## **Egentlig depression**

Vid en egentlig depression är de negativa känslorna och tankarna starkare än vid dystymi. De depressiva symtomen är dessutom fler. Vid en depression ska symtomen förekomma under större delen av varje dag i minst två veckors tid. Dessutom drabbas deprimerade personer ofta av en motorisk uppvarvning eller dess motsats (hämning) som märks i mimiken, kroppshållningen och talet. De drabbade kan ha återkommande tankar om döden och om självmord och det finns risk för självmordsförsök.

Depressionssymtom är

1. Nedstämdhet eller irritabilitet.
2. Oförmåga att engagera sig eller känna glädje och lycka.
3. Minskad eller ökad aptit, nedgång eller uppgång i vikt.
4. Sömlöshet eller ökad sömn utöver det normala.

5. Psykomotorisk agitation eller hämning.
6. Trötthet, minskad energi.
7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna skuld känslor.
8. Svårigheter att koncentrera sig, tänka eller fatta beslut.
9. Återkommande tankar på döden eller på självmord.

## Depressionssymtom i olika åldrar

### Lotten, 3 år

*Lotten går på förskola. Hon hade svårt vid inskolningen och visar fortfarande en stark separationsångest när hennes mamma lämnar henne. Under dagen vill hon bli buren, hon vill vara med personalen och drar sig undan de andra barnen. När hon leker har hon svårt för motgångar och intressekonflikter. Hon faller lätt i gråt om hon har den minsta konflikt med något annat barn. När andra barn leker högljutt blir hon stressad och söker sig till personalen. Lotten drabbas ofta av infektioner, men hon brukar komma till dagis i alla fall. Hennes mamma är ensamstående och är halvtidssjukskriven på grund av psykiska besvär.*

### Pelle, 10 år

*Pelle var 10 år när han blev remitterad till en barnpsykiatrisk mottagning av en barnläkare som misstänkte anorexi. Han hade minskat 3–4 kg på bara ett par månader och barnläkaren kunde inte hitta någon kroppslig anledning. Föräldrarna var förtvivlade och såg hur sonen liksom "smälte ihop" framför deras ögon, blev snabbt blek och mager med urholkade kinder. Han var också allvarligare än vanligt, pratade mindre och hade ingen matlust. Däremot visade han ingen motvilja mot att äta fett eller sötsaker och inte heller brydde han sig om sin vikt. Han hade tidigare varit skötsam i skolan och en av de bästa i sin klass. Nu presterade han sämre, slutade leka med jämnåriga och klagade ofta över ont i magen. Dessutom uttryckte Pelle känslor av värdelöshet. BUP-utredningen fastställde diagnosen egentlig depression. Under familjesamtalen sa Pelle inte särskilt mycket men lyssnade noga på de vuxna. Han blev också lättad när man på allvar började diskutera hur han skulle avlastas från krav, hur hans skolsituation skulle kunna underlättas och hur han skulle få mer tid på sig med lärarstöd. Detta bidrog väsentligt till att han senare tillfrisknade.*

### Kevin, 14 år

*En 14-årig pojke, Kevin, hade tagit föräldrarnas bil och kvaddat den. Han var arg och tyckte att de kontrollerade honom för hårt och favoriserade systemen. "Mina föräldrar var alltid väldigt strikta, man fick inte säga att man var arg på dem. Ilskan byggdes liksom in i en, det kändes som en hård knut i magen." Dessutom hade Kevin problem i skolan och var även arg på lärarna som han tyckte var orättvisa. Vid ett tillfälle hade han varit med och vandaliserat skolan. Först senare kunde han berätta om hur ledsen han var, hur illa han tyckte om sig själv och hur rädd han var för bl.a. döden.*

### Ida, 17 år

*Ida är enda barnet med föräldrar som separerade när hon var 4 år. Pappan flyttade till Australien och de har ingen kontakt med varandra. Hennes farmor bor på ett sjukhem efter att ha fått psykiatrisk vård på grund av en djup depression. Ida har varit frisk och skötsam med goda betyg men är lite blyg med få kamratkontakter. Sedan två år tillbaka sällskapar hon med en äldre pojkvän som hon blivit ganska beroende av. För drygt två veckor sedan gjorde han dock slut med henne. Ida blev förkrossad efter detta, sov inte på flera nätter, slutade äta och drack enbart juice. Hon orkade inte gå till skolan, struntade i att tvätta sig och hur hon var klädd. Efter några dagar uppfattade Idas mamma henne som förvirrad eftersom hon hörde röster som sa att hon var utsedd till ett viktigt uppdrag. Hon skulle frälsa världen från barnarbete. Från att tidigare ha varit ledsen började hon varva upp, tala forcerat och packa ned saker i sin resväska. När Idas mamma försökte få in henne i bilen för att åka till BUP-akuten gjorde hon motstånd och skrek att hon hade fått nog av "den här teatern".*

Lotten, Pelle, Kevin och Ida har alla mer uttalade depressiva symtom än vid dystymi och de fungerar dessutom sämre både hemma och i skolan. Ida har så svåra depressiva symtom att hon även får psykotiska symtom och hör röster.

Depression hos spädbarn och förskolebarn visar sig ofta som mat- och sömnproblem, vilket resulterar i att barnen växer dåligt. Barnen är ofta tillbakadragna, t.o.m. liggliga (apatiska), och i allvarliga fall får de svårt att knyta an känslomässigt till sina föräldrar. Vissa deprimerade barn i förskoleåldern går också bakåt i den psykomotoriska utvecklingen. Exemplet med Lotten illustrerar hur en depression kan yttra sig hos ett förskolebarn.

Skolbarn före puberteten får diffusa kroppsliga besvär som huvudvärk, illamående, magont, värk i nacke och axlar eller frusenhet alternativt svettningar. Det är också vanligt att barn med en egentlig depression blir oroliga, räddhågsna och klängiga. Många slutar leka eller leker mer stillsamt alternativt flänger bara runt. Framför allt pojkar reagerar med aggressivitet och humörutbrott. En del barn blir inte nedstämda utan snarare irriterade. Många vuxna känner dock inte till insomningssvårigheterna eftersom barnet kan ligga tyst och stilla i sin säng på kvällen. Vissa har självmordstankar eller tankar på döden, och det är inte ovanligt med självd destruktiva beteenden eller lekar. Pelle i exemplet ovan illustrerar hur en depression kan yttra sig hos barn i denna åldersgrupp.

Tonåringar uppvisar i allmänhet ungefär samma depressiva symtom som vuxna, dvs. minskat intresse för aktiviteter som man tidigare tyckte var roliga. Man visar ökad trötthet och brist på energi, förändring i ap- tit- och sömnmönster och har svårt att koncentrera och bestämma sig. Känslor av uppgivenhet, värdelöshet, ilska eller skuld kan leda till tankar på döden eller självmordsplaner. Den främsta skillnaden är att deprimerade tonåringar oftare har svårt med själva insomningen eller får ett ökat sömnbehov medan vuxna sover dåligt eller vaknar tidigt.

Föräldrar känner inte alltid till sina ungdomars självmordstankar och ibland inte heller deras självskaador eller självmordsförsök. Det kan vara frågan om en depressiv utveckling om en tonåring slutar att bry sig om sitt utseende och sin hygien. Som i exemplet med Kevin ovan kan också trots och utagerande beteenden vara tecken på depression, även om det är svårt att se hur ledsen man är. Likaså kan missbruk, skolk, snatteri och sexuellt riskbeteende vara en del av symtombilden. Över huvud taget är beteendeförändringar ett viktigt varningstecken, t.ex. en tillbakadragen ton- årspojke som plötsligt börjar dricka alkohol och hamnar i slagsmål eller en flicka som hoppar av fotbollsträningen som hittills varit så viktig och sedan slutar umgås med sina kompisar.

## **Bipolär sjukdom**

Ett klassiskt fall av bipolär sjukdom innehåller en urskiljbar manisk episod, något som särskiljer sjukdomen från en egentlig depression. Typiskt vid mani är att stämningsläget är förhöjt, vilket innebär att den drabbade känner sig glad, lycklig och osårbar. Den maniska episoden kan komma ensam, men också mellan depressionsepisoder.



Manisymtom är

- Ihållande och överdrivet glad eller irriterad sinnesstämning. Förhöjd självkänsla eller t.o.m. grandiositet.
- Minskat sömnbehov (man kan t.ex. känna sig utvilad efter bara tre timmars sömn).
- Mer pratsam än vanligt eller svårt att hålla tyst.
- Tankeflykt eller upplevelse av att tankarna rusar genom huvudet.
- Lättdistraherad (dvs. uppmärksamheten dras alltför lätt till oviktiga eller irrelevanta yttre stimuli).
- Ökad målinriktad aktivitet (i skolan, på arbetet, socialt eller sexuellt).
- Ägnar sig åt lustbetonade aktiviteter med sannolikt obehagliga konsekvenser (t.ex. förköper sig, sexuella felsteg eller omdömeslösa projekt).

Bipolär sjukdom debuterar oftast som en djup depression och den maniska symtombilden kommer i de flesta fall senare. Man kan misstänka bipolaritet om ungdomen snabbt blir deprimerad, särskilt om han eller hon också har psykotiska symtom. Sjuttonåriga Ida i exemplet ovan har en symtombild som skulle kunna vara det första insjuknandet i ett bipolärt syndrom. Mani innebär en förskjutning av stämningsläget, men även en förhöjd självkänsla och grandiosa tankar. Med detta menar man tankar om att vara speciell, utvald, bättre än andra och osårbar. Idas tankar om att vara utsedd till ett viktigt uppdrag kan vara ett sådant symtom.

## Tidiga symtom vid bipolär sjukdom

*Linda, 17 år*

*Sedan en tid tillbaka sover Linda allt mindre, och även om hon lägger sig sent verkar hon inte vara trött på morgonen. Hon har också berusat sig vid flera tillfällen senaste året. Hon är nu 17 år och började få problem i slutet av årskurs 8 med nedstämdhet som störde kamratkontakterna och försämrade skolarbetet. Man tolkade det som krisreaktion på föräldrarnas skilsmässa. Nu har hon utvecklat ett mer växlande humör och blivit alltmer lättirriterad, kaxig och fylld av självförtroende. Vissa lektioner pratar hon forcerat och vill inte bli motsagd ens av lärarna. Bråken med mamma kommer tätare och efter ett sådant bråk sticker hon till sin pojkvän som hon också råkar i gräl med. Hon känner sig hopplös och gör ett försök att hoppa från hans balkong men han hindrar henne.*

I ett tidigt skede kan egentlig depression och bipolär sjukdom likna varandra trots att det rör sig om olika sjukdomar med skilda konsekvenser och behandlingar. Många av de ungdomar som snabbt insjuknar i en egentlig depression utvecklar senare bipolär sjukdom. Dessutom har de drabbade tonåringarna ofta korta svängningsperioder med snabbare växlingar mellan de depressiva och de uppvarvade (hypomana) faserna. Uppvarvningen uttrycks också ofta som ökad irritation och trots eller ett utagerande beteende som bryter mot normer. Många gånger är det omgivningen som lägger märke till att tonåringen periodvis pratar fortare och är mer hektiskt sysselsatt. Den unge kan kasta sig in i aktiviteter som är riskfyllda, farliga eller ger problem på något annat sätt. Ibland är sömnbehovet också minskat under dessa perioder. Överaktivitet, pratighet och koncentrationssvårigheter liknar de symtom man finner vid ADHD, vilket kan göra det svårt att sätta rätt diagnos. Typiska bipolära symtom är dock att överskatta sig själv och sin förmåga, att ”vara kaxig” (den grandiosa självbilden) och ha en förhöjd sinnesstämning, särskilt om de kommer i episoder.

En del tonåringar drabbas av en allvarlig variant av bipolaritet som innebär korta, återkommande humörsvägningar på några timmar eller över en dag, så kallad *rapid cycling*. Ungdomarna brukar klaga över att det känns som ett ”obeskrivligt” tillstånd och att det är svårt att stå ut med den känslomässiga obalansen. Många får explosiva utbrott. Risken för självmordshandlingar är hög för alla former av bipolaritet, men särskilt hög för personer med *rapid cycling*. Numera finns det bra behandling och det är också viktigt att söka hjälp i tid eftersom risken för alkohol- och drogproblem och självmordshandlingar är extra stor.

## Könsskillnader

Depressionens uttryck påverkas av både biologiska och psykosociala faktorer under puberteten (dvs. både hormonella faktorer och kulturella faktorer som könsroller). Flickor reagerar i första hand med depressiva symtom och ångest medan pojkar oftare har utagerande beteendestörningar. De kroppsliga symtomen skiljer sig inte mellan könen, men däremot de tankemässiga. Flickor verkar vara känsligare för negativa livshändelser och ha sämre självbild med en negativ kroppsuppfattning och ett åltande självhat. Pojkar är utagerande eller får en sänkt grundstämning med gråt och självmordstankar. Det finns olika teorier om varför det finns könsskillnader, bland dem finns teorier om skillnader mellan könen i identitetsutveckling och sociala förväntningar.

## Identitetsutveckling

I dag uppmuntras flickor till självständighet, vilket bryter mot tidigare könsrollsmönster. Det innebär att flickor kan få motstridiga signaler från omgivningen. De flesta flickor har en annan identitetsutveckling än pojkarna och är i allmänhet inriktade på att behålla goda relationer samtidigt som de försöker bli självständiga. Därför kan relationskonflikter innebära större påfrestningar med risk att man utvecklar en depression.

## Sociala förväntningar

I många ögon är den ideala tonårsflickan högpresterande, vacker, smal och smart; det kan vara svårt att känna sig nöjd med den man är. En stor del av ungdomars stress är också kopplad till skolan. Kraven är höga och det är i skolan flickor framför allt lägger sin tid. Dagens skola förutsätter att man klarar många val (inriktning, plats, ämnen), som samtidigt både ger frihet och ställer krav. Däri uppstår lätt spänningar som kan ge ångest och oro.

Flickor har oftare en hektisk livsstil: under vardagarna sover de för lite samtidigt som de pluggar och tränar hårt. På helgerna jobbar de extra för att tjäna pengar till kläder och för att gå ut och festa. Många äter dåligt och hoppar ofta över både frukost och lunch.

## Samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att en person har mer än en psykiatrisk diagnos samtidigt, och det är vanligt att deprimerade ungdomar inte bara har ett enda psykiatriskt problem. Ibland kan samsjukligheten göra det svårt att upptäcka depressionen eftersom t.ex. ett missbruk dominerar bilden. Dessa områden förekommer ofta samtidigt med depressionssymtom:

- Missbruk av alkohol och droger
- Utagerande aggressiv beteendestörning
- ADHD
- Ätstörningar
- Ångest

### **Dikt av anonym ungdom**

Jag är förbannad, jag är så glad,  
å jag är allting varenda dag.



# Hur vanligt är depression hos barn?

## **Dystymi**

Enligt internationella undersökningar drabbas 0,6–3 procent av yngre skolbarn av dystymi, och en svensk undersökning visar att 1–2 procent av alla tonåringar får denna form av depression.

## **Egentlig depression**

Cirka 1–2 procent av alla förskole- och skolbarn lider av egentlig depression. Sjukdomen förekommer redan hos små barn och är före puberteten lika vanlig hos båda könen. I och med puberteten insjuknar fler i egentlig depression och mer än var tjugonde tonåring, alltså 5–6 procent, lider av sjukdomen. Det innebär en eller två elever per klass. Egentlig depression drabbar cirka fyra gånger fler flickor än pojkar, och det är vanligt att personen också har andra psykiska tillstånd och kroppsliga sjukdomar.

## **Bipolär sjukdom**

Bipolär sjukdom kan drabba yngre skolbarn även om det inte är särskilt vanligt. Många vuxna med bipolär sjukdom uppger dock att de insjuknade redan i förpuberteten (11–12 år) eller under tonåren, även om diagnosen inte sattes förrän i vuxen ålder. Cirka 1 procent av alla tonåringar drabbas av bipolaritet och sjukdomen är ungefär lika vanlig hos båda könen.

## **Har depressionssjukdomarna blivit vanligare?**

Epidemiologiska studier från stora delar av världen (Europa, USA och Australien) visar en viss ökning i antalet fall av depression. Enligt forskningsresultaten debuterar även sjukdomen tidigare i livet.



# Vad orsakar en depression?

Det finns ingen enkel förklaring till varför vissa människor utvecklar en egentlig depression eller bipolär sjukdom. Vanligen beror det på en kombination av arv och miljöfaktorer. Människor ärver inte en depression, snarare en sårbarhet för att utveckla sjukdomen. När barn utsätts för påfrestningar och stress är risken större att de sårbara barnen utvecklar en depression. Här nedan beskrivs en modell (Stress-sårbarhetsmodellen) som försöker förklara hur arv och miljö interagerar.

## **Stress-sårbarhetsmodellen**

Alla människor är olika sårbara för stress. Stress-sårbarhetsmodellen används för att förklara hur den genetiskt medfödda sårbarheten interagerar med påfrestningar under uppväxten. En sårbar person kan utveckla en depression på grund av ”normala” påfrestningar, medan en mindre sårbar person kan tåla en svår traumatisering utan att bli deprimerad.

## **Sårbarhet – ärftlighet**

En människa får hälften av sina gener från sin mamma och hälften från sin pappa, och arvet sitter i de långa DNA-proteinkedjorna. Där bestäms hur långa vi blir, vilket temperament vi får och vilken känslighet vi utvecklar. Om en förälder har en depression kan barnet ärva en viss sårbarhet för depression eller bipolaritet.

## **Stress – sociala omständigheter och livshändelser**

Negativa erfarenheter under uppväxten ökar risken för att utveckla en depression. I vissa fall kan det vara en enstaka dramatisk händelse som leder till depressionen, men oftast handlar det om flera påfrestningar som hopas över en längre tid. Dessa påfrestningar samspelar med personens individuella sårbarhet, vilket gör att människor reagerar på olika sätt inför en händelse.

## **Arv och miljö interagerar**

Arvet från föräldrarna är inte enbart genetiskt, utan en deprimerad förälder kan ha svårt att orka med föräldraskapet vilket skapar stress för barnet. Om den vuxne är upptagen av grubbel och oro kan det vara svårt att ge barnet trygghet, stöd och kontroll. Arvet påverkar barnets miljö.

## Vad orsakar en depression?

Skillnaderna mellan barns reaktionsmönster brukar benämnas temperament eller karaktärsdrag. Barnets egen karaktär påverkar även människorna i dess närhet, som föräldrar och lärare. Det betyder att olika barn väcker olika reaktioner hos vuxna och därför får olika bemötande. Det är lätt att ta hand om glada, trygga och samarbetsvilliga barn, men betydligt svårare att umgås med och ta hand om barn som är oroliga, stökiga och deprimerade eller som ständigt växlar humör. Det betyder att dessa barn oftare får skäll och mindre ofta beröm, både hemma och i skolan. Det sätt som ett barn blir bemött på kommer att påverka hur det ser på sig själv och andra. Ett barn som är ängsligt och lätt blir ledset kanske blir bemött med uppgivenhet och oförstående och på grund av detta känner sig otillräckligt och därför utvecklar en sämre självkänsla. Alltså påverkar barns olika förutsättningar de erfarenheter de får, arvet påverkar miljön. Men det motsatta gäller också, dvs. en god miljö, där barnet respekteras och får stöd kan skydda mot insjuknande. Man behöver därför samtidigt försöka bedöma och identifiera risk- och skyddsfaktorer såväl utifrån arvs- som miljöperspektiv.



# Skydds- och riskfaktorer

Det föregående avsnittet beskrev orsakerna till depressioner som ett samspel mellan arv och miljö. Man kan i det sammanhanget tala om skydds- och riskfaktorer, dvs. det som skyddar och det som ökar risken att utveckla depression. Dessa faktorer kan vara biologiska, psykologiska och sociala. Både skydds- och riskfaktorer går att lägga ihop, vilket innebär att fler skyddande faktorer ger ett bättre skydd och fler riskfaktorer ökar risken för depressioner. Skydds- och riskfaktorerna samspelar på ett komplext sätt och det finns tyvärr inga enkla samband. Här nedan följer en beskrivning av de skydds- och riskfaktorer som visat sig påverka utvecklingen av depressionssjukdomar.

## Skyddsfaktorer

Följande skyddsfaktorer har betydelse för skolan:

- Skolnärvaro utan skolk.
- Framgångar i skolan.
- En trygg skolmiljö med goda relationer till lärare och kamrater.

Övriga skyddsfaktorer:

- Trygg känslomässig anknytning till föräldrarna. Under de första levnadsåren läggs grunden till de relationsmönster en människa bär med sig resten av livet. Det är *av* och *i* familjen som barnet lär sig socialt samspel samt att hantera stress och konflikter.
- Stödjande och samarbetande föräldrar. En bra relation till och mellan föräldrarna skyddar barn och unga från att utveckla depressioner, och är t.o.m. viktigare än goda kamratrelationer.
- Ett stabilt humör.
- Begåvning utan några kognitiva svårigheter.
- Förmågan att fungera socialt med jämnåriga och vuxna.
- God självkänsla och självförtroende nog att påverka och förbättra sin egen situation.
- Öppenhet med att söka hjälp, be om råd och våga pröva andras lösningar om det behövs.

- Stöd från föräldrar och andra vuxna.
- Bra kamratkontakter.
- Fritidsintressen som leder till en social gemenskap.

## Riskfaktorer

Följande riskfaktorer är av betydelse för skolan att uppmärksamma:

- *Prestationsångest* med för höga krav på sig själv.
- *Skolmisslyckande* hos elever som t.ex. inte orkar med takten och kraven i skolan. Ungdomar som underpresterar eller är frånvarande i skolan på grund av depression riskerar dessutom att få underkända betyg och/eller att halka ur sin klass. Det blir då ytterligare ett misslyckande som förvärrar symtomen och hindrar personen från att tillfriskna.
- *Mobbning*. Våld och utfrysning påverkar en människas självbild, och för vissa elever innebär det en starkt ökad risk för att utveckla en depression. Numera finns många olika sätt för barn och ungdomar att mobba och kränka varandra via SMS och Internet. Olika nationella undersökningar visar också att andelen mobbade elever har varit ungefär densamma sedan 1990-talet och mobbning är därför ett viktigt problemområde för skolan att arbeta vidare med.
- *Funktionsnedsättningar*. Många barn som har någon form av funktionsnedsättning brukar bli nedstämde i 8–10-årsåldern när de får en större insikt om sig själv och omvärlden. Ofta kommer de med kloka och allvarsamma funderingar kring liv och död, ensamhet och livets villkor. Funktionsnedsättningen skiljer ut dem från andra jämnåriga barn, och om barnen inte får tillräckligt stöd i form av t.ex. anpassad närmiljö kan de få sämre självkänsla och utveckla en depression. Denna grupp har också en ökad risk för att utsättas för mobbning.
- *Utanförskap*. Att avvika från de könsmissiga och sexuella normer som gäller i samhället ökar också risken för psykisk ohälsa. Barn och ungdomar som inte känner sig accepterade av sina föräldrar och jämnåriga eller i skolan riskerar ett utanförskap som kan leda till depression, och då ligger det nära tillhands att tänka att livet inte är värt att leva.
- *Kulturella skillnader*. Många invandrarungdomar blir deprimerade eller utagerande för att föräldrarnas värderingar och synsätt skiljer sig från normerna i skolan eller i ungdomsmiljön.

Övriga riskfaktorer:

- *Det genetiska arvet.* Barn till föräldrar med förstämningssyndrom (depression och bipolära syndrom) löper högre risk att utveckla en egentlig depression. Ärftlighet är en ännu viktigare faktor när det gäller bipolär sjukdom.
- *Förluster, särskilt när ett barn förlorar en förälder.* Vidden av en förlust kan vara svår att uppskatta för yngre barn, och vuxna har inte alltid förmågan att sätta sig in i barnets upplevelse av förluster. Vad betyder det t.ex. när man förlorar en kompis, och berodde det på en flytt eller ett dödsfall? Hur nära vänner var de? Hur många andra vänner har barnet? Ett känsligt barn kan också reagera starkt på att förlora en hund eller något annat husdjur.
- *Trauman, övergrepp, våld och brister i omvårdnaden* är alla faktorer som ökar risken för psykisk ohälsa.
- *Negativa eller rigida familjemönster.* Det kan handla om familjer med mycket konflikter där man ofta kritiserar varandra. En familj måste kunna anpassa sitt sätt att fungera till att familjen ständigt förändras, inte minst på grund av att barnen hela tiden utvecklas. Det kan handla om rutiner i hemmet, regler för barnen m.m. En rigid familj har svårt att klara de omställningar som hela tiden krävs.
- *Psykisk sjukdom hos någon vårdnadshavare,* t.ex. depression, missbruk eller personlighetsstörning påverkar föräldraförmågan bl.a. genom att minska den vuxnes uthållighet, förutsägbarhet och tålmod.
- *Ideligen avbrutna vuxenkontakter* på grund av flyttningar och annan social instabilitet, t.ex. arbetslöshet, utanförskap, föräldrakonflikter.
- *Dålig ekonomi i familjen.*
- *Bristande integration* för invandrare med språksvårigheter och sämre socialt nätverk.
- *Biologisk omognad.* Forskning visar att hjärnan mognar under hela tonåren. Sist mognar pannloberna som samordnar andra delar av hjärnan. Där ligger också impuls kontroll, planering, utförande av planerna samt förmågan till omdöme. Pannloberna blir klara först i 25-årsåldern, och det är anledningen till att unga oftare har svårare än vuxna att sälla bland intryck och att planera framåt. Detta kan också förklara varför unga prövar droger eller har oskyddat sex, trots att de egentligen vet att det är riskabelt

## Skydds- och riskfaktorer

- *Missbruk.* Ungdomar prövar nya erfarenheter, för många innebär det även erfarenhet av alkohol och droger. Några riskerar att fastna i ett alkohol- eller drogberoende. De som fastnar i ett missbruk eller ett beroende utvecklar sedan ofta depressiva symtom. Missbruk kan alltså orsaka depressioner.
- *Kroppsliga sjukdomar.* Sjukdomar som svår infektion, körtelfeber m.m. kan orsaka eller förvärra en depression, liksom kroniska tillstånd som diabetes, tarmsjukdomar och epilepsi. Detsamma gäller hormonstörningar i sköldkörteln. En för låg hormonproduktion leder till trötthet och depression medan för höga hormoner kan ge giftstruma med rastlöshet, ångest och nedstämdhet. Trötthet med depressiva drag kan också uppkomma i samband med långvarig stress och ibland vid blodbrist (anemi). Skador eller sjukdomar som drabbar hjärnans centrala nervsystem (skallskador, epilepsi, hjärntumör, multipel skleros m.m.) tycks också kunna öka risken för depressioner.

# Konsekvenser av depression

Psykisk ohälsa kan få många olika konsekvenser. Vissa är övergående medan andra är mer eller mindre kroniska och påverkar en person resten av livet.

Hos små barn kan en depression yttra sig genom att barnet inte längre växer som det ska. Om sjukdomen inte behandlas finns det en risk för en livslång kortvuxenhet. En depression kan också få den psykomotoriska utvecklingen att stanna upp eller t.o.m. gå tillbaka. Barnet kommer efter sina kamrater och det kan lätt hamna utanför kamratgemenskapen. Ett litet barn som inte är med och leker förlorar det viktigaste verktyget för sin sociala utveckling.

Barn och tonåringar kan prestera sämre i skolan eller under en yrkesutbildning. Obehandlade depressionssjukdomar kan också leda till att man utvecklar dysfunktionella personlighetsdrag. Det kan leda till svårigheter att skapa nära relationer till andra människor eller till att relationer till andra blir mer konfliktfyllda.

I genomsnitt pågår en obehandlad depression mellan 7 månader och 1 år. Nästan alla tillfrisknar, men risken att återinsjukna är stor. Om man får en depression redan under barn- och ungdomsåren är risken för återinsjuknande ännu större och minst hälften drabbas igen.

## Självordstankar

Ungdomar vill diskutera existentiella frågor om liv och död med vuxna. Många tror att det är farligt att öppet fråga en tonåring ifall hon eller han ibland funderar på döden och självmord, men det stämmer i regel inte. I stället är det snarare en lättnad för en tonåring om vuxna vågar ställa sådana frågor. Det är heller inte ovanligt att tonåringar har självmordstankar, även om de ofta är flyktiga och övergående. *Enstaka* yttranden som "... då tar jag hellre livet av mig" kan också komma från en arg, besviken och impulsiv tonåring som inte har fått sin vilja igenom. Däremot är det inte normalt att ungdomar har konstanta eller konkreta tankar på död och självmord, något som är vanligt vid en egentlig depression. Risken för självmordsförsök eller självmord är större om sådana tankar återkommer och om den unge inte ser någon annan lösning på sina livsproblem. I sådana fall behöver man ta hjälp av barn- och ungdomspsykiatri för bedömning och insatser.

Tre gånger så många flickor som pojkar gör självmordsförsök, men det är fler pojkar än flickor som faktiskt tar livet av sig. Det kan vara en följd av att fler flickor drabbas av depressioner. Samtidigt har flickor lättare att söka hjälp. Detta kan komma till uttryck genom att man använder självmordsmetoder som inte leder till döden. Pojkars depressioner kan vara svårare att upptäcka. Många har ett mer aggressivt och impulsivt beteende och kan dessutom vara påverkade av alkohol eller andra droger.

Ungdomar som redan har gjort ett självmordsförsök löper högre risk att försöka igen inom de närmaste månaderna. Särskilt pojkar som gjort ett självmordsförsök har ökad risk för att dö i självmord. De vanligaste diagnoserna hos ungdomar som avlidit i självmord har varit egentlig depression eller depression kombinerad med missbruk (60 procent). Den största risken för självmordshandlingar har flickor med diagnosen egentlig depression i kombination med ångest. För pojkar är den största risken för självmordshandlingar utagerande beteende kombinerat med depression och missbruk.

Obehandlad egentlig depression och bipolär sjukdom leder till fler självmordsförsök och självmord. Dödligheten är hög, hela 10–17 procent för vuxna personer i båda grupperna, och högst för dem med bipolärt syndrom.

# Upptäckt av depression

## Beteendeförändringar

Det är viktigt att reagera om man ser några plötsliga eller dramatiska förändringar i ett barns eller en ung människas beteenden. Om ett barns utveckling avstannar eller går tillbaka kan man misstänka att det rör sig om en egentlig depression. Detsamma gäller för någon som tidigare varit glad, aktiv och utåtriktad relativt plötsligt och som börjar dra sig tillbaka utan engagemang för lek, skolarbete, fritidsintressen eller kamrater. Depressionen kan också yttra sig i långsamma förändringar i barns och ungdomars beteenden, t.ex. ett successivt minskat deltagande i lek och vardagliga aktiviteter, sämre resultat än vanligt på prov och sjunkande betyg. Flickor har lättare för att uttrycka sina problem i ord och de pratar mer med andra om det som tynger dem. Pojkar har däremot en tendens att behålla svåra känslor inom sig. I stället kan de bli utagerande och aggressiva, vilket omvärlden har svårt att förstå som en depression. Den kan komma till uttryck som dåligt uppförande i skolan, upprepat skolk, berusningsdrickande, missbruk av droger eller våldsamt uppträdande.

## Förskolans och skolans roll för att upptäcka

Det finns flera undersökningar som visar att föräldrar ofta har svårt att se och tolka depressioner och förändrat beteende hos sina barn eftersom de står dem så känslomässigt nära. Föräldrar vill alltid att deras barn ska vara glada och lyckliga. Då är det lätt att blunda för tecken på att barnen inte mår bra. Därför har förskolepersonal, lärare och annan skolpersonal en viktig funktion att fylla genom att de lättare kan upptäcka förändringar hos barnen.

Om ett barn eller en ung person betar sig på något av de sätt som beskrivs ovan bör man kontakta föräldrarna. Läraren eller förskolläraren behöver se till att problemet tas upp tillsammans med föräldrarna eller med hjälp av förskolans resursteam eller skolhälsovården. I det sistnämnda fallet bör skolläkaren och skolsköterskan göra en depressionsbedömning enligt de kriterier (DSM) som omnämns i början av detta dokument. För att underlätta en sådan bedömning finns det depressionsskattningsskalor för barn och ungdomar, rekommenderade av Läkemedelsverket, Statens

## **Upptäckt av depression**

beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen. Dessutom ska skolhälsovården alltid göra en bedömning av självmordsrisken. Efter den första bedömningen och utredningen beslutar skolhälsovården om eleven behöver remitteras vidare till primärvården, socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri, BUP.



# Bemötande, stöd och behandling vid depression

Barn med depressionssymtom finns i både förskola och skola. Pedagoger behöver upptäcka dem, anpassa undervisningen till deras förmåga och av- göra om de behöver fördjupad bedömning inom skolhälsovården, primär- vården eller inom den specialiserade barn och ungdomspsykiatrin.

## Råd till pedagogen

### Lyssna, fråga och informera

*”Varför är det ingen som undrar hur jag mår? Varför frågar ingen varför jag skolkar? Skolan är ett helvete när man mår så dåligt som jag. Ingen skulle sakna mig om jag tog mitt liv.”*

*”Det verkar som om lärarna är rädda för att ta reda på hur vi elever mår – jag tycker det är självklart att likaväl som vi kan tala om sex i sko- lan måste vi kunna tala om självmord.”*

För att bemöta barn och ungdomar på ett bra sätt behöver läraren kunna lyssna och ställa frågor. När det gäller förskolebarn är det förstas i första hand föräldrarna man talar med för att få deras beskrivningar av barnets symtom. Skolbarn pratar man ofta med själv, men då krävs lyhördhet och respekt för elevens integritet. Eleven tycker inte att läraren har rätt att ställa sådana frågor, om man inte visar engagemang och finns tillgänglig som vuxen.

Intervjuer med tonåringar har visat att de inte alltid pratar med sina föräldrar om allvarliga problem som depression och självmordstankar eftersom de är rädda för att föräldrarna inte ska orka höra. De vill heller inte göra sina föräldrar oroliga. Många av gymnasieeleverna anger också att deras lärare inte har tid att lyssna, att lärare är så fixerade vid att hinna med sina egna ämnen och att följa skolplanen att de glömmet att lyssna på eleverna. Trots att det är viktigt att dessa barn och ungdomar talar med någon vuxen, visar studier att deprimerade ungdomar i högre grad än andra pratar med kompisar i stället för med vuxna om sina problem.

Kom ihåg detta när du lyssnar:

- Låt barnet känna att du tar problemet på allvar – visa respekt.
- Klandra inte och skoja inte bort ämnet. Använd inte de ungas språkbruk. Lyssna ödmjukt.
- Säg inte ”jag vet hur det känns” utan låt barnet formulera sina egna känslor. Som vuxna vet vi aldrig hur en enskild elev känner sig.
- Bli inte provocerad om en tonåring uppträder aggressivt, är avståndstagande eller öppet kritisk.
- Det händer också att lärare och föräldrar uppfattar barn eller tonåringar som enbart uppmärksamhetsökande, istället för att fråga sig varför eleven söker uppmärksamhet.
- Exempel på frågor som en pedagog kan ställa för att upptäcka depressiva symtom:
  - Har du tappat intresset för det som var roligt förr? Känns det svårare att bli glad åt saker numera? Har du lika roligt som dina kompisar?
  - Känner du dig tröttare och utan energi så gott som dagligen?
  - Är det svårare att koncentrera sig på t.ex. skolarbete och läxor? Går det långsammare att tänka? Har du svårt att bestämma dig, t.o.m. kring enkla beslut?
  - Har du problem med sömnen? Tar det längre tid innan du somnar? Vaknar du ofta under natten, eller sover du i stället mer än vanligt?
  - Hur är det med aptiten? Äter du mindre portioner än förr? Har du mer sug efter sötsaker och godis? Har du ökat eller gått ned i vikt? Sitter kläderna lösare på kroppen?
  - Pratar du mindre än förut? Känns det som du går i ”slow motion”? Har andra anmärkt på det? Eller är du i stället mer rastlös och prat-sam och kan omöjligt sitta still och ta det lugnt?
  - Tänker du mer negativt om dig själv, att du är värdelös, ful, dum och sämre på alla vis jämfört med kompisarna? Har du skuld-känslor för saker som du inte ens har gjort? Känns det som om du rår för att det händer dåliga saker?
  - Tänker du mycket på döden? Har du försökt skada dig själv eller försökt ta ditt liv?

Blyga och tysta elever kan naturligtvis också få depressiva symtom. Det kräver särskild uppmärksamhet. Som nämnts tidigare har pojkar en tendens till att behålla svåra känslor inom sig för att i stället agera ut, och det gäller att se bakom den fasaden. En del flickor och pojkar har inte lärt sig att uttrycka sina känslor eller har kanske fått sina känslor förnekade. Då kan det vara lättare för dem att uttrycka sig om de får svara på direkta och konkreta frågor. När läraren reflekterar över situationen och försöker ringa in var problemet har sin rot, gäller också att samtidigt uttrycka hopp.

Ibland motsätter sig eleven att man kontaktar föräldrarna och då kan det vara bra att möta barnet eller tonåringen mer än en gång för att skapa sig en bild av läget innan man handlar. När läraren träffar föräldrarna är det viktigt att uttryck *sin* egen oro och be föräldrarna om hjälp att lösa situationen.

Det finns två undantag då man ska gå vidare även om ungdomarna motsätter sig det:

- Om du misstänker att eleven kan göra ett självmordsförsök måste föräldrarna kallas omedelbart. Lämna i så fall inte barnet ensamt i väntan på dem!
- Om du i ditt arbete i förskola eller skola får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden kan behöva ingripa till ett barns skydd är du skyldig att genast anmäla det till socialnämnden. Att få kännedom om något som *kan* innebära att socialnämnden behöver ingripa betyder inte att det ska vara klarlagt att ett barn utsätts för t.ex. psykisk eller fysisk misshandel eller sexuella övergrepp. Alla förskolor och skolor bör ha klara *rutiner och handlingsplaner* för hur en anmälan ska gå till, av vem och till vem en anmälan ska göras.

När ett barn uppvisar symtom på depression eller barnets föräldrar beskriver sådana symtom ska läraren ge råd om vart de kan vända sig för att få en utredning och ytterligare rådgivning (se nedan). Därefter är det viktigt att diskutera vad förskolan eller skolan kan göra för att avlasta barnet och hur man kan arbeta tillsammans med föräldrarna för att hjälpa barnet.

### Hänvisa vidare för rådgivning

Föräldrar till förskolebarn kan kontakta barnavårdscentralen (BVC) eller barnhälsovården (BHV) för att få stöd och råd. Föräldrar till skolbarn kan få tid inom skolhälsovården, liksom ungdomarna själva. De kan också kontakta primärvården eller hänvisas till telefonrådgivningen på närmas-

te barn- och ungdomspsykiatriska klinik. Om familjen behöver socialt stöd bör de kontakta socialtjänsten.

Om skolhälsovården kommer fram till att en elev lider av depression ska barnet eller ungdomen och föräldrarna få information om diagnosen, tänkbara utlösande orsaker och vilken behandling som passar bäst. Föräldrarna behöver förstå hur de ska kunna ge sitt barn så mycket stöd som möjligt. Samtidigt är det viktigt att beakta föräldrarnas psykiska hälsa, och om det behövs ska de få råd om vart de kan vända sig för att få hjälp. Lärarna måste också få information för att veta på vilket sätt skolan kan anpassa sig till eleven ifråga.

### Råd om bemötande på förskola och skola

Förstahandsinsatser handlar om att ge stöd till eleverna och deras föräldrar, dvs. åtgärder som gör det lättare för eleven att hantera situationen. En vuxen person med depression blir ofta helt sjukskriven i början, och barn och unga behöver också få minskade prestationskrav. Men det är bra om en elev inte blir borta från sina kamrater och lektioner under längre tid även om han eller hon befrias helt eller delvis från skolarbetet ett kortare tag. När skolgången tas upp igen bör eleven inte mötas av några omedelbara krav att ta igen de missade uppgifterna. De flesta tonåringar vill följa sin klass, och det kan vara bra att spara kurser som de inte har klarat av och i stället förlänga terminen efter studentexamen. Skolan ska dessutom hjälpa till att anpassa skolgången och erbjuda stödundervisning för elever med dyslexi och inlärningsproblem som försämras vid depressionen. Skolans insatser kan också gälla att stoppa mobbning, lindra elevens utsatthet eller lösa konflikter med kamrater eller lärare. En del elever kan t.ex. också behöva hjälp med läxläsning i skolan eller stöd under rasterna.

Du kan som pedagog stödja en elev med depression på följande sätt:

- Lyssna och var uppmärksam på elevens känslor. Bekräfta dem, men kom inte med några snabba lösningar. Ingjut hopp ("Det kommer inte alltid att kännas så här").
- Uppmuntra till öppenhet, att *våga* prata. De flesta situationer går att förändra men olösta problem ökar bara uppgivenheten och förstämningen. Genom att prata sätter man ord på problemen och då känns det ofta lättare efteråt. Många gånger är det dock nödvändigt att få hjälp på traven, i form av praktisk hjälp eller psykologiskt stöd.

- Erbjud din hjälp men ge också alternativ: ”Kan du prata med mig eller finns det någon i din omgivning du kan tänka dig att börja prata med? Helst någon av dina föräldrar eller skolsköterskan eller skolkuratoren? Kan jag vara till någon hjälp när du pratar med dina föräldrar?”
- Föreslå andra uttrycksmöjligheter som att rita, måla och skriva om yngre barn (och ibland äldre) har svårt att prata om känslor.
- Uppmuntra eleven att ändra sitt beteende och att börja med små steg (”Hur äter man en elefant? Genom att skära den i mindre bitar.”). Hjälプ eleven att sätta upp realistiska mål som sedan kan genomföras. Ett sätt att dämpa ångesten kan vara att försöka få eleven att aktivera sig, t.ex. genom att gå i skogen, promenera eller cykla. Studier har visat att fysisk aktivitet kan minska känslor av hopplöshet och nedstämdhet genom att de bryter passiviteten och isoleringen.
- Bemöt negativa tankemönster som ofta konstant spelas upp i hjärnan som ett slags ljudfiler, t.ex. ”det är alltid mitt fel”, ”det vore bättre om jag var död” och ”jag klarar ingenting”.
- Följ upp eleven, tala om att du finns kvar för honom eller henne även om mer professionell hjälp har kopplats in.
- Ge vägledning och kunskap. En del ungdomar experimenterar med olika livsstilar utan att förstå konsekvenserna av det (t.ex. droger och skolk), och de kan behöva återföras till en normal dygnsrytm och en meningsfull sysselsättning. Särskilt sårbara tonåringar behöver bli påmind om vikten av att ha en hälsosam livsstil för att må bra, med rådgivning kring dygnsrytm, mat, motion, alkohol och droger samt sexuellt riskbeteende.
- Uppmuntra familjen att ge så mycket stöd som möjligt.
- Överväg att koppla in elevhälsan om du tror att barnet eller ungdomen behöver konkret kunskap och träning i olika färdigheter, som att hantera påfrestningar, lösa konflikter och kommunicera bättre med andra samt fungera i skolan och med kamrater.

## Hänvisa eller remittera till BUP

Ibland bör barnen eller ungdomarna och deras föräldrar uppmanas att själva söka till BUP, eller erbjudas en remiss till närmaste klinik. Det gäller

- om barnet eller den unge har svårt att fungera i vardagen på grund av sin depression
- om beteendet är *avsevärt* sämre eller annorlunda jämfört med tidigare

- om barnets eller den unges mat- och sömnmönster inte blir bättre
- om eleven uttrycker starka självmordstankar eller har gjort något självmordsförsök
- om barnet inte mår bättre trots insatser i skolan och hemmet.

Den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri kan

- ge barn och ungdomar med symtom på svår depression
- en första snabb bedömning tillsammans med föräldrarna
- göra en akut bedömning av självmordsrisken
- behandla och utvärdera de aktuella symtomen på svår egentlig depression i samverkan med föräldrarna
- ge barn och ungdomar med symtom på depression med komplicerad samsjuklighet en första snabb bedömning tillsammans med föräldrarna.

### **Rekommenderad behandling av egentlig depression**

Inom förskola och skola ger man ingen specifik depressionsbehandling, men det är bra om lärarna känner till något om de olika behandlingarna.

### **Psykologisk behandling**

Det finns flera psykoterapiformer för att behandla depressiva tillstånd och de vanligaste beskrivs här kortfattat.

#### ***Kognitiv beteendeterapi (KBT)***

Denna terapiform är förstahandsvalet vid depressiva tillstånd, och det är en korttidsterapi som sträcker sig över 8–16 behandlingstillfällen. Kognitiv betyder tankemässig och både KBT och kognitiv psykoterapi bygger på samspelet mellan tanke, känsla och handling. Grundidén är att våra tankar skapar känslor, som i sin tur skapar beteenden. För att hjälpa en patient måste man alltså komma tillrätta med personens negativa tanke-mönster. Terapiformen kan användas från cirka 8 års ålder.

#### ***Interpersonell psykoterapi (IPT)***

IPT-behandling har visat sig effektiv vid behandling av depressiva tillstånd. Det är en strukturerad form av korttidsterapi där man under 12–16 behandlingstillfällen fokuserar på relationer. Genom terapin får patienterna bl.a. insikt i hur deras kommunikationsmönster fungerar, vad som inte är konstruktivt och hur de i stället kan uttrycka sig. IPT har visat sig passa bra för ungdomar.

### ***Dialektisk beteendeterapi (DBT)***

Denna behandling är skraddarsydd för unga självmordsbenägna kvinnor, men har också omarbetats för att passa självskadande tonårsflickor med stora humörsvängningar och svårigheter att kontrollera impulser. Många av dem är deprimerade med allvarliga självmordstankar. Behandlingen pågår i ungefär ett år och innehåller en kombination av individuell terapi och psykosocial färdighetsträning i grupp samt föräldrarbete. Gruppbehandlingen går ut på att öva relationshantering och konfliktlösning.

### ***Familjebehandling och familjeterapi***

Barn och unga behöver tillsammans med sina föräldrar få information om situationen, diagnosen och eventuella orsaker samt vilken behandling som passar bäst. Föräldrarna bör alltid vara engagerade i behandlingen. En annan form går ut på att erbjuda hjälp och stöd till föräldrar så att de bättre klarar av föräldrarollen. Detta gäller särskilt familjer med små barn. I familjer med dysfunktionella relationsmönster och många konflikter behövs ofta även familjeterapi där man arbetar aktivt för att ändra relationsmönstren och få ett mer positivt familjeklimat.

## **Läkemedelsbehandling**

### ***Läkemedelsbehandling vid egentlig depression***

Om en tonåring får läkemedelsbehandling mot depression behöver vuxna anhöriga få information om biverkningsrisken, så att de kan finnas som stöd och rapportera om eventuella oönskade effekter. Några ungdomar har rapporterat biverkningar i form av självmordstankar och självdestruktivitet under läkemedelsbehandlingen, men inga självmord har inträffat. Andra har reagerat med mer oro, irritation och ilska. De vanligaste biverkningarna under den första tiden är magont, huvudvärk och illamående, men de flesta biverkningar brukar försvinna efter 1–2 veckor. Den positiva effekten visar sig oftast inte förrän efter 2–5 veckor och förbättringen kommer i regel smygande: Det blir *lite* lättare att koncentrera sig på skolarbetet och att somna på kvällarna. Maten smakar gott igen och suget efter godis minskar, och nedstämdheten sitter inte längre kvar hela dagarna.

### ***Läkemedelsbehandling vid bipolär sjukdom***

I dag finns ganska många läkemedel som även ungdomar kan ta mot bipolaritet. Många personer med diagnosen bipolärt syndrom behöver fortsätta ta medicinen resten av livet, precis som diabetiker måste ta insulin.





## Etiska aspekter

Ibland vill elever berätta om sina problem eller sin depression för en vuxen utanför familjen, men under tystnadskrav. Föräldrarna har dock alltid rätt att bli informerade om sina barns svårigheter. Om man misstänker att barnet far illa i hemmet måste man i stället samarbeta med socialtjänsten (se ovan om bemötande, stöd och behandling vid depression).

Personal inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt enligt lag,<sup>1</sup> vilket innebär att de inte får sprida information om ett barn vidare. Elevhälsan, primärvården eller barn- och ungdomspsykiatrien kan heller inte ha kontakt kring en specifik elev utan att föräldrarna och eleven först godkänner det. Föräldrarna har dessutom rätt att få veta vilka bedömningar man har gjort och vilka insatser man planerar, och för att hjälpa ett barn till specialistvård krävs alltså samverkan med föräldrarna.

Den lärare som talar med ett barn i skolan måste vara tydlig med de regler som gäller och inte utlova total sekretess när det inte är möjligt, dvs. när anmälningsplikten går före tystnadsplikten.

---

<sup>1</sup> För allmän verksamhet gäller fr.o.m. den 30 juni 2009 offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) För enskild verksamhet gäller 2 kap. 8–10 § i lagen (1998: 531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).



# Litteraturtips

- Agerberg M. (1998) *Ut ur mörkret: en bok om depressioner*. Norstedts.
- Fredholm L. Tonårshjärnan baxnar. *Forskning och Framsteg*, 1/2007.
- Gillberg C, Hellgren L. (2000) *Barn- och ungdomspsykiatri*. Natur & Kultur.
- Graham P, Hughes C. (2005) *So young, so sad, so listen*. 2005. Gaskell.
- Grundberg K. (1998) Barn och ungdomar med psykiska problem. *Skolhälsovård*, 1102-3112; 98/99:2. Förlagshuset Gothia.
- Jamison K. (1997) *En orolig själ. En berättelse om att vara manodepressiv*. Natur & Kultur.
- Johannisson K. (2009) *Melankoliska rum. Om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Albert Bonniers Förlag.
- Kaufman M. (2000) *Helping your teen overcome depression: a guide for parents*. 2000. Key Porter books, Canada.
- Läkemedelsverket. (2000) *Information om depressionsbehandling med SSRI-läkemedel till barn, ungdomar och unga vuxna*.
- Mcvey-Noble ME, Khemlani-Patel S, Neziroglu F. (2006) *When your child is cutting. A parents guide to helping children overcome self-injury*. 2006. Raincoast Books Canada.
- Olsson G. (2004) *Depressioner i tonåren – ung, trött och ledsen*. Gothia.
- Olsson G. (2004) Bipolär sjukdom hos barn och tonåringar – en diagnos under debatt. *Läkartidningen* 2004, vol 101, 13:1182-1187.
- Riksföreningen Balans. Information om förstämningssyndrom på <http://www.foreningenbalans.nu>
- Rose J, Perski A. (2008) *Duktighetsfällan, en överlevnadsbok för prestationsprinsessor*. Prisma.
- Statens Beredning för medicinsk utvärdering. (2004) *Behandling av depressionsjukdomar*. SBU rapport nr 166.
- Söndergaard, PS. (2008) *När livet gör ont. Om självskadande beteende bland unga*. Gothia.
- Söndergaard, PS. (2009) *Självordsförsök hos unga. Vad ligger bakom och hur kan vi hjälpa?* Gothia.
- Tanner S, Ball J. (1998) *Att ta sig upp när man är nere. KBT-självhjälpsbok*. Natur & Kultur.
- Wasserman D. (2003) *Depression – en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Natur & Kultur.
- Åkerman S. (2009) *För att överleva. En bok om självskadande beteende*. Natur & Kultur.



# Referenser

- Ahern NR, Ark P, Byers J. (2008) Resilience and coping strategies in adolescents. *Paediatr Nurs*. Dec;20(10):32-6.
- Cyranowski J, Frank E, Young E et al, (2000) Adolescent onset of gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretic model. *Arch Gen Psychiatry*. 57:21-27.
- Dake JA, Price JH, Telljohann SK. (2003) The nature and extent of bullying at school. *J Sch Health*. May;73(5):173-80.
- Ganz D, Sher L. (2009) **Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse.** *Minerva Pediatr*. Jun;61(3):333-47.
- Garrison CZ, (1997) Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36, 458-465.
- Goldstein TR. (2009). Suicidality in pediatric bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* Apr;18(2):339-52.
- Greenberg BR. (2009) How to recognize depressive disorders in children and adolescents. *JAAPA* Mar;22(3):38-42. Review.
- Hawton K, Rodham K. (2006) *Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. Jessica Kingsley Publishers, USA.
- Kawachi I, Berkman LF. (2001) Social ties and mental health. *J Urban Health*. Sep;78(3):458-67.
- Lewinsohn PM, Seeley JR, Klein DN. (2003) **Bipolar disorders during adolescence.** *Acta Psychiatr Scand Suppl* (418):47-50.
- Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. (1999) Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*.
- Nobile M, Cataldo GM, Marino C et al. (2008) Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. *CNS Drugs* 17(13):927-46.
- Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. (1994) The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psych Bull* 115, 424-443.
- Rathus JH, Miller AL. (2002) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Beh* Summer;32(2):146-57.
- Shaffer D, Waslick B. (2002) *The Many Faces of Depression in Children and Adolescents*. American Psychiatric Publ Inc.
- Tennant C. (2002) Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Aust N Z J Psychiatry*. Apr;36(2):173-82.





