

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Ved terapeutiske procedurer må patienten informeres om evt. perforations- og/eller blødningsrisiko.

Redskaber og utensilier

Nedre endoskoper bør udføres i velegnede lokaler med mulighed for udluftning og med håndvask. Der skal være et separat lokale til rengøring af skoper. Rengøring af skoper skal følge nationale standarder for desinfektion og smitteforebyggelse. Der anvendes et 60 cm sigmoideoskop, usterile engangshandsker og forklæde. Ved terapeutiske procedurer bør man råde over diatermisk udstyr med tilhørende jordplader til patienten og et bredt udvalg af tænger, slynger m.m. Udføres proceduren af ikkelægeligt personale, eller foregår der oplæring i proceduren, skal man have mulighed for fotodokumentation, og videoendoskopisk udstyr er standard de fleste steder.

Procedure

Patienten lejres på venstre side. Hvis patienten afklædes ben og underbenklæder, skal han tildækkes med et tæppe. Der foretages en anal inspektion og rektal eksploration. Der anvendes rigelig eksplorationscreme på skopet. Skopet indføres. Man sikrer sig løbende, at spidsen af skopet bevæger sig frem i tarmen i nogenlunde samme tempo, som skopet føres frem med. Slynger kan ikke altid undgås, men skal minimeres, da de medfører, at skopet ikke kommer langt nok op i tarmen, og desuden medfører det smerter for patienten. Hvis der opstår smerter ved forsøg på at rette en slynge ud, skal man afstå fra dette. Colon sigmoideum kan være fikseret. Når skopet er ført helt frem, insufleres der luft, til der er god oversigt, og tarmslimhinden inspiceres under tilbagetrækningen. Alle fund beskrives med udseende, størrelse angivet i mm, og i hvilket tarmsegment de ligger placeret. Personale uden tilstrækkelig rutine i undersøgelsen skal superviseres. Ved neoplastiske læsioner i rectum skal højden i tarmen kontrolleres med et stift rektoskop, da neoplasier i colon og rectum i mange tilfælde skal behandles forskelligt.

Efterfølgende kontrol

Efter endoskopisk fjernelse af store polyper over omslagsfolden skal patienten observeres i mindst to timer. Ved mistanke om perforation skal patienten indlægges til observation.

Risici ved indgrebet

Risiko for perforation af tarmen er angivet til at være 0,01% og altså lig den, der findes for rektoskopi, og ca. 20 gange mindre end den, der findes for koloskopi [6]. Efter terapeutiske procedurer er risikoen højere, og der kan da også være risiko for blødning. Blødningen kan opstå flere dage efter indgrebet.

Undersøgelser

Sigmoideoskopi udføres flere steder, også i Danmark, med godt resultat af specielt trænede sygeplejersker [7].

Korrespondance: *Gunnar Baatrup*, Kirurgisk Afdeling, Haukeland Universitetssjuehus, Bergen, Norge.
E-mail: gunnar.baatrup@helse-bergen.no

Antaget: 14. september 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Kirurgisk Selskab.

Litteratur

1. Statens Institut for Medicinsk teknologivurdering. Kræft i tyktarm og endetarm. Diagnostik og screening. Medicinsk Teknologivurdering, 2001:3. www.sst.dk
2. Grene FL. Distribution of colorectal neoplasms. *Am Surg* 1983;49:62-5.
3. Traul DG, Davis CB, Pollock JC et al. Flexible fiberoptic sigmoidoscopy. *Dis Colon Rectum* 1983;26:161-6.
4. Spencer RJ, Wolff BG, Ready RL. Comparison of the rigid sigmoideoscope and the flexible sigmoideoscope in conjunction with colon x-ray for detection of lesions of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1983;26:653-5.
5. Dansk Kirurgisk Selskab. Retningslinier for diagnostic og behandling af kolorektal cancer. 3. udgave. København: Dansk Kirurgisk Selskab, 2005. www.kirurgisk-selskab.dk
6. Brandeneau ML, Eddy DM. The work up of the asymptomatic patient with a positive fecal occult blood test. *Med Discis Making* 1987;7:32-46.
7. Goodfellow PB, Freetwell IA, Simms JM. Nurse endoscopy in a district general hospital. *Ann R Coll Surg Engl* 2003;83:181-4.

Depression hos børn og unge

Læge Merete Juul Sørensen & professor Per Hove Thomsen

Århus Universitetshospital,
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Risskov

Fokus på depression hos børn og unge har været stigende gennem de seneste årtier. Holdningerne har svinget fra overbevisning om, at børn og unge ikke kan blive deprimerede, til

inklusion af diverse adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser i kategorien maskeret depression. Aktuelt stiger antallet af børn og unge, der henvises til børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering, og en stigende andel diagnosticeres med depression.

Formålet med artiklen er at beskrive den nuværende viden om forekomst, symptomatologi og risikofaktorer ved depression hos børn og unge. Hvor ikke andet er nævnt, menes der med depression: *major depressive disorder* (MDD), som det

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

diagnosticeres i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV).

Prævalens

Prævalensangivelser for depression hos børn og unge varierer kraftigt, afhængigt af hvilken studiepopulation og metode der er valgt. Nyere velgennemførte studier tyder på, at egentlig MDD er relativt sjælden før puberteten med en prævalens på omkring 0,25% [1], mens prævalensen stiger op mod 1,5%, når man inddrager hele spektret af depressive lidelser (dystymi, depressiv enkeltepisode uden specifikation mv.) [1]. I en ny dansk undersøgelse fandt man, at prævalensen af affektiv lidelse i henhold til DSM-IV hos 8-9-årige var på 0,8%. Hos børn før puberteten forekommer MDD lige hyppigt hos piger og drenge [1]. Prævalensen af MDD stiger til 1,8-5% [1] efter pubertetens indtræden, og samtidig observeres en kønsratio på 1:2 med overvægt af piger.

Den historiske udvikling tyder på, at risikoen for at få depression som barn eller ung er stigende, men litteraturen er modsætningsfyldt og sparsom [2].

Det kliniske billede

Med diagnosesystemerne DSM-IV og ICD-10 er der fastsat klare diagnostiske kriterier for depression, og der er efterhånden konsensus om, at depression optræder i alle aldersgrupper om end med varierende prævalens. Trods næsten ensartede diagnostiske kriterier for børn og voksne i begge diagnosesystemer ser det ud til, at visse symptomer, især de melankolske eller somatiske symptomer (bl.a. anhedoni, appetitforstyrrelser og søvnforstyrrelser), forekommer hyppigere med stigende alder [3, 4]. Dertil kommer, at visse symptomer klinisk er mere iøjnefaldende hos børn og unge end de klassiske depressionssymptomer, således at mistanken om depression hos dem bør opstå ved tilstedeværelse af andre symptomer end hos voksne jf. **Tabel 1**. Kun få kønsspecifikke symptomer er identificeret, dog ses lav selvtillid, vægtændringer og håbløshed hyppigere hos piger end hos drenge [5].

Ca. to tredjedele af børn med MDD har mindst en anden børnepsykiatrisk lidelse [1]. Ofte ses angstlidelser, men alle psykiatriske lidelser optræder [4]. Depressionen er tidsmæssigt sekundær i omkring 75% af tilfældene [4]. Den samtidige optræden af anden psykiatrisk lidelse er herefter korreleret med

en dårlig prognose og et dårligt behandlingsrespons for MDD.

En række somatiske lidelser kan give symptomer, der ligner symptomerne ved MDD. Desuden kan somatisk sygdom optræde samtidig med MDD, hvorfor en grundig somatisk undersøgelse altid er indiceret ved mistanke om MDD.

Resultaterne af udenlandske undersøgelser tyder på, at MDD hos børn og unge ikke altid fører til henvisning og professionel behandling. Dette kan bl.a. bero på den aldersafhængige symptomprofil, den massive forekomst af komorbiditet og det faktum, at forældrene ikke altid kender til børnenes symptomer. Sidstnævnte understreger behovet for, at der i udredningen af børn og unge med MDD altid inddrages flere informanter og som minimum oplysninger fra både barnet og forældrene.

Prognose

Forløb af den enkelte episode

For 8-13-årige børn, der er henvist til børnepsykiatrisk vurdering, er den mediane varighed for behandlet MDD fundet at være 7-9 måneder. For ikkehenviste 14-18-årige har man fundet en gennemsnitlig varighed på 26 uger [6]. Langvarig sygdom er bl.a. korreleret med familær dysfunktion, dårlige kammeratskabsrelationer, svære belastninger efter depressionens debut, komorbiditet, øget sværhedsgrad på undersøgelsestidspunktet, selvmordstanker og dårlige socioøkonomiske forhold [6]. En igangværende depression medfører ud over stor lidelse også nedsat social funktion og dårlige skolepræstationer.

Risiko for tilbagefald

Risikoen for endnu en depressiv episode i løbet af de første 2-4 år efter fuldstændig remission af MDD (symptomfrihed >2 måneder) er på omkring 40% for behandlede børn og unge [7]. Blandt unge, som har modtaget behandling for MDD, får 60-70% en eller flere episoder i voksenalderen. Dette er en væsentligt forhøjet risiko i forhold til risikoen for raske unge og sammenlignet med risikoen for unge med andre psykiatriske lidelser. I flere nyere studier har man fundet, at risikoen for tilbagevendende MDD i voksenalderen især er forhøjet, hvis den første episode kommer efter puberteten, om end fundene divergerer på dette punkt [8]. Risikoen for tilbagefald ser ud til at være størst for piger, unge (frem for børn), patienter, der har symptomer på personlighedsforstyrrelse, og patienter, der allerede har haft mere end en depressiv episode, eller som har familiemedlemmer med tilbagevendende MDD.

Risiko for selvmord og selvmordsforsøg

Selvmoedshyppigheden hos børn og unge er lav, men selvmordstanker og planer er hyppige symptomer på depression, også i yngre aldersgrupper. Post mortem case-kontrol-studier af unge selvmordsofre viser, at psykisk sygdom – især MDD –

Tabel 1. Symptomer, der kan vække mistanke om depression hos børn og unge.

Separationsangst og andre former for angst
Irritabilitet/vredesudbrud
Uforklaret hoved- og mavepine
Adfærdsproblemer
pjækkeri, tyveri, slagsmålstendens
Misbrug af alkohol eller stoffer
Pludselig tilbagegang i skolen
Lavt selvværd
Isolation fra kammerater

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

er markant korreleret med fuldbyrdet selvmord. Andre forhold, som er korrelerede med selvmord hos unge, er tidligere selvmordsforsøg, slægtninge, der har begået selvmord, misbrug og psykisk syge forældre. Gentagne selvmordsforsøg øger risikoen for senere fuldbyrdet selvmord.

Generel risiko

Børn og unge, der har haft en episode af MDD, har i voksenalderen forøget risiko for psykiatrisk og somatisk hospitalisering. De har desuden øget risiko for nedsat funktionsniveau arbejdsmæssigt, socialt og familiemæssigt.

Risikofaktorer for depression**Genetik**

MDD hos børn og unge er familiært forekommende. Hyppigheden af depression hos børn, hvor en eller begge forældre har haft depression, er næsten fire gange så stor som hos børn, hvis forældre ikke har haft depression, og knap dobbelt så stor som hos børn, hvor en eller begge forældre har haft anden psykiatrisk sygdom [9]. Det er uvist, hvorvidt den øgede familiære forekomst skyldes en genetisk transmitteret risiko eller andre risikofaktorer, som er korreleret med det at have en forælder med depression. Resultaterne af tvillingestudier tyder på en vis genetisk transmission af MDD, mens man i adoptionsstudier ikke har bekræftet dette [9].

Biologiske korrelater

I enkelte studier har man fundet forandringer i kortisolreguleringen i form af forhøjet dexametason-suppressions-test hos svært deprimerede, indlagte unge med melankolske eller psykotiske symptomer og unge med tilbagevendende depressioner [10]. Man har fundet øget indsovningstid, søvndybde og forekomst af *rapid eye movement* (REM)-søvn [10], samt i mindre, præliminære studier nedsat frontallapsvolumen og øget lateral ventrikelvolumen i forhold til det totale cerebrale volumen. Den nuværende viden om de biologiske forandringer ved depression hos børn og unge er dog generelt sparsom og usikker. Det er endnu for tidligt på biologisk baggrund at forsøge at besvare spørgsmålet om, i hvilket omfang depression hos børn og unge biologisk set svarer til depression hos voksne [10].

Psykosociale risikofaktorer

En lang række psykosociale faktorer korrelerer med MDD og depressive symptomer hos børn og unge. Det drejer sig bl.a. om lav socialgruppe, stressende livsbegivenheder af forskellig karakter – særligt ophobede livsbegivenheder, daglig stress, dysharmoni i familien, tab af nærtstående familiemedlem eller kammerat, manglende tilknytning til forældrene, dårlige kammeratskabsrelationer og manglende sociale succeser samt høj emotionalitet [6]. Hovedparten af disse risikofaktorer er ikke specifikke for depression, men er generelle risikofaktorer for børnepsykiatrisk sygdom.

Kognition

Børn og unge, som har MDD, er præget af depressive kognitive forvrængninger (tendens til at tænke negativt om sig selv, andre og fremtiden) og depressiv attributionsstil (tendens til at tilskrive negative begivenheder indre, varige og globale forhold, f.eks.: »Det er min skyld, det vil aldrig blive anderledes, og det gælder på alle områder«, mens positive begivenheder tilskrives ydre, ustabile og specifikke forhold). Resultaterne af en række studier tyder på, at denne tænkingsstil karakteriserer ikkedeprimerede børn, som har øget risiko for MDD (børn af mødre med MDD), og i nogle studier er det fundet, at kognitive forvrængninger og depressiv attributionsstil øger risikoen for senere at få MDD [6]. Andre har dog ikke genfundet dette, og det er fortsat uafklaret, hvorvidt den depressive kognition og attributionsstil er et resultat af depression eller en risikofaktor for udvikling af depression.

Konklusion

MDD kan forekomme hos børn og ikke mindst hos unge. Det kliniske billede er karakteriseret ved en symptomprofil, der til en vis grad er aldersafhængig og ved forekomst af forudgående psykiatrisk sygdom. Prognosen er præget af en statistisk øget risiko for recidiv af MDD og deraf følgende selvmordsrisiko samt af nedsat psykosocial funktionsevne. De ætiologiske forhold er formentlig multifaktorielle. Der er mistanke om en række psykosociale risikofaktorer, som for de flestes vedkommende er generelle risikofaktorer for (børne-) psykiatriske problemstillinger, mens de genetiske og biologiske forhold i vidt omfang er uafklarede. Konsekvensen af den eksisterende viden må være, at man i udredning af børn og unge med trivselsproblemer er opmærksom på eventuel forekomst af MDD, og at man i anamnesen inddrager oplysninger fra såvel barnet/den unge som fra forældrene. Anamnesen bør suppleres med en grundig somatisk udredning, der ude-

Depression

- forekommer hos børn, og hyppigheden stiger efter puberteten
- diagnosticeres hos børn og unge efter samme kriterier som hos voksne
- har et symptombillede, der i nogen grad varierer med alderen
- er korreleret med en række psykosociale risikofaktorer
- er korreleret med øget risiko for selvmordsforsøg og selvmord
- er korreleret med øget risiko for senere depression og anden psykiatrisk sygdom

Bør udredes med

- anamnese fra både barnet/den unge og forældrene
- kortlægning af initierende og vedligeholdende forhold
- omhyggelig somatisk undersøgelse

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

lukker eventuel somatisk årsag til symptomerne. Psykosociale risikofaktorer, der kan virke såvel initierende som vedligeholdende, bør identificeres, og intervention bør iværksættes, hvor det er muligt. Hvis tilstanden tillader det, afventes effekten af dette 1-2 uger, inden mere specifik depressionsbehandling evt. påbegyndes.

Korrespondance: *Merete Juul Sørensen*, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Århus Universitetshospital, DK-8240 Risskov. E-mail: mjs@buh.aaa.dk

Antaget: 17. maj 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen bygger på en større gennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Litteratur

1. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1203-11.
2. Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S et al. A secular increase in child and

- adolescent onset affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:600-5.
3. Weiss B, Garber J. Developmental differences in the phenomenology of depression. *Dev Psychopathol* 2003;15:403-30.
4. Sørensen MJ, Nissen JB, Mors O et al. Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *J Affect Disord* 2005;84:85-91.
5. Kovacs M. Gender and the course of major depressive disorder through adolescence in clinically referred youngsters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1079-85.
6. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1998;18:765-94.
7. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M et al. Depressive disorders in childhood. II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:643-9.
8. Birmaher B, Williamson DE, Dahl RE et al. Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:63-70.
9. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:65-79.
10. Kaufman J, Martin A, King RA et al. Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder? *Biol Psychiatry* 2001;49:980-1001.

Alternativ behandling i Danmark – brug, brugere og årsager til brug

Centerchef Helle Langhoff Lønroth & forskningsmedarbejder Ola Ekholm

Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling (ViFAB), Århus, og Statens Institut for Folkesundhed, København

Resume

Introduktion: Artiklens formål er at undersøge: 1) brugen af alternativ behandling i den danske befolkning, 2) evt. sammenhænge mellem brug af alternativ behandling og forskellige socioøkonomiske variabler samt 3) årsager til brug af alternativ behandling.

Materiale og metoder: Dataene stammer fra sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2003 og omfatter en stikprøve på 4.000 danske statsborgere på 18 år eller derover. I alt blev der opnået interview med 2.593 personer (65%). Dataene er analyseret ved multivariat logistisk regressionsanalyse.

Resultater: 20,1% havde brugt alternativ behandling inden for det seneste år. Massage, osteopati og andre manipulatoriske terapier (9,5%), zoneterapi (7,6%) og akupunktur (5,1%) var de mest benyttede alternative behandlingsformer inden for det seneste år. En større andel kvinder end mænd havde brugt alternativ behandling inden for det seneste år, og de 30-66-årige var den aldersgruppe, der havde den største andel af brugere. Andelen, der har brugt alternativ behandling, stiger med uddannelsesniveau frem til 13-14 års uddannelse, hvorefter den aftager. Behandling af milde symptomer/lidelser og forebyggelse/øget velvære er de hyppigst angivne

årsager til brugen af alternativ behandling. Flere kvinder end mænd begrundede deres brug af alternativ behandling med ønsket om dels at tage aktivt del i egen helbredelse og dels at mindske risikoen for bivirkninger ved lægemidler/anden behandling.

Konklusion: Undersøgelsen viser, at brugen af alternativ behandling ikke er udtryk for et kortvarigt lune, men er fortsættelsen på en trend, der ikke synes at stagnere.

Interessen for alternativ behandling har været stigende igennem de seneste årtier. Det gælder såvel i offentligheden som i det politiske system. Studier viser, at 20,3-48,5% af den voksne befolkning i den industrialiserede verden har benyttet sig af alternativ behandling inden for det seneste år [1-8]. *Eisenberg et al* [3] fandt, at forbruget af alternativ behandling inden for det seneste år steg fra 33,8% i 1990 til 42,1% i 1997. Denne stigning betød, at antallet af besøg hos alternative behandlere i USA i 1997 skønnedes at overstige antallet af besøg hos de praktiserende læger (*primary care physicians*). Tilsvarende oplysninger findes ikke for Danmark, men det skønnes, at den økonomiske betydning af alternativ behandling er mindre end betydningen af konventionel behandling [9]. Den stigende brug af alternativ behandling øger interessen fra offentligheden, læger og politikere for at få uddybende viden dels om udbredelsen af disse behandlingsformer, dels om, hvor-