

SOUČASNÝ POHLED NA DĚTSKOU A ADOLESCENTNÍ DEPRESI

MUDr. Iva Dudová

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Přehledový článek se zabývá dětskou a adolescentní formou depresivní poruchy. Juvenilní deprese je závažná recidivující porucha se sociálními následky, často vedoucí ke společenské izolaci, zatížená vysokým rizikem sebevraždy. Její diagnostika a léčba je obtížnější než u dospělých pacientů. Krátce je shrnuta klasifikace, epidemiologie, etiologie, diferenciální diagnostika, průběh a prognóza juvenilní deprese. Více rozpracován je klinický obraz deprese typický pro předškolní, školní a adolescentní věk. Je zmíněna vysoká komorbidita dětské deprese, jako příklad je uvedena komorbidita deprese a diabetu. Zvýšená pozornost je věnována farmakoterapii deprese dětí a adolescentů, zejména postavení antidepressiv typu SSRI a současným doporučením pro bezpečnou a efektivní terapii. S ohledem na klinickou zkušenost a na mezinárodní pedopsychiatrická doporučení zůstávají jako léky první volby v této indikaci SSRI. Článek je doplněn kazuistickou ilustrací.

Klíčová slova: deprese, dětský a adolescentní věk, antidepressiva, SSRI.

CONTEMPORARY VIEW ON CHILD AND ADOLESCENT DEPRESSION

An overview article deals with child and adolescent form of depressive disorder. Juvenile depression is a severe recurrent disorder with social consequences often leading to social isolation. Suicide risk is substantially increased. Diagnostics and treatment of juvenile depression is more difficult than in adult depression. A brief overview of classification, epidemiology, etiology, differential diagnostics, course, and prognosis is given. Differences in clinical pictures of preschool, school and adolescent depression are described. High frequency of comorbid diagnoses in juvenile depression is mentioned, with an example of comorbidity of depression and diabetes. Last part of the article summarizes pharmacotherapy of child and adolescent depression. Special attention is focused on SSRI antidepressants and on contemporary recommendations for safe and effective therapy. With respect to international pedopsychiatric experiences, SSRIs remain the leading drugs in this indication. The article is supplemented by a case illustration.

Key words: depression, childhood, adolescence, antidepressants, SSRI.

Psychiat. pro Praxi, 2007; 1: 29–31

Úvod

Juvenilní deprese byla až do 70. let 20. století neuznávanou diagnostickou jednotkou. Věřilo se, že děti nemohou kvůli nezralým osobnostním strukturám zažívat extrémní, patologické náladu (9). Navíc společnosti, včetně lékařské, se obtížně přiznávalo, že děti mohou být depresivní a suicidální, protože dětství bývá spojováno s prožíváním radosti, nedostatkem starostí a žádnými povinnostmi. Dnes již máme přesvědčivé důkazy o výskytu afektivních poruch včetně deprese i u dětí a adolescentů, jejich diagnostika a léčba je však obtížnější než u dospělých. Juvenilní a dospělá varianta deprese se může lišit příznaky, klinickým obrazem, průběhem i reakcí na léčbu.

Klasifikace deprese

Klasifikační systém MKN-10 nevyčleňuje samostatná kritéria pro poruchy náladu u dětí a adolescentů, diagnostické kategorie jsou tak až na výjimky sdíleny s obecnou dospělou populací. MKN-10 rozeznává **depresivní poruchu** a specifikuje, zda se jedná o první ataku či periodický výskyt onemocnění. Depresivní porucha se dělí podle závažnosti na lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky. Takto jasně definované formy se vyskytují vzácně před sedmým rokem věku (11), běžně se s nimi setkáváme až v adolescenci. Toto

rozdělení platí jak pro **depresi unipolární** (vyskytují se pouze depresivní stavy), tak pro **depresi bipolární** (střídání epizod deprese a mánie či hypománie). U dětí se častěji vyskytuje **depresivní reakce** v rámci poruchy přizpůsobení či jediná speciální kategorie pro dětský věk – **depresivní porucha chování**. Poruchu s typicky chronickou, roky trvající subdepresivní náladou, která začíná nejčastěji v adolescenci s výraznou sociální maladaptací v dospělosti, nazýváme **dystymie**.

Klinický obraz

Pro pochopení časné deprese je výhodné rozlišit dva typy depresivních symptomů – jednak specificky vázané na věk a jednak věkově nevázané. Depresivní příznaky shodné pro všechny věkové skupiny a typické pro děti a adolescenty uvádí

tabulka 1 (9, 15). **Děti předškolního věku trpící depresí** vypadají smutně, omezeně verbálně komunikují, působí zpomaleně, nesoustředí se, jejich zájmy a aktivity jsou omezeny a odmítají kontakty s vrstevníky. Běžně se objevuje plačtivost s bolestmi břicha (15). Jako nejvíce specifický symptom deprese v tomto věku se uvádí anhedonie, což je ztráta pocitu radosti, neschopnost radovat se ze hry nebo činnosti (10). Pro **depresi školáků** jsou typické psychosomatické příznaky, hlavně bolesti hlavy, břicha a nevolnosti. Náladu hodnotí jako špatnou, obtížně se soustředí, jsou více unavení, podráždění a úzkostní. Mají problémy ve vztazích s vrstevníky i dospělými, často se zhoršuje jejich školní výkon. Místo nechutenství se může objevit tendence k přejídání, a tím i zvýšení hmotnosti. Relativně často se u nich objevují psychotické příznaky (sluchové halucinace,

Tabulka 1. Depresivní příznaky nezávislé a závislé na věku

Všechny věkové skupiny	Předškolní děti	Děti školního věku	Adolescenti
depresivní náladu poruchy soustředění nespavost ztráta energie pocit méněcennosti nebo viny suicidální myšlenky	podrážděnost nebo smutek anhedonie plačtivost omezení aktivit a zájmů odmítání kontaktů s vrstevníky	depresivní vzhled somatizace agitace separační anxieta fobie	podrážděná náladu anhedonie pocit nudy a beznaděje změny hmotnosti poruchy chování hypersomnie abúzus návykových látek

Tabulka 2. Prevalence juvenilní deprese

předškolní děti	0,3–1 %
děti školního věku	2–4 %
adolescenti	4–8 %

bludy, paranoidita), které na rozdíl od dospělých nekoreluje s tíží deprese. Psychomotorické tempo může být zpomalené, nebo jsou děti naopak podrážděné (6, 9). **Deprese adolescentů** má již mnoho společného s depresí dospělých. Objevuje se omezení až ztráta zájmů a společenských aktivit, poruchy spánku (častěji hypersomie), změny chuti k jídlu i hmotnosti, pocity nudy a beznaděje, sebevražedné myšlenky a pokusy. Náladu často kolísá během dne, stejně jako pocity únavy. Na rozdíl od dospělých nemusí být nálada depresivní, ale pouze podrážděná. Nejtěžší forma deprese u adolescentů se projevuje psychomotorickým útlumem, anhedonií, sluchovými halucinacemi a bludy odpovídajícími náladě (6, 9).

Doposud není znám žádný specifický laboratorní test použitelný pro diagnostiku a určení stupně závažnosti deprese. U pacientů provádíme běžné laboratorní vyšetření včetně hladin hormonů štítné žlázy, toxikologické vyšetření při podezření na zneužití návykových látek, k vyloučení organického původu deprese neurologické vyšetření, EEG, CT, eventuálně MRI mozku. Důležitou součástí diagnostického procesu je vyšetření psychologické.

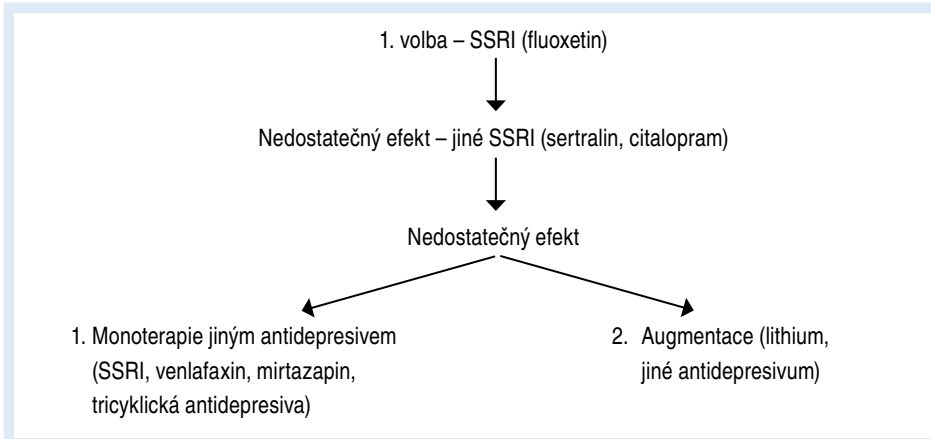
Epidemiologie a etiologie

Prevalenci deprese v dětském a adolescentním věku shrnuje tabulka 2 (6, 9). Poměr chlapců a dívek je až do puberty vyrovnán, později se deprese vyskytuje (asi dvojnásobně) více u žen. Na vzniku poruch nálady u dětí a adolescentů se podílí faktory genetické, biologické, kognitivní a vlivy prostředí. Mezi rizikové faktory patří výskyt afektivních poruch v rodině, konfliktní rodinné prostředí, nedostatečné sociální dovednosti a způsoby zvládání stresu a málo přátelských a vrstevnických vztahů. Výskyt deprese u dětí depresivních rodičů je 3–4× vyšší než v běžné populaci (6).

Diferenciální diagnóza a komorbidita

Depresivními příznaky se může vzácně manifestovat celá řada somatických poruch. Jde například o poškození a onemocnění CNS, některé endokrinní poruchy, infekční a systémová onemocnění (9). Deprese také může být zvláště u chronických tělesných onemocnění komorbidní poruchou a její záchyt a léčba mohou významně ovlivnit i průběh a terapii základního onemocnění. Screening depresivního onemocnění by měli provádět u takto nemocných dětí pediatrii (12). Například u dětských a adolescentních diabetiků je depresivní porucha

Schéma 1. Strategie léčby depresivní poruchy u dětí a adolescentů s ohledem na doporučení FDA (upraveno dle Wagnerové, 2000)



nejčastější psychiatrickou komorbiditou, vyskytuje se až u 25 % pacientů, častěji u dívek. Jako rizikové faktory deprese autoři uvádějí psychiatrické onemocnění v anamnéze, vliv rodinného klimatu, depresivní prožívání matek diabetiků, izolaci od kolektivu, opakované hospitalizace a pocity méněcennosti, u adolescentů problematiku partnerských vztahů. U diabetiků je také zvýšené riziko suicidálních pokusů pomocí manipulace s inzulinem (7).

Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit především jiné psychické poruchy. Nejčastěji jsou to úzkostné poruchy, poruchy chování, poruchy příjmu potravy a poruchy způsobené návykovými látkami (6, 9, 15). U těchto poruch je také největší riziko komorbidity s depresí. Ke komorbiditě různých psychiatrických poruch dochází u dětí a adolescentů častěji než u dospělých, v případě juvenilní deprese až u 40–70 % pacientů. U adolescentů je nutno odlišit první ataku schizofrenní poruchy, která se může projevit sociálním stažením, anhedonií, ztrátou zájmů, sluchovými halucinacemi a bludy, tj. stejnými příznaky jako těžká deprese. A konečně musíme také rozlišit běžný zármutek, který by měl vymizet nejčastěji do šesti, maximálně do dvanácti měsíců po traumatické události.

Průběh a prognóza

Průběh deprese je u dětí a adolescentů často recidivující, riziko recidivy je nejvyšší v prvním roce po proběhlé epizodě. Délka depresivní fáze je u dětí průměrně 8–13 měsíců, u adolescentů 3–9 měsíců (1). Pro srovnání – u dospělých je délka trvání depresivní fáze 3–5 měsíců. Vysoké je riziko sebevraždy, je 6–20× vyšší než v běžné populaci. Ostatně suicidium je ve věkové skupině mezi 10. a 19. rokem věku třetí nejčastější příčinou smrti (3). Ženské pohlaví, nadměrné pocity viny, předchozí epizoda deprese a rodičovská patologie jsou spojeny s horší prognózou juvenilní deprese (1). U dětí a adolescentů se častěji než u dospělých stává, že se v dalším průběhu objeví manická či hypomanická epizoda, přesmyk

do hypománie může být mylně interpretován jako porucha chování. Depresivní porucha je poté překlasičkována na bipolární afektivní poruchu, která má odlišný průběh i strategii léčby.

Terapie

Základem **farmakoterapie** deprese jsou antidepresiva. Tricyklická antidepresiva (TCA) používaná běžně v léčbě dospělých vykazují u dětí pouze účinnost srovnatelnou s placebem, jsou zatíženy výraznými nežádoucími účinky a toxicitou (5), popsána jsou i náhlá úmrtí v souvislosti s léčbou TCA (desipramin). Účinnost antidepresiv třetí generace typu SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) u juvenilní deprese byla ověřena kontrolovanými studiemi (4, 14), jejich nežádoucí účinky jsou minimální a jsou bezpečné při předávkování. O jejich oblíbenosti svědčí i nárůst užívání SSRI, jen ve Spojených státech roste spotřeba SSRI zvláště u adolescentů (2,1 % v roce 1997 versus 3,9 % v r. 2002), u dětí pod 13 let zůstává stabilní (13). I přes rozsáhlé klinické použití byla v roce 2003 zahájena významná odborná diskuze ohledně účinnosti a bezpečnosti SSRI při léčbě depresivních dětí a adolescentů, která vyústila v podrobnou analýzu výsledků publikovaných i nepublikovaných farmakologických studií. Výsledky naznačily, že rizika léčby mohou převýšit potenciální prospěch. Z preparátů typu SSRI se toto zjištění netýkalo pouze fluoxetinu, relativně příznivý profil prokázaly sertralín a citalopram (3). Strategii léčby depresivní poruchy u dětí a adolescentů uvádíme v přehledu (2).

Před nasazením antidepresiv ze skupiny SSRI v léčbě deprese u dětí a adolescentů bychom měli varovat rodiče i pacienty před zvýšeným rizikem výskytu sebepoškozování, suicidálních myšlenek a výkyvů nálad, podobná doporučení jsou také připojena na příbalových letáčích těchto antidepresiv – fluoxetinu, sertralínu, paroxetinu, fluvoxaminu, citalopramu, escitalopramu, bupropionu, venlafaxinu, nefazodonu a mirtazapinu. Důležitý je pečlivý moni-

toring pacientů – v prvních čtyřech týdnech léčby by měli být kontrolováni jednou týdně, v dalších osmi týdnech každý druhý týden (3). V evropských zemích není zatím v indikaci léčby juvenilní deprese oficiálně doporučeno žádné antidepresivum nové generace, ve Spojených státech je jediným schváleným lékem fluoxetin (8). Dávka antidepresiva by měla být titrována pomalu, v případě ukončení léčby se nemají SSRI vysazovat náhle, předcházíme tak syndromu z vysazení.

Přídavné psychotické příznaky (halucinace, bludy) léčíme i u deprese antipsychotiky, preferujeme tzv. atypická antipsychotika (například risperidon a olanzapin) zatížená nižším výskytem nežádoucích extrapyramidových účinků.

V **psychoterapii** deprese se zaměřujeme na poruchy sebehodnocení, pocity viny a zlepšení schopnosti adaptace s nácvikem sociálních dovedností. Prioritní jsou přístupy, které vedou v poměrně krátkém časovém období k výrazné úpravě depresivní symptomatiky, například kognitivně behaviorální terapie (6). U předškolních dětí se používá herní terapie, u adolescentů také interpersonální psychoterapie a u všech věkových skupin je indikována práce s rodinou ve formě rodinné terapie.

U obzvláště těžkých a farmakorezistentních forem deprese je i u dětí a adolescentů indikována elektrokonvulzivní terapie.

Kazuistická ilustrace

Anně je 15,5 roku, studuje první ročník gymnázia. Rodinná anamnéza je bez hereditární zátěže, pouze babička matky suicidovala oběšením v tíživé životní situaci. Matka byla léčena pro hypofunkci štítné žlázy. Z osobní anamnézy – porod a raný psychomotorický vývoj byl u Anny bez nápadností, prodělala běžné dětské nemoci, operace – adenotomie v 8 letech, jinak hospitalizována nebyla, není nikde sledována. Žije s rodiči a bratrem, vztahy v rodině jsou harmonické. Anna si v současnosti připadá méněcenná, ošklivá, zdá se jí, že se neumí vyjadřovat, nemá vlastní názor. Nezaslouží si dobré známky, dostává je jen ze soucitu. Kamarády nudí, diví se, že jí ještě nějaký zůstal. Opakovaně měla i sebevražedné myšlenky, zkoušela se pořežat. Podle rodičů byla Anička vždy spíše uzavřená, citlivá, ale měla řadu

zájmů, byla velmi oblíbená. Výrazně se začala měnit před rokem, stáhla se do sebe, omezila postupně všechny aktivity, začala se hluboce podceňovat. Rodiče pro ni vyhledali psychologa, ten doporučil psychiatrické vyšetření. Ambulantní psychiatr nasadil antidepresivum Cipralex (escitalopram) v dávce 10 mg ráno a následně zajistil hospitalizaci.

Při příjmu na Dětskou psychiatrickou kliniku FN v Motole jsme zaznamenali pomalejší psychomotorické tempo, depresivní ladění, sebeobviňování, snížené sebehodnocení, anhedonii, apatii, suicidální myšlenky, depresivní bludnou produkci a paranoiditu. Jako svůj pocit uvedla: „Zdá se mi, že mi někdo stojí na hrudníku nebo že tam mám kámen“. Diagnostikovali jsme depresivní poruchu, současnou fází těžkou s psychotickými příznaky. Psychologicky se dívka jevila jako nadprůměrně inteligentní s depresivním prožíváním až bludného rozměru, byla přesvědčena o své naprosté insuficienci zcela neodpovídající objektivnímu školnímu a intelektovému výkonu. Obtížně se soustředila, kontrola realitou byla mírně oslabena.

V úvodu hospitalizace byla dívka ještě stažená do sebe, aspoňtánní, nezapojená do aktivit, projasnění nálady se objevilo až po zvýšení medikace escitalopramem na 15 mg denně. Pro přetrvávající paranoiditu (všichni lidé jsou k ní neupřímní, přetva-

řují se, stále ji sledují, co udělá špatně) byl nasazen Dogmatil (sulpirid) v dávce 200 mg denně. Nálada se stabilizovala, paranoidita ustoupila, již po první víkendové propustce byly reference velmi příznivé – „balvan se mi už z hrudníku odvalil, vychutnávala jsem si to doma“. Domů byla propuštěna po šestitýdenním pobytu v dobré náladě, nesuicidální.

Kazuistika uvádí příklad adolescentní depresivní poruchy s dobrou reakcí na léčbu kombinací antidepresiva a antipsychotika.

Závěr

Deprese u dětí a adolescentů je závažná recidivující porucha se sociálními následky, často vedoucí ke společenské izolaci, zatížená vysokým rizikem sebevraždy (1, 6). Její diagnostika a léčba je obtížnější než u dospělých pacientů. Vzhledem k vyššímu výskytu somatických příznaků je při diagnostice dětské a adolescentní deprese kladen větší důraz na mezioborovou spolupráci.

MUDr. Iva Dudová

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5-Motol
e-mail: iva.dudova@lfmotol.cuni.cz

Literatura

1. Birmaher B, Williamson DE 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; 1: 63–70.
2. Drtílková I. Postavení sertralinu mezi SSRI z hlediska dětské psychiatrie. *Čes Slov Psychiat* 2001; 97; 4: 171–175.
3. Drtílková I. Prospěch a rizika antidepresivní léčby u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi* 2005; 2: 77–78.
4. Emslie GJ, Heiligenstein JH et al. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41; 10: 1205–1215.
5. Hrdlička M. Farmakoterapie afektivních poruch v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi* 2004; 4: 197–200.
6. Kaplan HI, Saddock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins 1998. 1401 s.
7. Koutek J, Zámečníková R, Kocourková J. Psychiatrická problematika dětských a dospívajících diabetiků. *Prakt Lék* 2002; 82; 3: 134–136.
8. Kratochvíl CJ, Vitiello B et al. Selecting an antidepressant for the treatment of pediatric depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45; 3: 371–373.
9. Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1298 s.
10. Luby JL, Sullivan J et al. An observational analysis of behavior in depressed preschoolers: further validation of early-onset depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45; 2: 203–212.
11. Park RJ, Goodyer IM. Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9: 147–161.
12. Shemesh E, Yehuda R et al. Assessment of depression in medically ill children presenting to pediatric specialty clinics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44; 12: 1249–1257.
13. Vitiello B, Zuvikas SH, Norquist GS. National estimates of antidepressant medication use among U.S. children, 1997–2002. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45; 3: 271–279.
14. Wagner KD, Ambrosini P et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. *JAMA* 2003; 290; 8: 1033–1041.
15. Wiener JM. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press 1997. 940 s.