

Depresjon hos barn og unge kan trolig forebygges



Omtalt av Marita S. Fønhus, Hege Kornør (RBUP Øst og Sør) og Therese K. Dalsbø

Illustrasjon: Colourbox

Psykologiske tiltak, som kognitiv atferds-terapi og interpersonlig terapi, forebygger trolig depresjon hos barn og unge. Den forebyggende effekten er trolig størst hos barn og unge med økt risiko for å få depresjon. Det viser en Cochrane-oversikt.

HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om effekt av psykologiske tiltak, som kognitiv atferds-terapi og interpersonlig terapi, for å forebygge depresjon blant barn og unge. Psykologiske tiltak ble i hovedsak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak.

Depresjonsdiagnose

Resultatene viser at psykologiske tiltak for å forebygge depresjon:

- trolig fører til at færre barn og unge får en depresjonsdiagnose (4,7 prosent færre) **rett etter** at tiltaket er avsluttet (middels tillit til resultatet)
- trolig fører til at færre barn og unge får en depresjonsdiagnose (3,1 prosent færre) **4-12 måneder etter** at tiltaket er avsluttet (middels tillit til resultatet)
- trolig fører til at færre barn og unge får en depresjonsdiagnose (2,4 prosent færre) **ett år eller lengre etter** at tiltaket er avsluttet (middels tillit til resultatet). Spennvidden er imidlertid bred og viser at både færre og flere kan få en depresjonsdiagnose

Effekten avtar trolig noe med tiden. Effekten av psykologiske tiltak er trolig størst blant risikoutsatte barn og unge.

Resultattabell 1. Psykologiske tiltak for å forebygge depresjon hos barn og unge. Effekt på depresjonsdiagnose

Resultater: hva skjer?	Blant hvem?	UTEN psykologiske tiltak	Psykologiske tiltak	Tillit til resultatet ¹
Antall barn og unge som har en depresjonsdiagnose rett etter tiltaket sluttet				
Noen færre barn og unge vil trolig få en depresjonsdiagnose rett etter det psykologiske tiltaket er avsluttet. Størst forebyggende effekt ses trolig blant risikoutsatte barn og unge	Risikoutsatte barn og unge	189 per 1000	134 per 1000 (102 til 175 per 1000)*	Middels ² ⊕⊕⊕⊕
	Barn og unge alt i alt	172 per 1000	125 per 1000 (101 til 156 per 1000)*	Middels ² ⊕⊕⊕⊕
Antall barn og unge som har en depresjonsdiagnose mellom 4 og 12 måneder etter tiltaket sluttet				
Noen færre barn og unge vil trolig få en depresjonsdiagnose middels lang tid etter det psykologiske tiltaket er avsluttet. Størst forebyggende effekt ses muligens blant risikoutsatte barn og unge	Risikoutsatte barn og unge	243 per 1000	199 per 1000 (165 til 240 per 1000)*	Liten ² ⊕⊕⊕⊕
	Barn og unge alt i alt	193 per 1000	162 per 1000 (139 til 187 per 1000)*	Middels ⊕⊕⊕⊕
Antall barn og unge som har en depresjonsdiagnose 12 måneder eller lengre etter tiltaket sluttet				
Noen færre barn og unge vil trolig få en depresjonsdiagnose lengre tid etter det psykologiske tiltaket er avsluttet. Størst forebyggende effekt ses trolig blant risikoutsatte barn og unge	Risikoutsatte barn og unge	281 per 1000	245 per 1000 (197 til 306 per 1000)*	Middels ² ⊕⊕⊕⊕
	Barn og unge alt i alt	201 per 1000	177 per 1000 (149 til 213 per 1000)*	Middels ² ⊕⊕⊕⊕

* Tallene i parentes viser spennvidden (95 % konfidensintervall) - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. ¹ Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt. ² Vi har vurdert tillit til resultatet. Våre fortolkninger av tilliten fraviker i enkelte tilfeller Cochrane-forfatternes













Symptomer på depresjon

Resultatene viser at psykologiske tiltak for å forebygge depresjon:

- muligens fører til at barn og unge får færre symptomer på depresjon *rett etter* at tiltaket er avsluttet (middels tillit til resultatet)
- trolig fører til at barn og unge får noe færre symptomer på depresjon *4-12 måneder etter* at tiltaket er avsluttet (middels tillit til resultatet)
- trolig fører til liten, eller ingen forskjell i symptomer på depresjon blant barn og unge *ett år eller lengre* etter at tiltaket er avsluttet (middels tillit til resultatet)

Effekten avtar trolig noe med tiden. Effekten av psykologiske tiltak er trolig litt større hos risikoutsatte barn og unge.

Resultattabell 2. Psykologiske tiltak for å forebygge depresjon hos barn og unge. Effekt på depresjonssymptomer

Resultater: hva skjer?	Blant hvem?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Hva er tallene bak?
Grad av depresjonssymptomer² hos barn og unge <i>rett etter</i> tiltaket sluttet				
Hos barn og unge som får psykologiske tiltak reduseres muligens symptomer på depresjon rett etter det psykologiske tiltaket er avsluttet. Størst forebyggende effekt ses trolig blant risikoutsatte barn og unge	Risikoutsatte barn og unge	Liten 	Middels ³ 	0,32 SMD ⁴ lavere hos barn og unge som får psykologiske tiltak (-0,42 til -0,23)*
	Barn og unge alt i alt	Liten 	Liten 	0,21 SMD ⁴ lavere hos barn og unge som får psykologiske tiltak (-0,27 til -0,15)*
Grad av depresjonssymptomer² hos barn og unge <i>mellom 4 og 12 måneder etter</i> tiltaket sluttet				
Hos barn og unge som får psykologiske tiltak er det trolig liten eller ingen forskjell i symptomer på depresjon middels lang tid etter det psykologiske tiltaket er avsluttet. Blant risikoutsatte barn og unge reduseres imidlertid trolig symptomer på depresjon	Risikoutsatte barn og unge	Liten 	Middels ³ 	0,23 SMD ⁴ lavere hos barn og unge som får psykologiske tiltak (-0,33 til -0,12)*
	Barn og unge alt i alt	Liten/ingen 	Middels ³ 	0,12 SMD ⁴ lavere hos barn og unge som får psykologiske tiltak (-0,33 til -0,12)*
Grad av depresjonssymptomer² hos barn og unge <i>12 måneder eller lengre etter</i> tiltaket sluttet				
Hos barn og unge som får psykologiske tiltak er det trolig liten eller ingen forskjell i symptomer på depresjon lengre tid etter det psykologiske tiltaket er avsluttet	Risikoutsatte barn og unge	Liten/ingen 	Liten ³ 	0,05 SMD ⁴ lavere hos barn og unge som får psykologiske tiltak (-0,21 til 0,11)*
	Barn og unge alt i alt	Liten/ingen 	Middels ³ 	0,00 SMD ⁴ hos barn og unge som får psykologiske tiltak (-0,06 til 0,06)*

* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. ¹ Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være. ² Selvrappert/ selverklært. ³ Vi har vurdert tillit til resultatet. Våre fortolkninger av tilliten fraviker i enkelte tilfeller Cochrane-forfatternes ⁴ Forfatterne laget metaanalyser av effekt og brukte Standardized Mean Difference (SMD). Når vi forenkler tolkningen av SMD er 0,2 er en «liten effekt», 0,5 er en «moderat effekt» og 0,8 er en «stor effekt»

BAKGRUNN

Depresjon

Barn og unge med depresjon er nedstemt mesteparten av døgnet, mister interesse for nesten alle aktiviteter, er trøtte og/eller mangler initiativ. Vanlige kjennetegn på depresjon er nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, dårligere selvfølelse, skyldfølelse, skam og verdiløshet, dårlig nattesøvn, vektøkning eller vekttap og selvmordstanker- og handlinger. Man kan ha mild, moderat eller alvorlig depresjon etter antall symptomer og grad av funksjonsnedsettelse. Barn og unge som viser tegn til depresjon bør fanges opp så tidlig som mulig fordi depresjon som oppstår første gang i barne- eller ungdomsårene kan fortsette inn i voksenlivet. Barn og unge med depresjon har også større risiko for å få andre psykiske lidelser som angst, atferdsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og rusmiddelproblemer. For å fange opp disse barna og ungdommene så tidlig som mulig spiller familie, venner, helsestasjon, barnehage og skole viktige roller.

Psykologiske tiltak for å forebygge depresjon

Forebyggende tiltak kan rettes mot alle barn og unge uavhengig av risiko for psykiske lidelser, eller mot en utvalgt gruppe risikoutsatte barn og unge. Det er vanlig at psykologiske forebyggings tiltak baserer seg på psykoterapiformer som kognitiv

atferdsterapi eller interpersonlig terapi. Vanlige komponenter i slike psykologiske forebyggings tiltak er omstrukturering av tanker, atferdsfokuserede teknikker, problemløsning, trening i sosiale ferdigheter, avslapningsteknikker, angsthåndteringsteknikker, fokus på håndtering av spesifikke problemer og foreldrekomponenter. Skolen er en viktig arena for forebyggings-tiltak fordi det er her barn og unge tilbringer mye av tiden sin. I Norge er Zippys venner et eksempel på et skolebasert psykologisk forebyggings tiltak. Tiltaket leveres av lærere i løpet 24 skoletimer spredt utover skoleåret, og vektlegger følelsesfokuserede og handlingsfokuserede mestringsstrategier.

Les mer fra om hva denne informasjonen er basert på her:

<http://www.kunnskapsenteret.no/publikasjoner#index=0&types=175486>

KILDE

Hetrick SE et al. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.:CD003380.