

Depresija kod djece

Depression in Children

Dubravka Kocijan Hercigonja, Vesna Hercigonja Novković

Poliklinika za neurologiju i psihijatriju

10000 Zagreb, Kranjčevićeva 8

Sažetak Depresija zauzima važno mjesto u dječjoj psihopatologiji. O njezinoj zastupljenosti postoje brojna razmišljanja među profesionalcima koja su posljedica nedovoljno usuglašanih kriterija prilikom procjene depresivnih stanja, zamaskiranosti kliničke slike različitim ponašajnim problemima, ali i često lažno pozitivnim simptomima kod nekih drugih bolesti.

Prevalencija depresija različita je u odnosu na dob djeteta, a posebice je prisutna u populaciji djece s različitim neurološkim i pedijatrijskim bolestima.

Uzroci nastanka mnogobrojni su: od bioloških koji su gotovo identični biološkim uzrocima kod odraslih osoba do posebno značajnih uzroka vezanih uz odnos roditelj-dijete te dijete-njegova okolina gdje se najčešće spominju sociološki model, bihevioralni, psihološki i kognitivno-distorzijski model u nastanku depresije.

Terapija depresije djece slijedi biopsihosocijalni pristup koji se primjenjuje različitim individualnim, grupnim i farmakoterapijskim tehnikama.

Ključne riječi: depresija, djeca, psihoterapija, farmakoterapija

Summary Depression in children plays an important role in childhood psychopathology. There are many differences of opinion among professionals regarding its prevalence. These differences arise from insufficiently harmonized criteria applied in the diagnosis and evaluation of depressive states, the clinical picture that is masked with various behavioral problems as well as from frequent false positive symptoms of some other disorders.

The prevalence of depression varies with respect to age, and it is particularly present in children with various neurological and pediatric disorders. The causes of depression are numerous and they range from biological (almost identical to those in adults) to especially important causes related to parent-child and environment-child relationships (sociological, behavioral, psychological and cognitive-distorsive models have been most frequently mentioned in the etiology of depression).

The treatment of depression in children follows the bio-psycho-social approach that is applied through various individual, group and pharmacological techniques.

Key words: depression, children, psychotherapy, pharmacotherapy

Pojedinačni opisi depresija kod djece nalaze se već u 17. stoljeću, ali sve do 1960. godine najveći broj stručnjaka sumnjao je u postojanje depresije kod djece s obrazloženjem da dječji nezreli *super ego* ne dopušta razvoj depresije (1). Promjena u razmišljanju nastala je nakon Četvrtog europskog pedopsihijatrijskog kongresa koji se održao u Stockholmu 1970. godine. Glavna tema sastanka bila su depresivna stanja u djece i adolescenata i tada je zaključeno da depresivna stanja zauzimaju važno mjesto u dječjoj psihopatologiji.

Do 1977. postojale su brojne dileme oko kriterija i klasifikacija dječje i adolescentne depresije. Američki autori (2) navode rezultate istraživanja Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje u SAD-u prema kojima se depresivna

stanja kod djece i adolescenata mogu dijagnosticirati upotrebom istih kriterija za depresiju kao i kod odraslih osoba.

Prema DSM IV klasifikaciji (3) kriteriji za postavljanje dijagnoze velike depresije jednaki su i kod odraslih i kod djece i adolescenata, premda postoje neki podaci koji upućuju na to da se karakteristični simptomi mijenjaju s dobi. Specifičnost za dječju dob najčešće su somatske smetnje, razdražljivost, socijalno povlačenje. Naglašava se da se kriterij iz skupine A 3 prema DSM IV koji kod odraslih govori o značajnom gubitku tjelesne težine, kod djece mijenja i procjenjuje podatkom o nemogućnosti dostizanja očekivane težine s obzirom na dob. Također se navodi da se depresivno raspoloženje kod odraslih zamjenjuje kod djece razdražljivošću.

Kod distimičnih stanja, za razliku od odraslih, raspo-loženje koje se opisuje kao tužno ili potišteno, kod djece se pojavljuje kao razdražljivost, a najkraće trajanje koje je potrebno za postavljanje dijagnoze kod djece je godina dana.

Prevalencija i epidemiologija

U procjeni prevalencije dječje depresije postoje razlike, koje su rezultat različitosti populacije na kojoj se vršila procjena kao npr.: pedijatrijska populacija, psihijatrijska populacija, ambulantni ili hospitalni pacijenti i sl. Za veliku razliku odgovorno je i nepostojanje obavezne primjene identičnog instrumentarija među istraživačima s pomoću kojeg se vrši procjena (upitnici, skale) pa čak i nepridržavanje istih dijagnostičkih kriterija.

Epidemiološke studije iznose da je incidencija depresije kod predškolske djece 0,9%, školske djece 1,9%, adolescenata 4,7% (4). Razlike postaju veće ako se procjena provodi na specifičnoj pedijatrijskoj populaciji te tako istraživanja na neurološkoj populaciji djece pokazuju da se kod 40% djece s glavoboljom radi o depresiji (5). Depresija se opisuje i kod 28% djece liječene na psihijatrijskim odjelima (6) i kod 7% djece u općoj pedijatrijskoj populaciji (7).

Prilikom procjene poseban problem predstavljaju djeca u dobi do 7 godina s obzirom na slabiju upotrebu govora u komunikaciji i davanju informacija. Tu u dijagnostici pomažu neverbalni znakovi kao što su neverbalna facialna ekspresija, pokreti tijela, pažnja i sl. Kod djece predškolske dobi posebice se opisuje anaklitička depresija prilikom hospitalizacije i separacije, a kao najčešći oblici manifestiranja navode se poremećaji spavanja, poremećaji hranjenja i osamljivanje (8). Kod djece školske dobi, kada upotreba govora postaje jasnija, moguća je razmjena informacija i djeca bolje mogu opisati svoje osjećaje, a pomoć pružaju i nastavnici, jer dijete provodi nekoliko sati u školi te su nastavnici često dobri promatrači za razliku od roditelja, posebice kada u obitelji imamo jednog roditelja koji boluje od depresije. Školska djeca mogu dati informacije o svojim osjećajima, mislima i problemima, što pomaže u procjeni stanja i postavljanju dijagnoze (9).

Klinička slika

Depresivna djeca izgledaju žalosno, govore monotonim glasom, usporenih su pokreta, usamljena. Najčešće sami sebe opisuju negativnim terminima kao npr. ja sam glup, loš, nitko me ne voli i sl. Često je depresija kod djece prikrivena somatskim smetnjama kao što su bol u trbuhu, glavobolje. S rastom dobi sve više dolazi do izražaja loš *self-sistem* pa se opisuju kao apatični, iritabilni, anksiozni s lošom koncentracijom. Vrlo često kod depresivne djece nalazimo različite fobije, anhedoniju, promjene na težini, pretjeranu pospanost (10). U adolescenciji klinička slika postaje sličnija onoj u odrasloj dobi te se pojavljuju suicidi, alkohol, droga.

Klinička je slika često maskirana različitim oblicima odstupanja u ponašanju te odrasli često iza agresije, kršenja normi i pravila ponašanja i otpora, posebice prema autoritetima, ne prepoznaju depresiju.

Etiologija i patogeneza

Kao i kod odraslih osoba brojni mehanizmi smatraju se odgovornim u nastajanju depresije, ali dječja dob ima i svoje specifičnosti. One su ovisne o psihobiološkom razvoju djeteta te ih je potrebno poznavati kako bismo mogli adekvatno procijeniti djetetovo stanje i odrediti optimalnu terapiju.

Najčešći etiološki čimbenici

Biološke promjene, posebice neuroendokrinološke abnormalnosti, dobro su poznate kod odraslih depresivnih osoba. Istraživanja pokazuju da kod depresivne djece i adolescenata postoji također hipersekrecija kortizola i negativan deksametazonski test. Više od 54% depresivne djece i adolescenata ima abnormalni DST (deksametazonski supresivni test). Istraživanja pokazuju da postoje razlike u odnosu na dob djeteta te se tako kod djece prepubertetske dobi promjene nalaze u 70% slučajeva, dok se kod adolescenata promjene nalaze u 43% slučajeva. Istraživanja (11) govore da se na osnovi DST-a može prognozirati tijek depresije kod djece. Djeca kod koje u tijeku 5 mjeseci dolazi do normalizacije DST-a imaju dobru prognozu, dok kod djece gdje nakon 5 mjeseci nije došlo do normalizacije DST-a depresija postaje intenzivnija. Od ostalih bioloških markera kod depresivne djece najčešće se spominje hiposekrecija hormona rasta kao odgovor na inzulin, kao i hipersekrecija tijekom spavanja (12) te snižena koncentracija 3-metoksi-4-hidroksifeniletil glikola (MHPG) u urinu.

Studije spavanja kod djece nisu dale jasne potvrde o promjenama u REM i non-REM fazama.

Genetička istraživanja kod depresivne djece pokazuju da postoji povezanost afektivnih poremećaja s drugim psihijatrijskim poremećajima (14, 15), kao i povećan rizik od depresije kod djece ako kod roditelja ili rođaka postoji depresija.

Istraživanja kod blizanaca pokazuju konkordantnost depresije kod monozigota u 76% slučajeva i 19% kod dizigota, a ako su monozigoti razdvojeni, konkordantnost pada na 67%, što upućuje na važnost utjecaja okruženja u nastanku depresije.

Odnos roditelj-dijete prema kojem modelu depresija nastaje kao rezultat loših odnosa dijete-roditelj. Studije na odraslim depresivnim osobama upućuju na značajan utjecaj ranih odnosa na njihov kasniji život te se u anamnezi depresivnih osoba nalaze problemi u ranim odnosima, posebice u odnosu majka-dijete, cjelovitosti obitelji, interakciji među članovima obitelji. U obiteljima je često prisutno nasilje. Depresivne osobe vrlo često imaju nisko samopouzdanje čiji se korijeni nalaze u ranom dje-

tinjstvu i odnosima s roditeljima. Velik broj radova (16) povezuje depresiju odraslih s emocionalnim zlostavljanjem, ponižavanjem u djetinjstvu. Analize djece depresivnih roditelja (17) pokazuju da djeca depresivnih roditelja u predškolskoj dobi imaju češće kognitivne i emocionalne probleme, posebice probleme separacije u odnosu na djecu nedeprativnih roditelja. Kod djece školske dobi posebno je naglašen problem rivaliteta u grupi, traženje pažnje, enureza i hiperaktivnost. Kod adolescenata depresivnih roditelja klinička se slika mijenja te dominiraju usamljenost i konflikti s autoritetima (18).

Analiza rizičnih faktora kod djece depresivnih roditelja pokazuje učestaliju pojavu različitih psihičkih odstupanja (14) te se opisuje na ispitivanom uzorku da se u 13% razvila depresija, 10% ADHD, 10% separacijska anksioznost. Postoje i drugačija razmišljanja te tako skupina autora (18) nalazi da kod djece depresivnih roditelja postoji bolji školski uspjeh, bolje self-razumijevanje, bolji odnos s okolinom i bolje rješavaju probleme.

Sociološke teorije - model uzroke depresije nalazi u socijalnim interakcijama i socijalnim stresorima te se kao posebno značajan faktor naglašava izostanak potpore okoline.

Psihološke teorije - model nastanka depresije su mnogobrojne. Najviše pristaša ima psihoanalitička teorija. Još su Freud i kasnije Abraham smatrali da je depresija rezultat gubitka fantaziranog objekta ljubavi. Velik broj ispitivanja bio je usmjeren na istraživanje gubitka i žalovanja kod djece. Razmišljanja dječjih psihijatara i psihologa u odnosu na gubitak i žalovanje vrlo su različita, no svi se stručnjaci slažu da je dječje reagiranje na gubitak važne osobe u zavisnosti od emocionalne i kognitivne zrelosti djeteta i njegova razumijevanja smrti, kao i od potpore okoline (19). Ako se radi o gubitku jednog roditelja, razvoj depresivne simptomatologije ovisit će o psihičkom stanju drugog roditelja.

Životno stresne teorije - model uzroke dječje depresije nalazi u ponašanju roditelja. Posebice se naglašavaju agresivnost i odbacivanje, maritalni problemi te nasilje. Važno je naglasiti da stres može kod djece kao i kod odraslih uzrokovati i brojne druge psihičke poremećaje.

Bihevioralne teorije - model temelji se na spoznajama da se depresivno ponašanje javlja ondje gdje su bili neadekvatni i insuficijentni pozitivni stimulusi koji dovode do osjećaja nevoljenosti i odbačenosti, rezultat čega je stvaranje loše slike o sebi, a što je u osnovi depresivnog ponašanja. Model učenja usamljenosti razvija se i u sredinama gdje izostaje pozitivna stimulacija te je depresija rezultat motivacijskog, kognitivnog i emocionalnog deficita.

Kognitivno distorzijske teorije - model govori o negativnom pogledu na self, svijet i budućnost.

Self-kontrolni model depresija razvija se kod osoba koje imaju deficit u self-evaluaciji i monitoriranju.

Diferencijalna dijagnoza

Kod djece više nego kod odrasle populacije postoji kontinuirano međusobno djelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika te je o toj interakciji vrlo teško procijeniti bez kvalitetnih pokazatelja što je u osnovi dječjeg ponašanja. Kod djece se vrlo često postavlja dijagnoza poremećaji ponašanja koja je nedefinirana i krije u sebi brojna stanja i bolesti različite geneze. To je i jedan od razloga zašto se dijagnostički postupci kod djece moraju donositi multidisciplinarno jer će svaki profesionalac s aspekta svoje struke procjenjivati dječje ponašanje i simptome, a dijagnoza o kojoj ovisi daljnji tretman donosi se timski.

U procjeni depresije posebno je važna uloga pedijatra jer brojna bolesna stanja dovode do psihičkih odstupanja i često je psihičko odstupanje prvo što okolina primjećuje kod djeteta.

Najčešća stanja koja mogu djelovati kao depresija (lažna depresivna slika) jesu infekciozna mononukleoza, influenza, encefalitis, pneumonija, TBC, hepatitis, AIDS, epilepsija, MS, različiti cerebrovaskularni incidenti, dijabetes, disfunkcija štitnjače i dr. Pedijatar u takvim stanjima treba uz dobro poznavanje somatskih simptoma imati i osnovna znanja o psihičkim problemima kako bi mogao prepoznati tzv. lažna depresivna stanja i druge psihičke probleme koji su samo jedna od manifestacija tjelesnih problema. Uzimanje nekih lijekova može također dovesti do depresivnih reakcija. Najčešće se spominju barbiturati, benzodiazepini, neki antikongulzivi, oralni kontraceptivi. Od drugih stanja spominje se konzumacija alkohola, kokaina, amfetamina, abnormalnosti u koncentraciji elektrolita, anemija, uremija i drugo (20).

U određenim razvojnim fazama djeteta neka psihološka stanja mogu djelovati kao depresije. U predškolskoj dobi najčešće se spominju zlostavljanje te separacijska anksioznost. Kod školske djece najčešće se spominju različiti anksiozni poremećaji, a kod adolescenata alkohol, droga, počeci shizofrenije. Važnu ulogu igra i intelektualni razvoj djeteta te se često djetetovo ponašanje može pogrešno procijeniti kao depresija, a radi se često o nerazumijevanju određenih situacija i reagiranju sukladno intelektualnim sposobnostima.

Od laboratorijskih testova najčešće se smatra da pozitivan DST potvrđuje dijagnozu depresije, međutim postoje stanja koja mogu davati lažno pozitivan ili lažno negativan DST kao npr. obesitas, anoreksija, trudnoća, Addisonova bolest, Cushingova bolest, alkoholizam i drugo.

Terapija

Biopsihosocijalni pristup u tretmanu dječje i adolescentne depresije, kao u ostalom i odraslih ima najviše pristaša.

Individualna terapija uključuje sve tehnike i metode koje su fokusirane na depresivne simptome, posebice koje

su usmjerene na dječju self-percepciju. Izbor terapijske tehnike ovisit će o dobi djeteta i njegovim mogućnostima razumijevanja.

Od individualnih tehnika najčešće se rabe:

Terapija igrom primjenjuje se posebice kod djece gdje je zbog faze razvoja smanjena verbalna komunikacija te tehnike treba prilagoditi neverbalnoj komunikaciji. Terapija igrom provodi se kao individualna i kao grupna terapija.

Kod djece između 6-12 godina primjenjuju se **psihoterapijske tehnike** koje se temelje na transferu i najčešće počinju suportivnom fazom, progresivnom empatijom i self-opservacijom. Fokus terapije je na odnosima. U tom periodu često se kombinira terapija igrom i transferne terapije, a materijali koji se rabe vrlo su različiti (crtanje, igranje lutkama, životinjama, pričanje priča i sl.). S obzirom na to da depresivna djeca često imaju i različita traumatska iskustva, terapeut mora biti fleksibilan i spreman tijekom terapijskog procesa mijenjati terapijske pristupe i tehnike ovisno o situaciji i posebice pratiti djetetove mogućnosti napredovanja u terapijskom procesu.

Bihevioralna terapija temelji se na pozitivnim podražajima i informacijama. Terapeut tijekom terapijskog procesa pomaže djetetu razumjeti događaje, posebice odluke odraslih koje su za dijete stresogene (rastava, gubitak i drugo).

Kognitivna terapija često se provodi kod djece i adolescenata. Terapeut pomaže djetetu u reevaluaciji i promjeni mišljenja posebice u odnosu na sebe s obzirom na to da depresivna simptomatika uključuje negativnu sliku vlastitog *selfa*. Kognitivna terapija posebno je korisna kod adolescenata i ona traži od terapeuta fleksibilnost te se terapeutova uloga mora često mijenjati od uloge učitelja, modela, eksperta, roditelja i prijatelja.

Psihoterapijski rad s djecom i adolescentima vrlo je kompleksan. Zahtijeva i znanje i vrijeme i razumijevanje i pacijenta i samoga sebe jer se pred terapeuta postavljaju različiti zahtjevi i očekivanja koji kod manjeiskusnog terapeuta mogu dovesti do gubitka granica te odnos terapeut-dijete-pacijent više nije terapijski. Od grupnih tehnika najčešće se rabi **grupna terapija** koja pomaže da dijete lakše u grupi izrazi svoje emocije, uspostavi empatiju s drugim članovima grupe i stekne sigurnost.

Kako su roditelji vrlo važan čimbenik u nastanku i u terapiji depresije djece, to roditeljski trening zauzima važno mjesto u terapijskom procesu. Tijekom treninga roditelji uče kako razgovarati i slušati djecu. Kako vrlo često kod depresivnih stanja djece nalazimo i poremećene obiteljske odnose, to je indicirana i **obiteljska terapija** koja ima za cilj poboljšanje međusobnih odnosa.

Psihofarmakoterapija je često nedjeljiv dio terapije dječjih depresija (21).

Prilikom primjene psihofarmakoterapije potrebno je poštovati njezine specifičnosti kada se radi o djeci i adolescentima. Profesionalac koji provodi psihofarmakoterapiju djece mora dobro poznavati fiziološke karakteristike dječjeg organizma, ne samo težinu tijela već i metabolizam jetre, bubrežnu filtraciju, kao i različite farmakodinamske čimbenike. Uz fiziološke čimbenike potrebno je poznavati psihološke čimbenike posebice kod djece mlade dobi, što se posebno odnosi na pitanja kako djetetu dati informaciju o uzimanju lijeka i kako od djeteta dobiti informaciju o djelovanju i promjenama, a što je nužno u procjeni doze i duljine davanja terapije. Poseban problem kod psihofarmakoterapije mogu biti roditelji koji interferiraju između terapeuta i djeteta često samoinicijativno prekidajući ili mijenjajući dozu i slično.

Dječji psihofarmakoterapeut mora dobro poznavati i obaveze koje proizlaze iz FDA regulacije, mjerne instrumente kojima se procjenjuje djetetovo stanje, kao i čimbenike koji utječu na doziranje i način uzimanja lijeka. Poseban problem u dječjoj psihofarmakoterapiji predstavljaju etički principi koji obuhvaćaju uključivanje djece u kliničke studije ispitivanja lijeka i nedovoljno poznavanje utjecaja lijeka na dječji organizam u odnosu na razdoblje. Jedan od problema psihofarmakoterapije kod depresija su lažno pozitivne slike depresije kao zamaskiranost depresija različitim drugim psihičkim odstupanjima.

Terapija depresivnih stanja uključuje primjenu antidepresivnih lijekova i stabilizatora ponašanja. Prilikom odabira lijeka posebno treba voditi računa o dobi djeteta i svim drugim razvojnim uvjetima koji bitno utječu na njegovo djelovanje.

Od antidepresiva prvog reda rabe se: SSRI (sertralin, Luxeta®, PLIVA; fluoksetin, fluvoksamin; paroksetin, Deprozel®, PLIVA), a od lijekova druge linije rabi se tricyklički antidepresiv, klomipramin (Anafranil®, PLIVA).

Od stabilizatora ponašanja najčešće se rabe karbamazepin (Tegretol®, PLIVA), Na-valproat i drugi.

Literatura

1. WELLER EB, WELLER RA, FRISTAD MA. Historical and theoretical perspectives on childhood depression. U: Weller EB, Weller RA, ur. Current perspectives on major depressive disorders in children. Washington, DC: Amer Psych Press; 1984, str. 1-18.
2. SCHULTERBRANDT JG, RASKIN A ur. Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models. New York: Raven Press; 1977.
3. Grupa autora. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM - IV. Međunarodna verzija s MKB - 10 šiframa. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996, 900 str.
4. KASHANI JH, SHERMAN DD. Childhood depression: epidemiology, etiological models and treatment implications. Integrative Psychiatry 1988;6:1-8.
5. LING W, OFTEDAL G, WEINBERG W. Depressive illness in childhood presenting as severe headache. Am J Dis Child 1970;120:122-4.
6. CARLSON GA, CANTWELL DP. A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. J Child Psychol Psychiatry 1980;21:19-25.
7. KASHANI JH, BARBERO GJ, BOLANDER FD. Depression in hospitalized pediatric patients. J Am Acad Child Psychiatry 1981;20:123-34.
8. SPITZ RA, WOLF KM. Anaclitic depression. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood II. Psychoanal Study Child 1946;2:312-42.
9. WELLER EB, WELLER RA. Depressive disorders in children and adolescents. U: Garfinkel B, Carlson G, Weller EB ur. Psychiatric disorders in children and adolescents. Philadelphia: WB Saunders; 1990, str. 3-20.
10. RYAN ND, PUIG-ANTICH J, AMBROSINI P i sur. The clinical picture of major depression in children and adolescents. Arch Gen Psychiatry 1987;44:854-61.
11. WELLER EB, WELLER RA, FRISTAD MA, PRESKORN SH, TEARE M. The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. J Clin Psychiatry 1985; 46:511-3.
12. PUIG-ANTICH J. Affective disorders in children and adolescents. Diagnostic validity and psychobiology. The third generation of progress. New York: Raven Press; 1987.
13. McKNEW DH Jr, CYTRYN L. Urinary metabolites in chronically depressed children. J Am Acad Child Psychiatry 1979;18:608-15.
14. KOCIJAN-HERCIGONJA D, FOLNEGOVIĆ-ŠMALC V, KOZARIĆ-KOVAČIĆ D. Genetic influences on child psychiatric disorders. Paediatr Croat 1994;38:227-30.
15. WELLER EB, WELLER RA. Pediatric management of depression. Pediatr Ann 1989;18:104, 106-9, 112-3.
16. BEARDSLEE WR, BEMPORAD J, KELLER MB, KLERMAN GL. Children of parents with mayor affective disorder: a review. Am J Psychiatry 1983;140:825-32.
17. BEARDSLEE WR, PODOREFSKY D. Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorder: importance of self-understanding and relationship. Am J Psychiatry 1988;145:63-9.
18. WELLER EB, WELLER RA. Mood disorders. U: Lewis M, ur. Child and Adolescent psychiatry: A Comprehensive Textbook. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1991, str. 646-64.
19. KOCIJAN-HERCIGONJA D, KOZARIĆ-KOVAČIĆ D, HERCIGONJA V. Psihofarmakoterapija kod djece i adolescenata. Medicus 2002;11:259-62.
20. HERCIGONJA V. Što znamo o dječjoj suicidalnosti. Potpora 2000.