

SVA LICA DJEČJE DEPRESIJE - HETEROGENOST KLINIČKE SLIKE DEPRESIJE U DJECE I ADOLESCENATA

VLATKA BORIČEVIĆ MARŠANIĆ^{1,2}, IVA ZEČEVIĆ¹, NELA ERCEGOVIĆ¹, LJUBICA PARADŽIK¹, VESNA GRGIĆ³

Dječja depresija je heterogeni poremećaj s različitim kliničkim manifestacijama. Depresiju, kao i ostale psihičke poremećaje u djetinjstvu i adolescenciji nužno je promatrati u kontekstu maturacijskih i razvojnih procesa. U kliničkoj slici prisutne su dobno uvjetovane specifičnosti, uz češće iritabilno raspoloženje, somatizacije, odstupanja u ponašanju, agresiju, hiperaktivnost, školski neuspjeh, konzumiranje droga i alkohola. Rana identifikacija i efikasan tretman nužni su kako bi se smanjio negativan utjecaj depresije na socijalno, obrazovno i obiteljsko funkcioniranje mladih, rizik za suicida, zlouporabu psihoaktivnih tvari i perzistiranje depresivnih poremećaja u odrasloj dobi. U radu su prikazane karakteristične manifestacije depresije obzirom na dob djece i različite kliničke slike u djece i adolescenata.

Deskriptori: DEPRESIJA, DJECA, ADOLESCENTI, KLINIČKA SLIKA

Skraćenice:

DSM-5 - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje 5; MKB-10 - Međunarodna klasifikacija bolesti; KBT - Kognitivno-bihevioralna terapija; SIPPS - Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

UVOD

Depresivni poremećaji su skupina poremećaja koje obilježavaju promjene u raspoloženju koje može biti sniženo, tužno ili iritabilno, ali i u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama (psihomotorika, kognicija, voljne i vegetativne funkcije) uz oštećenje školskog, socijalnog i obiteljskog funkcioniranja (1).

Postojanje depresije u djece dugo se osporavalo što se objašnjavalo nezrelom strukturom ličnosti. Međutim, učestali opisi djece koja su manifestirala tugu,

iritabilnost, promjene koncentracije, apetita i spavanja uz suicidalne ideje i ponašanja su potaknuli interes dječjih psihijatarata za ovu dijagnozu u djece. Depresija je prvi puta 1971. godine priznata poremećajem od strane europskih dječjih psihijatarata sa značajnom učestalošću u djece i adolescenata (2).

Klinička depresija, kao i subklinički oblici depresije u djece i adolescenata povećavaju rizik za depresiju u odrasloj dobi i nepovoljne psihosocijalne ishode uključujući psihijatrijske hospitalizacije, nezaposlenost, pokušaje suicida i počinjeni suicid (3). Stoga je važno prepoznati ovaj ozbiljan psihički poremećaj što ranije kako bi se pravovremeno započelo liječenje. Međutim, dijagnosticiranje depresije u djece i adolescenata može biti vrlo zahtjevno zbog heterogenosti i specifičnosti kliničke slike u odnosu na odraslu dob.

Djeca ne mogu verbalno izraziti svoja unutarnja emocionalna stanja, pa tako depresija predstavlja jedan od najčešćih neprepoznatih i neliječenih problema mentalnog zdravlja (1). Neprepoznata i neliječena depresija u djece i adolescenata može imati tragične posljedice, jer je povezana s rizikom od samoubojstva.

Stopa samoubojstava među tinejdžerima porasla je tri puta u posljednjih 50 godina, te suicid je postao drugi uzrok smrti u dobnoj skupini od 15 do 19 godina nakon nesreća (4).

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 5 izdanje, (DSM-5) u depresivne poremećaje ubraja: Veliki depresivni poremećaj (jedna epizoda i ponavljajući), Perzistentni depresivni poremećaj (distimija), Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, Premenstrualni disforični poremećaj, Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekom, Depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja i Drugi specificirani i nespecificirani depresivni poremećaj (mala ili subsindromalna depresija) (5).

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti-10 (MKB-10) i DSM-5 klasifikaciji za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja kod djece i adolescenata primjenjuju se isti dijagnostički kriteriji kao i za odrasle, usprkos tome što se vodeći simptomi mijenjaju s dobi djeteta, neki simptomi su vrlo česti kod djece (tjelesne pritužbe, iritabilnost i socijalno povlačenje), a neki se javljaju rijetko (psihomotorna retardacija) (5, 6). U Tablici 1

¹Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb

²Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Osijek

³Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb, Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Dr. sc. Vlatka Boričević Maršanić, dr. med.

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež

10000 Zagreb, Ulica I. Kukuljevića 11

E-mail:

vlatka.boricevic.marsanic@djecja-psihijatrija.hr

Tablica 1.

Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece - uvjetovane djetetovim fizičkim, kognitivnim, emocionalnim i socijalnim razvojnim stadijima

Simptomi depresije	
Odrasli	Djeca i adolescenti
Sniženo, depresivno raspoloženje	Iritabilno, hirovito raspoloženje, povećana plačljivost, raspoloženje, izostanak doživljaja sreće, ljutnja, jaki izljevi bijesa pri minimalnim podražajima
Smanjen interes i uživanje u ranije ugodnim aktivnostima	Osjećaj dosade, gubitak interesa za igru, sport napuštanje ranije ugodnih aktivnosti
Značajni gubitak ili porast tjel. težine	Nemogućnost postizanja razvojno očekivane težine; kod adolescenata često prejedanje i porast tjel. težine
Nesanica ili prekomjerno spavanje	Promjene obrasca spavanja, uspavljivanja, odbijanje jutarnjeg buđenja ili rano jutarnje buđenje
Psihomotorna retardacija ili agitacija	Poteškoće mirovanja, izdržavanja mirnog sjedenja, stalno koračanje ili naglašena usporenost s oskudnim spontanim pokretima
Umor ili gubitak energije	Stalan umor, osjećaj "niske energije", "lijenosti"
Smanjena sposobnost koncentriranja i donošenja odluka	Pad učinkovitosti u školi zbog smanjene motivacije, sposobnosti koncentracije, čestih izostanaka
Nisko samopoštovanje, osjećaj krivnje	Izjave "nitko me ne voli, svi me mrze, glup sam", beznadežnost, samokritičnost, okrivljavanje sebe za događaje koji su izvan vlastite kontrole
Povratne suicidalne ideje ili ponašanje	Učestala razmišljanja i pričanje o smrti, pisanje o smrti, darivanje omiljenih stvari i igraćaka, autodestruktivno ponašanje Somatske pritužbe kod 70% oboljelih: glavobolja, gastro - intestinalni simptomi i muskuloskeletni bolovi Bježanje od kuće Pretjerana osjetljivost na odbacivanje, socijalna izolacija, poteškoće u odnosima s vršnjacima i članovima obitelji

prikazane su razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece uvjetovane fizičkim, kognitivnim, emocionalnim i socijalnim razvojnim stadijima.

Osnovno obilježje *Velikog depresivnog poremećaja* je jedna ili više depresivnih epizoda, bez anamneze maničnih, miješanih ili hipomaničnih epizoda. Depresivna epizoda podrazumijeva razdoblje od najmanje 2 tjedna trajno depresivnog, žalosnog ili razdražljivog raspoloženja i/ili gubitka interesa i zadovoljstva u gotovo svim aktivnostima (anhedonije), uz najmanje pet od sljedećih simptoma: promjene apetita sa značajnim gubitkom ili povećanjem tjelesne težine, tj. kod djece nepostizanje za dob očekivanog razvoja tjelesne težine, nesanica ili hipersomnija gotovo svakog dana, psihomotorna agitacija ili retardacija, umor ili gubitak energije, osjećaj bezvrijednosti ili velike i neodgovarajuće krivnje, smanjena sposobnost mišljenja, koncentracije ili neodlučnost, povratno razmišljanje o smrti, ponavljajuće samoubilačke ideje bez specifičnog

plana, pokušaji samoubojstva ili specifični plan za izvršenje samoubojstva. Radi se o promjeni u odnosu na raniji model funkcioniranja, značajne poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju. Simptomi nisu posljedica neposrednog fiziološkog učinka psihoaktivne tvari ili općeg zdravstvenog stanja.

Perzistentni depresivni poremećaj (distimija) karakterizira kronično iritabilno ili depresivno raspoloženje koje traje veći dio dana, više dana no što nije prisutno tijekom perioda od godine dana, uz prisutnost barem dva od sljedećih simptoma: slab apetit ili pretjerano uzimanje hrane, nesanica ili hipersomnija, gubitak energije ili umor, sniženo samopoštovanje, gubitak koncentracije ili teškoće u donošenju odluka, osjećaj beznadnosti. Kod djece i adolescenata karakteristični su ljutnja, anksioznost, osjećaj nevoljenosti, somatske poteškoće, sklonost samoozljeđivanju, prkosljivost, neposluh i teškoće učenja.

Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja karakterizira kronična, teška, perzistentna, razvojnoj dobi djeteta nesukladna razdražljivost, manifestirana učestalim izljevima bijesa (obično kao odgovor na frustraciju; verbalni i ponašajni; prisutni barem tri puta tjedno tijekom godine dana, u barem dva okruženja) i kroničnim, perzistentnim, razdražljivim ili ljutitim raspoloženjem između epizoda izljeva bijesa gotovo svakodnevno, veći dio dana, uočljivo od ljudi iz djetetova okruženja (5). Početak poremećaja treba biti prije 10. godine života (ne kod djece mlađe od 6 godina). Odnosi u obitelji i s vršnjacima su značajno poremećeni, a prisutan je i školski neuspjeh. Česta su opasna ponašanja, suicidalna promišljanja ili pokušaji suicida, teška agresivnost i psihijatrijske hospitalizacije. Stopa konverzije u bipolarni poremećaj je niska, a ulaskom u pubertet i u odrasloj dobi veći je rizik razvoja unipolarnog depresivnog poremećaja i/ili anksioznih poremećaja.

EPIDEMIOLOGIJA

Kod djece se s povećanjem dobi češće javljaju neraspoloženost i depresivno raspoloženje, a u skladu s tim raste i učestalost depresivnih poremećaja (7). Prema rezultatima epidemioloških istraživanja, depresija pogađa između 0,3 i 1,4% djece predškolskog uzrasta, 1 do 2% djece u periodu preadolescencije i od 3 do 8% adolescenata (8, 9). Prevalencija je jednaka u oba spola do adolescencije, kada postaje dva do tri puta veća u djevojaka u odnosu na mladiće (8, 9). Distimija se javlja kod oko 0,6% predškolaca, 0,6-4,6% preadolescenata i 1,6 do 8% adolescenata (8). Meta-analiza Costella i suradnika (10) pokazala je kako nema dokaza o povećanju prevalencije depresije u djece i adolescenata u posljednjih 30 godina te se dojam o većem broju slučajeva depresije može objasniti povećanom sviješću o poremećaju.

Oko 35 do 45% adolescenata pokazuje subkliničke simptome depresije često udružene sa simptomima zlouporabe psihoaktivnih tvari, ovisnosti, anksioznosti i rizičnog ponašanja (7). Ova skupina mladih visokorizična je za značajno psihosocijalno oštećenja, prekid školovanja, suicid i kontinuitet depresivnog poremećaja u odrasloj dobi.

ETIOLOGIJA

Depresija nastaje kao rezultat interakcija niza bioloških, psiholoških i okolinskih faktora. Od bioloških faktora najvažnije je gensko nasljeđe; nasljednost za veliki depresivni poremećaj 40-65%, stopa konkordantnosti veća je kod mono-

zigotnih nego kod dizigotnih blizanaca, dijete s jednim depresivnim roditeljem ima tri puta veći rizik za razvoj velikog depresivnog poremećaja, a između 50 i 75% adolescenata s depresijom ima majku koja boluje od depresije (11). Uz genske čimbenike smatra se da su u patofiziologiju depresije uključeni poremećaji u neurotransmitterskim sustavima (noradrenergički, serotoninergički, acetilkolinergički, gabaergerički) te neuroaktivnih peptida poput vazopresina i endogenih opijata (9, 11). Istraživanja interakcije genetskih i okolinskih čimbenika potvrdila su povezanost između polimorfizama u promotorskoj regiji gena za serotonininski transporter (5-HTTLPR) te genskog neurotrofnog čimbenika za mozak BDNF i rizika za depresiju nakon neugodnih životnih iskustava (12, 13). Djeca s metalelom za BDNF (val 66 met polimorfizam) i dva kratka alela za 5-HTTLPR imala su najviše rezultate na skalama depresije, ali su se ta dva genotipa pokazala kao vulnerabilni faktori za depresiju samo kod zlostavljane djece (14).

U psihološke čimbenike za razvoj depresije ubrajaju se karakteristike temperamenta kao što je bihevioralna inhibicija (sklonost povlačenju, negativnim emocijama ili izrazitoj pobuđenosti autonomnog živčanog sustava kod izlaganja novim situacijama), negativni kognitivni stil (negativno viđenje sebe, svijeta i budućnosti), naučena bespomoćnost, deficit samokontrole, odnosno samoprocjene i samopotkrepljenja, te deficit socijalnih vještina (1, 9).

Okolinski čimbenici koji povećavaju rizik za depresiju su stresni životni

dogadjaji, zlostavljanje, zanemarivanje, značajni gubici, razvod roditelja (1, 9). Osim toga, u obiteljima depresivne djece i adolescenata nađeno je više konflikata, manje emocionalne topline i podrške, uz pretjeranu kritičnost i krutost, loš odnos roditelj-dijete (15).

Važno je istaknuti da doprinosi pojedinih čimbenika u razvoju depresije variraju s obzirom na spol i dob djeteta što naglašava važnost ranih intervencija i strategija prevencija usmjerenih na psihološke i okolinske rizične čimbenike (11).

KLINIČKA SLIKA

Dječja depresija je heterogeni poremećaj s različitim kliničkim manifestacijama. Depresiju, kao i ostale psihičke poremećaje u djetinjstvu i adolescenciji nužno je proučavati u kontekstu maturacijskih i razvojnih procesa koji determiniraju kliničku sliku depresije s dominirajućom simptomatologijom karakterističnom za svaki period odrastanja (16). U Tablici 2 prikazani su simptomi depresije ovisno o dobi djeteta.

Rano djetinjstvo

Na mogućnost depresivnog poremećaja kod djeteta u dobi do 3. godine (tzv. anaklitička depresija) upozoravaju naglašeno oskudno plakanje, tužan izgled, oskudna motorička aktivnost, manjkav rast i razvoj, poremećaj apetita i spavanja, nedostatak uživanja u razvojno očekivanim aktivnostima te manjkav socijalni interes.

Tablica 2.
Simptomi depresije ovisno o dobi djeteta

Dijete do 3. godine (anaklitička depresija)	Predškolska dob	Školska dob	Adolescencija
Tužno ili bezizražajno lice, oskudno plakanje, iritabilnost, usporena motorika ili hiperaktivnost, nesudjelovanje u igri, problemi hranjenja i spavanja, problemi vezivanja, separacijski strah usporen psihomotorni razvoj	Iritabilnost, hirovitost, tužan izraz lica, odsutnost osmijeha, plačljivost, izljevi bijesa, siromaštvo kontakata, nesudjelovanje u igri ili destruktivnost, anhedonija, problemi hranjenja i spavanja, sklonost nezgodama, nisko samopoštovanje, smetnje koncentracije, separacijski strah, pavor nocturnus, somatizacije, jaktacija, enureza, enkopreza, zaostajanje u rastu i razvoju	Iritabilnost, plačljivost, hirovitost, neveselost, siromaštvo socijalnih kontakata, opadanje interesa, nisko samopoštovanje, smetnje koncentracije, problemi učenja, odbijanje škole, školska fobija, somatske smetnje, nezadovoljstvo životom, suicidalne misli (rijetko pokušaji), problemi hranjenja i spavanja	Tmurno raspoloženje, jadikovanje, anhedonija, depresivno opisivanje sebe, psihomotorna usporenost, problemi hranjenja i spavanja, osjećaj beznadnosti i krivnje, apatija, socijalno povlačenje, smetnje koncentracije, anksiozni sindromi, somatizacije, zlouporaba supstanci, promiskuitet, suicidalnost

Predškolska dob

Najčešća klinička manifestacija depresije u predškolskoj dobi su tjelesni simptomi poput bolova (glavobolje ili trbobođe), umora i vrtoglavice koje su prisutni u oko 70% djece s depresijom (17). Uz tjelesne simptome često su prisutni anksioznost (osobito separacijska anksioznost), fobije, psihomotorni nemir ili hiperaktivnost, razdražljivost, gubitak apetita uz poteškoće u postizanju razvojno očekivane težine te problemi sa spavanjem. Nešto rjeđe se javljaju: enureza i enkoporeza, tužan izraz lica, plačljivost te agresivna i destruktivna ponašanja. Uživanje u igri ili pohađanju vrtića se smanjuje ili nestaje, a dijete ne stječe dobnu primjerenu socijalne vještine (17). Iako većina autora smatra kako u ovom periodu nema suicidalnih razmišljanja i namjera, Shaffi i Shaffi (18) ističu kako se autodestruktivno ponašanje u vidu čestog i jakog udaranja glavom, grizenja sebe, gutanja opasnih predmeta i sklonosti nezgodama može smatrati ekvivalentom suicidalnosti kod manje djece.

Školska dob

Djeca školske dobi depresivno raspoloženje mogu verbalno izraziti, a obično ga opisuju kao tugu, razdražljivost ili dosadu. Doimaju se tužnima, lako se rasplaču, apatični su, umorni, izolirani, u školi su neuspješni, što može rezultirati izbjegavanjem škole. Mogu se javiti separacijska anksioznost, fobije i želja za smrću. Često se žale na slabu koncentraciju, tjelesne simptome, gubitak težine i nesanicu. Nemogućnost postizanja zadovoljstva, slabi odnosi s vršnjacima i nisko samopoštovanje uz opisivanje sebe kao glupog, blesavog ili nepopularnog također može biti prisutno. Često nastavnici prvi primijete promjene na depresivnom djetetu.

Preadolescentna depresija javlja se najčešće u dva oblika. Češće dolazi u komorbiditetu s problemima u ponašanju, odsutnošću pozitivnog herediteta za depresiju, ali zato kriminalitetom i zlouporabom supstancija kod roditelja; tijekom nalikuje onom kod poremećaja ponašanja, nema povećanog rizika za ponavljanje depresije u odrasloj dobi. Drugi oblik preadolescentne depresije je rjeđi, karakterizira ga visoka obiteljska zastupljenost depresije pa se može reći da dolazi do multi-generacijskog širenja depresije s visokim stopama anksioznosti i bipolarnog poremećaja te ponavljanja depresije u adolescenciji i odrasloj dobi.

I u predškolskoj i u školskoj dobi depresija se može prepoznati i u sadržajima kojima je dijete okupirano u maštanju, željama, snovima, igrama među kojima često dominiraju teme neuspjeha, frustracije, uništavanja, ozljeda, gubitka i napuštanja, krivnje, samokritiziranja i smrti (18).

Adolescencija

Iako se depresija u adolescenciji često manifestira sličnim simptomima kao kod odraslih, mogu biti prisutne fenomenološke karakteristike tipične za adolescenciju. Depresivni adolescenti nisu uvijek tužni, prvenstveno se doimaju razdražljivima i nestabilnima, a često mogu imati burne emocionalne reakcije i ispade bijesa (Bahls, 2002.). Više od 80% adolescenata iskazuje gubitak energije, apatiju i gubitak interesa u značajnoj mjeri, psihomotornu retardaciju, osjećaj beznadnosti i krivnje, poremećaj spavanja, osobito pretjerano spavanje, promjene u apetitu i težini, izoliranost i teškoće s koncentracijom. Ostali simptomi karakteristični za ovu dob su slab školski uspjeh, sniženo samopoštovanje,

suicidalna razmišljanja i namjere te ozbiljni problemi s ponašanjem, pogotovo zlouporaba alkohola i droga (1). Razvoj apstraktnog mišljenja od oko 12. godine na dalje omogućuje razumijevanje pojma smrti pa u skladu s tim i suicidalne ideje dobivaju dodatnu težinu, a beznadnost i očaj odražavaju se u dramatično povećanom broju pokušaja i izvršenih suicida u adolescenciji.

Djevojke se češće žale na simptome poput žalosti, osjećaja praznine, dosade, ljutnje i anksioznosti. Obično su više zabrinute vršnjačkim odnosima, manje zadovoljne izgledom, savjesnije i niže samopoštovanja u odnosu na mladiće koji se češće žale na osjećaj prijezira i pokazuju opozicionalnost i smetnje ponašanja u vidu markiranja, bježanja od kuće, fizičkog nasilja, krađa i zlouporabe sredstava ovisnosti (16). Sklonost alkoholu može predstavljati značajan indikator depresije u mladima.

Obično je sam adolescent najbolji izvor informacija o svojim depresivnim patnjama, a njegovi prijatelji i kolege iz razreda najlakše primijete promjene uzrokovane patologijom. U ovoj dobi, za razliku od ranije, roditelji i nastavnici obično nisu svjesni depresije kod svoje djece i učenika.

Tipovi depresije u djece i adolescenata

Prema prevladavajućoj simptomatologiji možemo razlikovati nekoliko tipova, odnosno kliničkih slika depresije: klasičnu, somatsku, razdražljivu i atipičnu. Karakteristični simptomi za svaku od kliničkih slika navedeni su u Tablici 3.

Klasična klinička slika najlakše je prepoznatljiva jer je prezentirana simptomima koji su slični kao kod odraslih:

Tablica 3.
Tipovi depresije/kliničke slike prema prevladavajućoj simptomatologiji

Klasična	Somatska	Atipična	Razdražljiva
Usporenost, gubitak energije, gubitak apetita, nesanica, žalostan izgled, govor monotonim glasom, usamljenost, žale se na dosadu, nemaju zadovoljstva, česti strahovi, loša koncentracija i školski uspjeh, česte somatske pritužbe, nisko samopoštovanje, beznadnost,	Bolovi u trbuhu ili raznim dijelovima tijela, glavobolje, astma, tahikardija, konverzivne reakcije, smetnje spavanja, promjene u apetitu, manjak energije i umor	Pretjerano spavanje, povećan apetit, osjetljivost na odbijanje, letargija	Razdražljivost, nemir, problemi ponašanja - suprotavljanje, agresija, kršenje pravila, otpor prema autoritetima, izljevi bijesa, nesposobnost suočavanja s najmanjom nelagodnom

psihomotorna usporenost, gubitak energije i apetita, nesanica, žalostan izgled, usamljenost, nedostatak zadovoljstva, strahovi, nisko samopoštovanje, beznadnost.

Klinička slika depresije s dominacijom somatskih simptoma najčešće uključuje: bolovi u trbuhu ili raznim dijelovima tijela, glavobolje, tahikardija, konverzivne reakcije, smetnje spavanja, promjene u apetitu, manjak energije i umor.

U kliničkoj slici djece najčešća promjena raspoloženja je iritabilnost (9, 18). Depresivno dijete nesposobno je tolerirati frustracije i odgovara na najmanju provokaciju ispadima ljutnje. Iritabilno raspoloženje je obično češće uočljivo kod kuće nego u drugim okruženjima. Razdražljiva klinička slika često se može vidjeti i kod adolescenata. Ova klinička prezentacija depresije često se krivo dijagnosticira kao poremećaj ponašanja.

Kod adolescenata se ponekad depresivna epizoda manifestira atipičnim obilježjima: reaktivnost u raspoloženju, povećan apetit ili primjetnog porasta tjelesne težine, hipersomnije koja može uključivati produžena razdoblja noćnog spavanja, olovne paralize koja se definira kao osjećaj težine, olovnosti ili umora, obično nogu ili ruku te dugotrajnog modela izrazite osjetljivosti na odbacivanje od drugih ljudi što dovodi do značajnog socijalnog ili akademskog funkcioniranja (1, 9).

KOMORBIDITET

Kliničke i epidemiološke studije pokazuju da 40 do 70% djece i adolescenata s depresijom ima još jedan psihički poremećaj (1). Najčešći komorbidne dijagnoze su anksiozni poremećaj, zlouporaba sredstava ovisnosti, poremećaji ponašanja koji se može nastaviti nakon što depresivna epizoda prođe, ADHD, poremećaj osobnosti, osobito granični poremećaj osobnosti te teškoće učenja.

Prisutnost drugog psihičkog poremećaja uz depresiju povezana s duljim trajanjem depresivne epizode, lošijim odgovorom na terapiju, većim brojem pokušaja suicida, oštećenjem funkcioniranja, rizikom od relapsa i ponavljanja

epizoda, manjim korištenjem psihijatrijske skrbi (1, 9).

KLINIČKI TIJEK I PROGNOZA

Prosječno trajanje velike depresivne epizode u djece i adolescenata je 7-9 mjeseci. 90% bolesnika se oporavi unutar 18 mjeseci, a 50% doživi relaps. U 40% bolesnika dolazi do ponavljanja epizode unutar 2 godine, u 70% unutar 5 godina, dok kod 6-10% bolesnika depresija ima kronični tijek (1).

Neliječena depresija rezultira mnogim komplikacijama u djetetovom obrazovnom, interpersonalnom i obiteljskom životu, povećava rizik za suicidalnost, zlouporabu tvari, probleme sa zakonom, izloženost negativnim životnim događajima, tjelesnim bolestima, ranoj trudnoći (19).

DIJAGNOZA I DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

Dijagnostička procjena uključuje: klinički intervju (dijete, roditelj, ev. drugi izvori informacija), primjenu dijagnostičkih instrumenata i mjernih skala, procjenu suicidalnosti, prisutnost potencijalnih rizičnih čimbenika, procjenu komorbidnih stanja te fizički pregled i laboratorijske pretrage. Poteškoće u dijagnosticiranju depresivnog poremećaja kod djece proizlaze iz ograničenih kognitivnih i verbalnih sposobnosti mlađe djece u prepoznavanju i razumijevanju svojih unutarnjih emocionalnih stanja. Karakteristična je i česta nepodudarnost podataka dobivenih od roditelja i djeteta.

Kod diferencijalne dijagnoze treba uzeti u obzir širok spektar medicinskih (hipotireoza, anemija, nuspojave lijekova kao što su kortikosteroidi, β -blokatori, i dr.) i psihijatrijskih stanja: bipolarna depresija, zlouporaba supstanacija, anksiozne poremećaje, poremećaj prilagodbe, poremećaje hranjenja, poremećaje ponašanja, prodromalne simptome shizofrenije, ADHD, tjelesne bolesti i medikamente (1).

LJEČENJE

Cilj liječenja depresije u djece i adolescenata je, kao i kod odraslih, uklanjanje simptoma i postizanje potpune re-

misije, prevencija recidiva, ublažavanje dugotrajnog morbiditeta i unapređenje rasta i razvoja djeteta (20). Svakom djetetu se pristupa individualno, što znači da odluka o načinu liječenja ovisi o dobi djeteta, kognitivnom razvoju, rizičnim i zaštitnim čimbenicima (psihijatrijski hereditet, temperament djeteta, stresni životni događaji i sl.), jačini i podtipu depresije, preferencijama djeteta i roditelja za pojedini oblik liječenja. Plan liječenja mora uključivati pružanje sigurnosti, odnosno hospitalizaciju, osobito u slučaju suicidalnosti. U tretmanu je potreban multimodalni pristup, a on obuhvaća psihoedukaciju, psihoterapiju te u težim slučajevima i farmakoterapiju (20).

Psihoedukaciju treba provesti s roditeljem/skrbnikom i s djetetom o simptomima, njihovim posljedicama, prognozi, trajanju tretmana. Važno je pomoći djetetu kako da se nosi s depresivnim raspoloženjem i povećati mu motivaciju za tretman.

Psihoterapijske tehnike koje se najčešće primjenjuju su kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), obiteljska terapija, suportivna, psihodinamski orijentirana (individualna i grupna) (1). KBT se pokazala najefikasnijom i smatra se se terapijom izbora za blagu i umjerenu depresiju kod djece i adolescenata, što potvrđuju i mnoge meta-analize (21). Kod teške depresije obično se kombiniraju psihoterapija i psihofarmakološki tretman (20).

Obiteljska terapija i terapija para roditelj-dijete posebno su važne kod djece predškolske i školske dobi, jer se medikamenti u toj dobi primjenjuju izuzetno rijetko (1). Svaki oblik tretmana mora uključivati i liječenje komorbidnih poremećaja.

Prema novijim istraživanjima o učinkovitosti i sigurnosti u primjeni antidepresiva kod djece i adolescenata antidepresiv prvog izbora je fluoksetin (20, 22). Učinkovitost kombinirane primjene fluoksetina i KBT je bolja kod umjerene depresije, nego svakog tretmana pojedinačno (20). Escitalopram je odobren za liječenje depresije u adolescenata (20). Od ostalih selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS) učinkovi-

tim su se pokazali citalopram i sertalin kod djece između 6 i 17 godina (20, 22).

Liječenje se odvija u tri faze: akutna faza (8-12 tjedana) s ciljem uklanjanja simptoma, kontinuirana faza (6-12 mjeseci) s ciljem konsolidacije terapijskog odgovora i sprečavanja relapsa, i faza održavanja (1-3 godine) s ciljem izbjegavanja pojave nove depresivne epizode kod mladih koji su imali više depresivnih epizoda (3 i više nekomplikiranih ili 2 i više komplikiranih epizoda). Rezistentnost na farmakoterapiju zapaža se kod 30 do 40% mladih, a u tim se slučajevima preporuča nastavak liječenja drugim SIPPS uz psihoterapiju, upotreba antidepressiva druge linije (venlafaksine, bupropion, mirtazapin, nefazodon, duloxetin), ponovno razmatranje dijagnoze, komorbidnih poremećaja, obiteljskog funkcioniranja, negativnih životnih događaja ili nesuradljivosti u liječenju (23).

Zaključak

Dječja depresija je heterogeni poremećaj s različitim kliničkim manifestacijama od kojih neka ne moraju biti lako prepoznatljiva. Točna procjena depresije i drugih simptoma koji se obično javljaju u komorbiditetu, procjena oštećenosti funkcioniranja, suicidalnosti te rizičnih i zaštitnih čimbenika neophodni su za odabir tretmana. Psihoterapija, a u slučajevima teške depresije psihofarmakološke intervencije u kombinaciji s psihoterapijom, pokazuju se najučinkovitijima. Obzirom na posljedice koje depresija ima na dijete ili adolescenta te na obitelj i širu zajednicu, važno je istaknuti kako rano prepoznavanje i rane intervencije trebaju biti od posebnog značaja za tretman ovog ozbiljnog poremećaja.

NOVČANA POTPORA/FUNDING

Nema/None

ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL

Nije potrebno/None

SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST

Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./ All authors have completed the *Unified Competing*

Interest form at www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.

LITERATURA

1. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35: 1427-39.
2. Malmquist CP. Depressions in Childhood and Adolescence. *N Engl J Med*. 1971; 284: 887-93.
3. Jonsson U, Bohman H, von Knorring L, Olsson G, Paaren A, von Knorring AL. Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *J Affect Disord*. 2011; 130 (3): 395-404.
4. Svjetska zdravstvena organizacija. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>
5. Američka psihijatrijska udruga (ur. hrv. izdanja V. Jukić, G. Arbanas) DSM-5: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
6. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (10. revizija). Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
7. Wesselhoeft R, Sørensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N. Subthreshold depression in children and adolescents - a systematic review. *J Affect Disord*. 2013; 151: 7.
8. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60: 837-44.
9. Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006; 15: 827-41.
10. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47: 1263-71.
11. Lau JYF, Eley TC. Changes in genetic and environmental influences on depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Br J Psychiatry*. 2006; 189: 422-7.
12. Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J et al. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 529-35.
13. Strauss J, Barr CL, George CJ et al. Brain-derived neurotrophic factor variants are associated

with childhood-onset mood disorder: confirmation in a Hungarian sample. *Mol Psychiatry*. 2005; 10: 861-67.

14. Kaufman J, Yang B-Z, Douglas-Palumberi H et al. Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biol Psychiatry*. 2006; 59: 673-80.
15. Oldehinkel AJ, Veenstra R, Ormel J, et al. Temperament, parenting, and depressive symptoms in a population sample of preadolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47: 684-95.
16. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence. *Psychol Bull* 1994; 115 (3): 424-43.
17. Goodyer IM. Physical symptoms and depressive disorder in childhood and adolescence. *J Psychosom Res*. 1996; 41 (5): 405-8.
18. Shafii M, Shafii SL. Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. In: Shafii M, Shafii SL, editors. *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Press; 1992; 3-42.
19. Jaycox LH, Stein BD, Paddock S et al. Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. *Pediatrics*. 2009; 124 (4): 596-605.
20. Vitiello B. Treatment of adolescent Depression: what we have come to know. *Depress Anxiety*. 2009; 26: 393-5.
21. Reinecke MA, Ryan NE, Dubois DL. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 26-34.
22. Vasa RA, Carlino AR, Pine DS. Pharmacotherapy of depressed children and adolescents: current issues and potential directions. *Biol Psychiatry*. 2006; 59: 1021-8.
23. Brent D, Emslie G, Clarke G i sur. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*. 2008; 299: 901-13.

Summary

VARIOUS FACES OF CHILDHOOD DEPRESSION - HETEROGENEITY OF CLINICAL PRESENTATIONS OF DEPRESSION
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

V. Boričević Maršanić, I. Zečević, N. Ercegović, Lj. Paradžik, V. Grgić

Depression in childhood and adolescence is a heterogeneous disorder with different clinical manifestations. Depression, like other mental disorders in childhood and adolescence, should be considered within maturational and developmental processes. Clinical presentation includes age specific symptoms, frequent irritability, somatizations, behavioral aberrations, aggression, hyperactivity, poor school achievement, and alcohol and drug abuse. Early identification and effective treatment are crucial in reducing the negative impact of depression on social, school and family functioning of young people, risk for suicide, substance abuse and persistence of the disorder into adulthood. This paper presents age specific manifestations of depression and different clinical presentations of depression in children and adolescents.

Descriptors: DEPRESSION, CHILDREN, ADOLESCENTS, CLINICAL PRESENTATIONS

Primljeno/Received: 18. 2. 2016.

Prihvaćeno/Accepted: 19. 3. 2016.