

Depresija u djece i adolescenata

Depression in Children and Adolescents

Vlasta Rudan, Aran Tomac

Klinika za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

KBC Zagreb

10000 Zagreb, Šalata 4

Sažetak Dugo su vladala dva krajnja uvjerenja: 1. da djeca i adolescenti ne mogu patiti od depresivnih poremećaja i 2. da postoje tzv. "maskirane depresije" ili "depresivni ekvivalenti" u koje su uključivani različiti tipovi emocionalnih problema i poremećaja ponašanja za koje se smatralo da u osnovi imaju depresiju kao glavni uzrok. Veliki depresivni poremećaj čest je i ozbiljan poremećaj čiji je početak često u djetinjstvu. Distimija je blaži, ali više kroničan depresivni poremećaj koji također može započeti u djetinjstvu ili adolescenciji. Depresija je povezana s povećanim rizikom od drugih psihijatrijskih poremećaja, slabim akademskim, socijalnim i radnim funkcioniranjem, zloupotrebom različitih sredstava ovisnosti i suicidom. Komorbidni psihijatrijski poremećaji povećavaju rizik od povratne depresije, duljeg trajanja depresivne epizode, od povećanja broja pokušaja suicida, pogoršavaju funkcionalni ishod, umanjuju odgovor na tretman, povećavaju rizik od drugih medicinskih problema i umanjuju vjerojatnost korištenja službi mentalnog zdravlja. Važno je prepoznati i što točnije dijagnosticirati depresiju i eventualne komorbidne poremećaje u djece i adolescenata kako bi se što ranije moglo započeti s liječenjem. Najdjelotvorniji je multimodalni tretman koji nije usmjeren samo na depresivne simptome, nego na sve probleme u funkcioniranju. U liječenju djece i adolescenata s depresijom medikacija je rijetko, ako ikada, indicirana kao jedina terapijska strategija, izolirana od psihosocijalnih intervencija. Multimodalni i rani tretman može umanjiti rizik od kroničnoga psihosocijalnog oštećenja.

Gljučne riječi: depresija, djeca, adolescenti, dijagnoza, tijek, tretman

Summary Two extreme beliefs have been dominant for a long time, i.e. 1. that children and adolescents cannot suffer from depressive disorders or 2. that there are the so-called "masked depressions" or "depressive equivalents", which included different types of emotional and behavioural disorders considered to have depression as their main underlying cause. A major depressive disorder is a frequent and serious disorder, with the onset often in childhood. Dystimia is a mild, but chronic depressive disorder that may also start in childhood or adolescence. Depression is associated with an increased risk of other psychiatric disorders, poor academic, social and work functioning, abuse of various addictive substances and suicide. Psychiatric comorbidities increase the risk of recurrent depression, prolonged depressive episodes, and higher incidence of suicide attempts. They aggravate the functional outcome, reduce treatment response, increase the risk of other medical problems and reduce the possibility of use of mental health services. Depression and possible comorbidities should be recognized and diagnosed as early as possible in children and adolescents in order to enable the timely onset of treatment. The most efficient treatment is a multimodal treatment that is not focused on depressive symptoms only, but also on all problems in functioning. Medication is rarely, if ever, indicated as the only therapeutic strategy, isolated from psychosocial interventions, in the treatment of children and adolescents with depression. Multimodal and early treatment can reduce the risk of chronic psychosocial damages.

Key words: depression, children, adolescents, diagnosis, course, treatment

Naziv depresija ne rabi se samo za depresiju kao specifični dijagnostički entitet, što može dovesti do određenih zabuna. Harrington (1) razlikuje *depresiju kao izoliran simptom* na koji gleda kao na dio normalnog opsega ljudskih emocionalnih reakcija i koje doživljavaju mnogi ljudi u nekom vremenu svog života i *depresiju kao sindrom* koji se obično definira kao kombinacija depresivnog raspoloženja s određenim pridruženim simptomima.

Još sredinom 20. stoljeća depresiju dojenčadi, nastalu kao posljedica djelomične emocionalne deprivacije (tromjesečna odsutnost majke u drugoj polovini prve godine

djeteta, koja se ranije njime uredno bavila), opisao je Spitz (2, 3) pod nazivom *anaklitička depresija*.

Neki drugi psihoanalitičari, npr. Anna Freud i Dorothy Burlingham (4), Nagera (5), bavili su se pitanjem mogućnosti žalovanja u malog djeteta i smatrali da upravo nesposobnost malog djeteta da prođe kroz istinski proces žalovanja i razriješi narcističke i ambivalentne konflikte prema preživjelom roditelju ili roditeljskom supstitutu, može dovesti do predispozicije za depresivna stanja. Bowlby (6, 7) i Furman (8) imali su suprotan stav prema djetetovoj mogućnosti žalovanja i smatrali da dijete žaluje slično odraslomu.

Bowlby (7) sugerirao je tri glavna tipa okolnosti koji su najvjerojatnije povezani s kasnijim razvojem depresije. Prvo, smrt roditelja koju dijete doživi kao nedostatak kontrole nad nastalom situacijom, a kao reakciju razvija osjećaj beznadnosti i očaja. Drugo, usprkos mnogim pokušajima dijete ne uspijeva formirati stabilne i sigurne odnose sa skrbnikom i sebe doživi kao neuspjeh. Neki naknadni gubitak ili razočaranje opažat će kao da odražava upravo takvo stanje njega kao neuspjeha. Treće, roditelji djetetu prenose poruku da je ono nesposobno ili nevoljeno dijete i ono će razviti komplementarni model sebe kao nevoljenog i kao onog koji ne voli. Dijete ili odrasli očekivat će i od druge osobe neprijateljstvo i odbijanje u trenucima kada osjeća potrebu za njom.

Bowlbyjevo gledanje u suglasnosti je sa Seligmanovom teorijom naučene bespomoćnosti kod depresije, koja smatra da se beznadnost i posljedična depresija razvijaju kada se štetni događaji dožive kao oni koji se ne daju kontrolirati. U prvom tipu okolnosti koji navodi Bowlby (7), smrt roditelja, dijete osjeća nedostatak kontrole oko gubitka skrbnika i naknadnih iskustava skrbi, a u drugom i trećem tipu dijete ima osjećaj da ne može kontrolirati razočaravajuće odgovore upućene od roditelja (9).

Petersen i sur. (10) razlikuju tri kategorije adolescentne depresije: 1. *depresivno raspoloženje*; 2. *depresivni sindromi* i 3. *klinička depresija*. Depresivno raspoloženje identično je s Harringtonovom definicijom depresije kao simptoma. Ona se često udružuje s drugim negativnim emocijama kao što su strah, krivnja, ljutnja, prijezir ili gađenje. Depresivnim sindromom nazivaju konstelaciju ponašanja i emocija koji se dosljedno zbivaju zajedno. Za razliku od Harringtona (1) ovi autori govore o depresivnom sindromu onda kada nisu zadovoljeni kriteriji za kliničku depresiju prema DSM-IV ili MKB-10 (11, 12).

Upravo se adolescencija smatra razdobljem češće pojave depresivnog raspoloženja, premda je i klinička depresija u njih češća nego u djece prije puberteta, osobito u djevojaka. Potreba za odvajanjem i uspostavljanjem sve veće autonomije izlaže adolescente potrebi za proradama različitih, većih ili manjih, doživljaja gubitaka (npr. gubitak sigurnosti koju djeci pružaju roditelji ili drugi skrbnici; postepeni gubitak djetinjih iluzija o sebi i drugima itd.).

Kliničke oznake

Danas se naglašava da depresija u djece i adolescenata prema njezinim bitnim oznakama slični depresiji odraslih. Ključne razlike leže u opsegu, žestini i utjecaju simptoma. U velikoj depresivnoj epizodi djetetovo ili adolescentovo raspoloženje je depresivno (ili razdražljivo) najveći dio dana, više dana i simptomi rezultiraju značajnim oštećenjem funkcioniranja u važnim područjima života, uključujući obiteljske odnose, školu, vršnjake. Tijekom procjene treba specificirati i neke pridružene oznake koje imaju važne implikacije za tretman, kao što su: a) psihotične oznake, b) melankolične oznake, c) atipične oznake i d) sezonski obrazac javljanja.

Prema **kriterijima DSM-IV-TR za veliku depresivnu epizodu** (11) pet (ili više) sljedećih simptoma mora biti prisutno tijekom kontinuiranoga dvotjednog razdoblja. Za postavljanje dijagnoze mora biti prisutan barem jedan od prvih dva nabrojena simptoma, a to su simptomi depresivnog raspoloženja ili gubitka interesa ili zadovoljstva u svim ili gotovo svim aktivnostima, uz još neke od dolje navedenih simptoma:

1. depresivno raspoloženje, na koje upućuje subjektivno izvješće (tj. osjećaj tuge ili praznine) ili zapažanje drugih (tj. tužan ili uplakan izgled);
2. uočljivo smanjenje interesa ili zadovoljstva u svim ili gotovo svim aktivnostima (na što upućuje subjektivno izvješće ili zapažanja drugih);
3. značajan gubitak težine bez poduzimanja dijete ili dobijanje težine (tj. promjena u tjelesnoj težini više od 5% u mjesec dana), ili smanjenje ili povećanje apetita (u djetetu treba razmotriti neuspjeh u dobivanju očekivane težine);
4. nesanica ili previše spavanja;
5. psihomotorna ubrzanost ili usporenost (koje zapažaju drugi, a ne samo subjektivni osjećaji nemira ili usporenosti);
6. umor ili gubitak energije;
7. osjećaj bezvrijednosti ili jaka ili neodgovarajuća krivnja (koja može biti sumanuta), a ne samo samopredbacivanje ili krivnja zbog bolesti;
8. smanjena mogućnost razmišljanja ili koncentracije, ili neodlučnost (bilo iz subjektivnog izvješća ili zapažanja drugih);
9. povratne misli o smrti (ne samo strah od umiranja), povratna suicidalna ideacija bez specifičnog plana ili suicidalni pokušaj ili specifični plan za izvršenje suicida.

Prema razvojnim stadijima kroz koje dijete ili adolescent prolazi variraju *specifične kliničke manifestacije depresivnog poremećaja* (13). Kao što je već ranije spomenuto djetenja depresija ili depresija malog djeteta često se povezuje s emocionalnom deprivacijom ili gubitkom majčinske figure (2, 3, 6, 7). Takvo dijete može izražavati uznemirenost, povlačenje u sebe, imati gubitak tjelesne težine, poremećaj spavanja i razvojnu usporenost.

Djeca prije ulaza u adolescenciju često izražavaju razdražljivost, psihomotornu agitaciju i komorbidne somatske pritužbe (kao što su bol u trbuhu ili glavobolja), anksiozne simptome (kao što su separacijska anksioznost ili fobije), dosadu (anhedonija) i probleme ponašanja. Djeca ipak rjeđe pate od anhedonije od adolescenata i odraslih i njihovo se raspoloženje katkada može privremeno poboljšati sudjelovanjem u zabavnim aktivnostima, premda se u njih upuštaju rjeđe od djece koja nisu depresivna. Depresivna djeca i adolescenti skloni su pretjeranoj samokritici i lako se uplaše da će i druge osobe prema njima pokazati jednak stupanj strogosti i kritičnosti.

Adolescenti će vjerojatnije u razgovoru otkriti postojanje depresivnog raspoloženja i suicidalnih misli. Oni također

moгу pokazivati razdražljivost, probleme ponašanja i tuži-ti se na dosadu. Mogu se pokušavati "liječiti" drogama i al-koholom. Adolescenti često imaju atipične simptome kao što su hipersomnija, povećanje apetita, osjetljivost na od-bijanje i letargiju.

Odrasli češće imaju melankolični oblik depresije od djece i adolescenata, međutim, neki adolescenti mogu imati sli-ku sličnu odrasloj melankoličnoj depresiji s anhedonijom, beznađem i promjenom tjelesne težine. Psihitični simpto-mi češći su u odraslih, ali se mogu pojaviti i u djece i ado-lescenata u kojih su češće slušne halucinacije nego suma-nutosti (13).

Kriteriji DSM-IV za distimični poremećaj u kojem adoles-cent trpi zbog depresivnog raspoloženja veći dio dana u trajanju od barem jedne godine, uz barem dva od sljede-ćih simptoma. Distimični poremećaj manje je jak i više je kroničan poremećaj u usporedbi s velikim depresivnim po-remećajem:

1. slab apetit ili prejedanje
2. nesanica ili pretjerano spavanje
3. niska energija ili umor
4. nisko samopoštovanje
5. slaba koncentracija ili teškoća u stvaranju odluka
6. osjećaj beznadnosti.

Adolescent može ispunjavati kriterije za oba poremećaja, veliki depresivni poremećaj i distimični poremećaj.

Depresivni simptomi koji ne zadovoljavaju kriterij za veliki depresivni poremećaj ili distimični poremećaj i razvijaju se unutar tri mjeseca nakon početka djelovanja prepoznat-ljivog psihosocijalnog stresora dijagnosticiraju se kao **po-remećaj prilagodbe s depresivnim raspoloženjem** ili **po-remećaj prilagodbe s miješanim anksioznim i depresiv-nim raspoloženjem**.

Dijagnoza **depresivnog poremećaja koji nije drugači-je specifičan** rabi se kada postoje značajne depresivne oznake koje, međutim, ne zadovoljavaju kriterije za veliki depresivni poremećaj ili distimiju.

Epidemiologija

Prevalencija velikoga depresivnog poremećaja u djece pri-bližno je 2%, u podjednakom omjeru između dječaka i dje-vojčica, 1:1. U adolescenciji prevalencija je približno 4% - 8%, a omjer muškarci : žene 1:2 (14). Približno 5-10% dje-ce i adolescenata ima susindromske simptome velikog de-pressivnog poremećaja. Ova djeca i adolescenti imaju veli-ko obiteljsko opterećenje depresijom, značajna psihosoci-jalna oštećenja, u povećanom su riziku od suicida i razvo-ja punog sindroma depresije (14).

Za distimični poremećaj prevalencija u djece je 0,6 do 1,7%, a u adolescenata 1,6 do 8,0% (14). Svaka sljede-ća generacija od 1940. godine izgleda da je u većem rizi-ku od razvoja depresivnih poremećaja koji su prepoznatljivi u sve ranijoj dobi (13). Ovaj trend je primjenjiv na blagu

i umjerenu depresiju, vjerojatno ne na jaku depresiju i di-stimični poremećaj, a njegova etiologija nije posve jasna.

S povišenjem stope depresivnih poremećaja povećala se i stopa suicida, i to čak trostruko među mladim ljudima u posljednja četiri desetljeća (13). Incidencija pokušaja sui-cida doseže vrhunac tijekom kasne adolescencije. Vjero-jatnost da adolescenti izvrše suicid dva je puta veća od ta-kve vjerojatnosti u adolescentica, dok adolescentice dva do tri puta češće pokušavaju suicid od dječaka. Veliki de-pressivni poremećaj najznačajniji je rizični čimbenik za iz-vršenje suicida u toj dobnoj grupi. Drugi rizični čimbenik su prijašnji pokušaji suicida, zloupotreba alkohola i droga, stresni životni događaji (npr. nastale školske teškoće, ra-skid s važnom drugom osobom), slaba komunikacija izme-đu djece i roditelja, izloženost izvršenju suicida bliskog pri-jatelja ili rođaka, slabe vještine ovladavanja, impulzivnost i laka dostupnost letalnim sredstvima (13).

Dijagnostička procjena

Za procjenu prisutnosti depresije klinički intervju ostaje najtočnija metoda. U prvoj depresivnoj epizodi teško je ra-zlučiti unipolarnu veliku depresiju od depresivne faze bipo-larnog poremećaja. Podaci, kao što su obiteljska povijest koja govori o bipolarnom poremećaju, psihozi, podaci o far-makološki induciranoj maniji ili hipomaniji, mogu najavlji-vati razvoj bipolarnog poremećaja (14). Tijekom evaluacije treba vrlo pažljivo procijeniti postojanje diskretnih ili krat-kotrajnih hipomaničnih simptoma koji se lako mogu previ-djeti, a uzimanje antidepressiva u takve djece i adolescena-ta može dovesti do pojačanja manije.

Uz uzimanje podataka od roditelja ili skrbnika važno je pro-vesti odvojene intervjue s djetetom ili adolescentom radi dobivanja točnih informacija o depresivnim simptomima. Mjerne skale mogu pomoći u dobivanju dodatnih informa-cija o simptomima, međutim, u postavljanju dijagnoze kli-ničar se ne bi trebao oslanjati samo na njih. Procjena sui-cidalnosti bitan je dio procjene depresije. Također bi rodi-telja, jednako kao i dijete ili adolescenta, trebalo pitati o prisutnosti potencijalnih rizičnih faktora, uključujući laku dostupnost oružja, velike količine lijekova ili drugih poten-cijalnih metoda suicida. Nadalje, treba procijeniti postojan-je komorbidnih stanja. Potrebno je učiniti fizički pregled i laboratorijske pretrage za isključivanje drugih medicinskih uzroka depresije (npr. hipotireoza, anemija, mononukleo-za, autoimunosne bolesti, uzimanje nedopuštenih tvari ili lijekova i dr.).

Tijek i ishod depresije

Prosječno trajanje liječenja velike depresivne epizode u djeteta ili adolescenta je prema Jefferyju i sur. (13) 7 do 9 mjeseci. Isti autori navode da će se 90% pacijenata opo-raviti unutar 18 mjeseci. Oni, međutim, navode da će čak 50% mladeži doživjeti relaps, tj. ponovni razvoj simptoma prije punog oporavka. Stopa ponavljanja, tj. povratak no-ve depresivne epizode nakon oporavka također je visoka.

Prema Jefferyju i sur. (13) 40% doživjet će drugu epizodu unutar dvije godine, 70% unutar pet godina i 6% do 10% zadobit će kronični tijek. Prva epizoda velikoga depresivnog poremećaja u adolescenciji izgleda da povećava rizik od razvoja povratnog poremećaja u odrasloj dobi.

Čimbenici koji povećavaju rizik od manje povoljnog ishoda velikoga depresivnog poremećaja jesu: komorbidni poremećaji (npr. distimični poremećaj, anksiozni poremećaj, zloupotreba sredstava i dr.), izlaganje negativnim životnim događajima i obiteljska povijest povratnoga velikog depresivnog poremećaja. Rizik od razvoja bipolarnog poremećaja u depresiji s ranim početkom je 10% do 20% (15). Bipolarni depresivni poremećaj razvit će se unutar pet godina u 20% do 40% pacijenata koji imaju sljedeće rizične čimbenike: psihotične oznake ili pri javljanju imaju psihomotornu retardaciju, obiteljsku povijest bipolarnog poremećaja ili pacijent u kojeg se razvije hipomanična epizoda kao rezultat tretmana antidepressivima (13).

Distimični poremećaj može trajati mnogo godina, a da ga pacijent i njegova obitelj ne moraju prepoznati, tj. već ga zbog ovako dugog trajanja zamjenjuju s pacijentovim osnovnim raspoloženjem.

Depresija je prema svemu navedenom kronični, povratni poremećaj koji ima sklonost prema nastavku u odrasloj dobi i koji može rezultirati s mnogo ozbiljnih komplikacija u djetetovu ili adolescentovu akademskom, interpersonalnom i obiteljskom životu.

Etiologija

U etiologiji depresije, koja nije sasvim proučena, sudjeluju biološki čimbenici, kao i oni koji potječu od same ličnosti pacijenta, te čimbenici okoline.

Pretpostavljeni biološki čimbenici uključuju gensko nasljeđe (nasljednost za veliki depresivni poremećaj je 40% do 60%) (16), ali izgleda da geni čine osobu sklonijom da na stresne situacije reagira depresivnim simptomima (17); disregulaciju središnjih serotoninergičnih ili noradrenergičnih sistema; disfunkciju hipofizno-hipotalamičko-adrenalne osi i utjecaj pubertetskih spolnih hormona.

Od čimbenika ličnosti naglašava se negativni kognitivni stil kao mogući uzrok depresije i kao označitelj konstitucionalne osjetljivosti za depresiju (13). Osoba s negativnim kognitivnom stilom ima iskrivljeno viđenje sebe, svijeta i budućnosti. Istraživanja upućuju na stres – dijatezni model u kojem negativni kognitivni stil rezultira beznađem i depresijom u kontekstu negativnih životnih događanja kao što su odbacivanje, opaženi neuspjeh i interpersonalni gubitci.

Neka štetna zbivanja u okolini kao što su zlostavljanje i zanemarivanje, stresni životni događaji (npr. značajni gubitci, razvod), obiteljska disfunkcija (izraziti konflikti, izlaganje nasilju, roditeljska zloupotreba sredstava ovisnosti i psihijatrijske bolesti) također povećavaju rizik od depresije. Djelovanje ovih stresora također ovisi o djetetovim kognitivnim i "coping" stilovima sa stresom, IQ-u, obiteljskoj i socijalnoj potpori i dr.

Diferencijalna dijagnoza

Diferencijalna dijagnoza uključuje širok spektar medicinskih i psihijatrijskih stanja. Od medicinskih stanja najčešće je potrebno razlučiti depresivni poremećaj od depresije izazvane a) medikacijom (npr. neki antihipertenzivi, kortikosteroidi, oralni kontraceptivi, antikonvulzivi i dr.) ili sredstvima ovisnosti (npr. zloupotreba alkohola, kokaina, amfetamina, opijata i njihovo povlačenje ili apstinencija); b) endokrinim ili metaboličkim poremećajima (npr. hipotireoza ili hipertireoza, dijabetes, Cushingova ili Addisonova bolest, elektrolitske abnormalnosti kao hipokaliemija ili hiponatremija i dr.); c) infektivne bolesti (npr. infektivna mononukleoza, gripa, encefalitis i dr.); d) neurološke bolesti (npr. traumatske ozljede mozga, cerebrovaskularni incident, epilepsija, epilepsija temporalnog režnja i dr.) i e) druga medicinska stanja (npr. anemija, malnutricija, maligne bolesti, kardijalne bolesti i dr.).

Komorbiditet

Komorbidni psihijatrijski poremećaji povećavaju rizik od povratne depresije, duljeg trajanja depresivne epizode, povećanja broja pokušaja suicida, pogoršavaju funkcionalni ishod, smanjuju odgovor na tretman, povećavaju rizik od drugih medicinskih problema i smanjuju vjerojatnost korištenja službi mentalnog zdravlja. 40% do 70% depresivne djece i adolescenata ima komorbidni psihijatrijski poremećaj, a 20% do 50% dvije ili tri komorbidne dijagnoze (13).

Najčešći komorbidni poremećaj je distimični poremećaj, slijede anksiozni poremećaji, poremećaji s razornim ponašanjem, poremećaji zloupotrebe sredstava ovisnosti. Veliki depresivni poremećaj često se javlja nakon početka drugog psihijatrijskog poremećaja, osim zloupotrebe sredstava ovisnosti koji najčešće prethodi depresiji, za koju vjerojatno i povećava rizik.

U mladih s distimičnim poremećajem koji istodobno imaju i veliki depresivni poremećaj (tzv. "dupla depresija") depresija je jača i kroničnijeg tijeka. Također imaju veći komorbiditet, veću suicidalnost i veća socijalna zakazivanja od mladih koji trpe samo zbog jednog oblika depresije, odnosno zbog velikoga depresivnog poremećaja ili distimičnog poremećaja.

Komorbidni anksiozni poremećaj često produljuje tijek depresivnih epizoda u djece i adolescenata. Suprotno tomu, djeca i adolescenti koji imaju dijagnozu ADHD u povećanom su riziku od razvoja komorbidne depresije. Mladi s poremećajem ponašanja skloniji su komorbidnom bipolarnom poremećaju nego unipolarnoj depresiji. Neka istraživanja procjenjuju da više od 60% depresivnih adolescenata zadovoljava kriterije za komorbidne poremećaje osobnosti, a 30% od toga otpada na granični poremećaj osobnosti (13).

Tretman

U liječenju djece i adolescenata s depresivnim poremećajem primjenjuju se psihosocijalne terapije i psihofarmakoterapija. Smatra se da je liječenje depresije općenito najdjelotvornije kada je *multimodalno*. U liječenju mladih s depresijom medikacija je rijetko, ako ikada, indicirana kao jedina terapijska strategija, izolirana od psihosocijalnih intervencija (13).

Zbog nedostatka podataka istraživanja o korištenju anti-depresivne medikacije u djece *predškolske dobi*, psihosocijalne intervencije, uključujući vođenje i terapiju roditelja, prva su linija liječenja. Još uvijek se malo zna o djelovanjima antidepresivne medikacije na mozak u razvoju (13).

U slučajevima *blagog ili umjerenog velikog depresivnog poremećaja* Jeffery i sur. (13) preporučuju započeti tretman psihoedukacijom i psihoterapijom od 4 do 6 tjedana, a ako je odgovor djelomičan ili izostane, nakon 4-6 tjedana preporučuju uvesti jedan SSRI – selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (za koji istraživanja pokazuju da se može rabiti u dječjoj i adolescentnoj dobi) te ga koristiti 6-12 tjedana. Ako je odgovor samo djelomičan, može se razmotriti povišenje doze. Ako ni tada nema odgovora, treba prijeći na drugi SSRI (također odobren za upotrebu u dječjoj i adolescentnoj dobi) koji treba rabiti daljnjih 6-12 tjedana. Ako ni tada nema odgovora, potrebno je ponovno razmotriti dijagnozu i komorbidne poremećaje te druge čimbenike koji bi mogli negativno utjecati na liječenje (npr. komorbidni ADHD ili anksioznost; druga tjelesna bolest; obiteljsko funkcioniranje; negativni životni događaji i dr.). Ako dijete ili adolescent već nije u tretmanu specijalista za dječju ili adolescentnu psihijatriju, bilo bi ga potrebno uputiti specijalistu, a može se prijeći i na antidepresive "druge linije" (*bupropion, venlafaksin, mirtazapin, nefazodon*). Nakon pozitivnog odgovora treba nastaviti medikaciju od 6 do 12 mjeseci i tada, ako nema relapsa, progresivno prekidati tretman. U slučaju pojave druge nekomplimirane epizode medikaciju treba nastaviti od 1 do 3 godine.

U slučaju *teškog oblika velikoga depresivnog poremećaja* odmah u početku, uz psihoedukaciju i psihoterapiju, treba uvesti prvi SSRI (koji je odobren za uporabu u djece i adolescenata) u razdoblju od 4 do 6 tjedana, a u slučaju suicidalnosti razmotriti pitanje sigurnosti i razine skrbi koju dijete ili adolescent prima. Algoritam koji navode Jeffery i sur. (13) dalje je vrlo sličan onomu koji rabe u slučajevima liječenja blagog ili umjerenog velikoga depresivnog poremećaja, osim što je predviđeno trajanje medikacije od 1 do 3 godine. U slučaju dviju ili više kompliciranih depresivnih epizoda, triju ili više nekomplimiranih epizoda ili kronične depresije, medikacija se može nastaviti do tri godine, a katkada i do kraja života.

Djeci i adolescentima oboljelim od velikoga depresivnog poremećaja propisivanje antidepresiva, u kronološkoj dobi u kojoj su istraživanja poduprla ovu mogućnost, pokazalo se korisnim. Usprkos kontroverzama koje je unijelo upozorenje FDA (*Food and Drug Administration*), a koje se odnosi na pojačani oprez pri uporabi svih antidepresiva u djece i adolescenata, korištenje određenih selektivnih inhibi-

tora ponovne pohrane serotonina nastavlja se pokazivati korisnim u mnogih mladih oboljelih od velikoga depresivnog poremećaja (13). Postoje određena randomizirana, placebom kontrolirana istraživanja koja podupiru upotrebu SSRI-a u djece i adolescenata: npr. istraživanje *fluoksetina* (18); istraživanje *paroksetina* (19); istraživanje s *fluoksetinom* (20); kontrolni pokusi koji izvješćuju o djelotvornosti *sertralina* i *escitaloprama*. Premda spomenuta istraživanja podupiru upotrebu SSRI-a u adolescenata, ona i nadalje otvaraju neka metodološka i druga pitanja. Općenito su stope placebnog odgovora visoke u djece, a manje u adolescenata (17). Svakako, iz gore navedenih razloga, liječnik svoju odluku o propisivanju SSRI-a djeci i adolescentima treba pažljivo objasniti i argumentirati roditeljima i samom pacijentu.

Također treba napomenuti da su RCT (*Randomized controlled trials*), kao i metaanalize pokazali da triciklički anti-depresivi nisu djelotvorniji od placeba u tretmanu dječje i adolescentne depresije (17). Triciklički antidepresivi nisu antidepresivi "prve linije" tretmana velikoga depresivnog poremećaja u djece i adolescenata (13, 17). Zbog nedjelotvornosti, nuspojava i letalnosti kod predoziranja, Birmaher i Brent (17) smatraju da bi tricikličke antidepresive trebalo ukloniti s liste lijekova koji dolaze u obzir za liječenje depresije u djece i adolescenata.

U plan tretmana treba uključiti i liječenje komorbidnog/ih poremećaja. Posebnu pažnju treba posvetiti zloupotrebi sredstava ovisnosti koja mogu doprinosti depresiji i povećati rizik od suicida. Također, liječenje ne treba svesti samo na uklanjanje depresivnih simptoma nego i dodatnih problema funkcioniranja, koji se mogu nastaviti čak i kada se problem sniženog raspoloženja razriješio. Intervencije u obitelji često su potrebne kako bi se ublažile teškoće u obiteljskom funkcioniranju, kao i za pojačanje psihosocijalne potpore. Plan liječenja mora uključivati problem sigurnosti pacijenta, tj. njegova razina jakosti mora biti takva da ujedno osigurava dovoljan stupanj pacijentove sigurnosti. Nema stvarnih dokaza da ugovori o "bez loših namjera" (*no-harm contracts*) doista štite od suicida (13).

Najviše proučavani tip psihoterapije za tretman mladih s velikim depresivnim poremećajem jest kognitivno-bihevioralna terapija (CBT). Ona je djelotvorna čak i u suočavanju s komorbiditetom, suicidalnom ideacijom i beznadnosti. Psihodinamske psihoterapije nemaju dovoljno potpornih istraživanja o njihovoj djelotvornosti u liječenju depresije, premda su se često provodile (17).

Međutim, Birmaher i Brent (17) pozivaju se na istraživanja Weisza (21) koja su metaanalizom utvrdila da su, općenito uzevši, sveukupna psihoterapijska djelovanja tijekom akutnog tretmana depresije u djece i adolescenata skromna. Samo nekoliko psihoterapijskih istraživanja uključuje praćenja nakon akutnog tretmana i pokazuju da se korisno djelovanje psihoterapije pokazuje u početnim mjesecima, ali ne u trajanju od godine dana. U suprotnosti s većinom CBT-istraživanja relativno nedavni i velik RCT nije našao razlike između CBT i placeba za adolescente s velikim depresivnim poremećajem (20). Zajednički tretman pokazao se boljim od samog *fluoksetina* uglavnom za blagu i

umjerenu depresiju i za depresiju s visokom razinom kognitivnog iskrivljenja, ali ne i za jaku depresiju (22). Ovakav je tretman rezultirao i većom stopom remisije od bilo kojeg drugog tretmana, ali su djelovanja ipak bila skromna (stopa remisije 37% u sjedinjenom tretmanu) (23). I neka druga RCT-istraživanja o djelovanju zajedničkog tretmana nasuprot samoj medikaciji također su upućivala na slabije rezultate od očekivanih (24-26).

Interpersonalna psihoterapija (IPT) za adolescentnu depresiju, osobito za pacijente koji su umjereno i jako depresivni

i u starijih "teenagera", pokazala se barem toliko djelotvorna koliko i CBT za adolescentnu depresiju (27). Većina spomenutih kliničkih pokusa vršena je s adolescentima.

Randomizirani CBT-pokusi sugeriraju da bi ova terapija mogla biti korisna za mlađu djecu (17). Većina kliničara preporučuje adaptaciju kognitivne, interpersonalne i psihodinamske tehnike za mlađu djecu. Zbog važne uloge obiteljskih problema u depresiji s ranim početkom i zbog velike ovisnosti djeteta o roditelju, preporučaju se i neki oblici obiteljskih intervencija. Međutim, nijedan RCT nije vođen u djece s klinički utvrđenom depresijom (17).

Literatura

- HARRINGTON R. Depressive disorder in childhood and adolescence. Chichester: John Wiley and Sons, 1993.
- SPITZ R. Anaclitic depression. The Psychoanalytic Study of the Child 1946,2:313-42.
- SPITZ R. The First Year of Life. New York: International Universities Press, 1965.
- FREUD A, BURLINGHAM D. Infants Without Families. New York. International Universities Press, 1944.
- NAGERA H. Children's Reactions to the Death of Important Objects. The Psychoanalytic Study of the Child 1970,25:360-400.
- BOWLBY J. Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. The Psychoanalytic Study of the Child 1960,15:9-52.
- BOWLBY Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books,1980.
- FURMAN RA. Death and the Young Child. The Psychoanalytic Study of the Child 1964,19:321-33.
- DOZIER M, STOVALL KC, ALBUS KE. Attachment and Psychopathology in Adulthood. In: Cassidy J Shaver PR eds. Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications. New York The Guilford Press.1999,497-519
- PETERSEN AC, COMPAS BE. Brooks-Gunn J Stemmler M Ey S Grant KE Depression in adolescence. American Psychologist 1993,48:155-68.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition.Text revision. Washington DC. American Psychiatric Association. 2000.
- FOLNEGOVIĆ ŠMALC V. (ur.). MKB-10 - Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Medicinska naklada, Zagreb, 1999.
- JEFFERY DA, SAVA DB, WINTERS NC Depressive disorders. In: Cheng K, Myers KM eds. Child and Adolescents Psychiatry The Essentials. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins 2005,169-210.
- BIRMAHER B, RYAN ND, WILLIAMSON DE i sur. Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years. Part I. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1996,35:1427-39.
- BRENT DA, WEERSING VR. Depressive Disorders. In: Martin A Volkmar FR eds. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, Philadelphia. Wolters Kluwer. Lippincott Williams and Wilkins, 2007 pp.503-13.
- CRADDOCK N, O'DONOVAN MD, OWEN MJ. The genetics of schizophrenia and bipolar disorder:dissecting psychosis. Jurnal of Medical Genetics 2005,42:193-204.
- BIRMAHER B BRENT DA. Depression and dysthymia. In: Dulcan MK: Dulcan's Textbook of Child and Adolescent psychiatry. Washington DC American Psychiatric Press. 2010, pp.261-78
- EMSLIE GJ, HEILIGENSTEIN JH, WAGNER KD i sur. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents:a placebo-controlled, randomized clinical trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002,41:1205-15.

19. KELLER MB, RYAN N, STROBER M i sur. Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001,40:762-72.
20. Treatment for Adolescents With Depression Study Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004,292:807-20.
21. WEISZ JR, McCARTY CA, VALERI SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2006 Jan;132(1):132-49.
22. CURRY J, ROHDE P, SIMPNS A i sur. Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2006,45:1427-39.
23. KENNARD B, SILVA S, VITIELLO B i sur. Remission and residual symptoms after short-term treatment in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2006,54:1404-11.
24. GOODYER IM, HARRINGTON R, BREEN S i sur. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive-behavior therapy in adolescents with major depression: randomized controlled trial. *BMJ* 2007,335:142-46.
25. MELVIN GA, TONGE BJ, KING NJ i sur. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline and their combination for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2006,45:1151-61.
26. CLARKE G, DEBAR LYNCH F i sur. A randomized effectiveness trial of brief cognitive-behavioral therapy for depressed adolescents receiving antidepressant medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005,44: 888-98.
27. ROSSELLO J, BERNAL G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999,67:734-45.

Adresa za dopisivanje:

*Prof. dr. sc. Vlasta Rudan, dr. med.
Klinika za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu
KBC Zagreb
10000 Zagreb, Šalata 4
e-mail: vlasta.rudan@inantro.hr*

Primljeno / Received

15. 03. 2010.
March 15, 2010

Prihvaćeno / Accepted

23. 03. 2010.
March 23, 2010

Izmjereno 6500 korisnika



www.plivamed.net

Recept stručnog usavršavanja

- bogatstvo stručnih vijesti i referenci
- on line testovi
- besplatni pristup na harrison principles...
- interaktivno pretraživanje stručnih časopisa
- kompletna baza HZZO...