

Súčasný pohľad na depresiu v detstve a adolescencii

MUDr. Jana Trebatická, PhD., MUDr. Ján Šuba, MPH, MUDr. Anna Surovcová

Klinika detskej psychiatrie LF UK a NÚDCH, Bratislava

Depresívna porucha sa zaraďuje medzi poruchy nálady. Vyskytuje sa aj v detskom a adolescentnom veku. Prevalencia depresívnej poruchy sa v literatúre udáva približne od 0,5 – 2,5 % u prepupertálnych detí a 5 – 8 % u adolescentov. U detí sa skôr prejavujú depresívne symptómy, ktoré nenapĺňajú úplne diagnostické kritériá pre depresívnu poruchu. Pri depresívnych poruchách u detí hrajú veľkú úlohu genetické, neuroendokrinné a neurochemické biologické faktory, ako aj faktory psychosociálne vrátane negatívnych životných udalostí. Podstatou poruchy je genetická dispozícia alebo vulnerabilita vedúca k zmenám funkcie CNS, psychickým, vegetatívnym a endokrinným poruchám. Aktuálne nie sú dostupné diagnostické kritériá pre depresívnu poruchu, resp. poruchy nálady pre detský a adolescentný vek. Preto musíme vychádzať zo súčasných kritérií, ktoré nerozlišujú detský a dospelý vek, podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10. Liečba depresie detí a adolescentov pozostáva z psychoterapie, farmakoterapie alebo ich kombinácie. V liečbe by sme mali zvažovať mieru závažnosti depresie, preferencie pacienta, vývojovú úroveň pacienta, súvisiace rizikové faktory a dostupnosť služieb.

Kľúčové slová: depresívna porucha, afektívna porucha, adolescencia

The current view of depression in childhood and adolescence

Depressive disorder is classified among mood disorders. It also occurs in childhood and adolescence. The prevalence of the depressive disorder is approximately 0.5-2.5% in prepubertal children and 5-8% in adolescents. Children are more likely to have depressive symptoms that do not fulfill the diagnostic criteria for depressive disorders. Genetic, neuroendocrine and neurochemical biological factors, as well as psychosocial factors, including negative life events, play a major role in depressive disorders in children. The nature of the disorder is genetic predisposition or vulnerability which leads to the changes in CNS functions, and to the psychological, vegetative and endocrine disorders. Currently there are no diagnostic criteria for depressive disorders or mood disorders for children's and adolescent's age. Therefore, we must use the current diagnostic criteria according to the International Classification of Diseases ICD 10 which do not distinguish between childhood and adulthood. The treatment of depression in children and adolescents should consist of psychotherapy, pharmacotherapy or their combination. Treatment should reflect the severity of the depression, patient's preferences, patient's developmental level, associated risk factors, and service availability.

Key words: depressive disorder, affective disorder, adolescence

Depresívna porucha sa môže vyskytovať počas celého života človeka, teda aj v detskom a adolescentnom veku. Symptomatika sa mení s vekom dieťaťa. V mladšom školskom veku sa často vyskytujú poruchy správania, agresivita (depresívna porucha správania), somatizačné problémy, oproti typickej depresívnej symptomatike u dospelých pacientov. Niektoré symptómy sú rovnaké v každom veku. Deti a adolescenti majú často znížené sebavedomie a sebahodnotenie, neodôvodnene alebo nadmerne sa obviňujú, majú smutnú náladu, objavujú sa samovražedné myšlienky. Niekedy je klinický obraz značne menlivý, môže prechádzať od stavov agitovanosti a rušivého správania až po opačné prejavy charakterizované uzatvorenosťou, sociálnym sťahnutím sa a mutizmom.

Neskoro diagnostikovaná a neliečená depresia prináša zhoršenie kvality života vo viacerých oblastiach: zhoršenie akademického fungovania, kvality

medziludských vzťahov, rozvoj ďalšej psychiatrickej morbidity, nezdravého životného štýlu (napr. fajčenie, pitie alkoholu, obezita) a suicidality. V súčasnosti je veľký záujem o lepšie pochopenie etiológie a fenomenológie depresie s cieľom zabrániť jej nástupu a opakovaniu s cieľom zmierniť nepriaznivé dôsledky (1).

Epidemiológia

Podľa WHO (2017)(2) sa celkový počet ľudí s depresiou odhaduje na viac ako 300 miliónov v roku 2015. Odhadovaný počet ľudí žijúcich s depresiou sa medzi rokmi 2005 a 2015 zvýšil o 18,4 %. Depresia sa považuje za jeden z hlavných faktorov úmrtnosti z hľadiska samovrážd, ktorých počet je takmer 800 000 ročne. Všeobecne sa prevalencia depresívnej poruchy v literatúre udáva približne od 0,5 – 2,5 % u prepupertálnych detí a 5 – 8 % u adolescentov. V dospievaní sa miera depresie v značnej miere zvyšuje medzi 13. a 18. rokom a odhadovaný kumulatívny

výskyt v tejto populácii sa približuje celkovej prevalencii dospelých. Adolescencia sa považuje za kritické vývinové obdobie na identifikáciu vysokorizikových jedincov a významné pre prevenciu výskytu tejto poruchy. U detí sa skôr prejavujú depresívne symptómy, ktoré nenapĺňajú úplne diagnostické kritériá pre depresívnu poruchu. Pred pubertou je depresívna porucha rovnako zastúpená u oboch pohlaví, v adolescencii a v dospelom veku sa pomer mení v neprospech dievčat v pomere 2 : 1 (3).

Podľa metaanalýzy autorov Polanczyk et al. (4) je celosvetová prevalencia duševných porúch u detí a dospievajúcich 13,4 %, z toho akákoľvek depresívna porucha 2,6 % a tzv. veľká depresívna porucha 1,3 %. V národnej dánskej kohortovej štúdií (5) autori zistili prevalenciu klinickej depresie 0,5 % a prevalenciu tzv. podprahovej depresie 1,0 %. Prevalencia týchto dvoch depresívnych skupín u detí pred pubertou sa zriedka porovnáva, ale vo všeobecnosti sa v štúdi-

ách zistilo, že tzv. podprahová depresia sa vyskytuje častejšie ako klinická depresia. Podľa autorov Wesselhoeft a kol. (2016) účastníci kohortovej štúdie vykazovali vyššie sociálno-ekonomické postavenie a lepší zdravotný stav ako tí, ktorí sa jej nezúčastnili. Preto miera prevalencie môže byť všeobecne podhodnotená. V americkej epidemiologickej štúdii zistili, že 10,5 % detí predškolského veku trpí emočnými poruchami (úzkosť a depresia) a z toho 2,1 % spĺňa diagnostické kritériá pre depresívnu poruchu (6). Odhadovaná prevalencia je 2,8 % u detí mladších ako 13 rokov, 5,7 % u dospievajúcich vo veku od 13 do 18 rokov, ktorá je porovnateľná s prevalenciou 6,7 % u dospelých (7).

Etiológia

Pri depresívnych poruchách u detí hrajú veľkú úlohu genetické, neuroendokrinné a neurochemické biologické faktory, ako aj faktory psychosociálne vrátane negatívnych životných udalostí. Podstatou poruchy je genetická dispozícia alebo vulnabilita vedúca k zmenám funkcie CNS, psychickým, vegetatívnym a endokrinným poruchám. Genetické faktory sa podieľajú na etiopatogenéze depresie približne v 37 %. Sú známe rôzne polymorfizmy génov, ktoré sú spojené so zvýšeným rizikom vzniku depresie. Rodinné štúdie skúmajúce stupeň zoskupenia depresívnych stavov medzi geneticky príbuznými rodinnými príslušníkmi zistili vyšší výskyt depresie medzi príbuznými prvého stupňa. Pri unipolárnej depresii je genetická zložka o niečo miernejšia, na rozdiel od bipolárnej afektívnej poruchy, kde má silný potenciál. Zvláštnou črtou porúch nálady je, že sú postihnuté viaceré časti mozgu. Prejavmi depresívnej poruchy sú poruchy spánku, kde príčinu možno hľadať v monoamínových alebo cholinergických jadrách mozgového kmeňa alebo ich pripísať narušeniu cirkadiálneho pacemakeru v suprachiasmatickom jadre hypotalamu. Ďalší charakteristický prejav depresívnej poruchy: zmeny v chuti do jedla a energii môžu mať pôvod v abnormalitách viacerých hypotalamických jadier. Depresívna nálada, ako aj opačný pól euforická nálada, môžu odrážať opačné abnormality v nucleus accumbens, mediálnej prefrontálnej kôre, amygdale alebo iných štruktúrach. Úzkosť, ktorá

Tabuľka 1. Symptómy depresie prejavujúce sa v jednotlivých oblastiach (8)

Symptómy depresie oblasť/vek	Predškolský vek	Ml. školský vek	St. školský vek	Adolescencia
Kognitívna	nesústredenosť, strata zvedavosti a kreativity	odpor k učeniu, nesústredenosť	nesústredenosť, znížená výkonnosť, zvýšená hlbavosť s nevypravosťou	bradypsychizmus, poruchy pozornosti, znížené sebahodnotenie, suicidálne ideácie
Emočná	emočná labilita	emočná labilita, pocity neistoty	skľúčenosť, neistota, performačná úzkosť	úzkosť, záchvaty plaču, pocity beznádeje, pocity nudy
Afektívna	záchvaty plaču a kriku, afektívne výbuchy, rýchle striedanie	podráždenosť, záchvaty plaču a kriku	kolísanie nálad, poruchy sebahodnotenia, suicidálne ideácie	patická nálada, beznádej, zúfalstvo, vitálny smútok striedaný s afektívnymi raptami so zvýšenou impulzivitou, iritabilitou
Motorická	nepokoj, agitovanosť/inhibícia, agresivita, hyperaktivita	agitovanosť, hyperaktivita striedaná s inhibíciou	znížená dynamogénia alebo agitovanosť	apatia, abúlia, pocit straty energie striedaný s nepokojom, podráždenosťou
Somatická	nechutenstvo, poruchy spánku, manipulácie s genitáliami	enkopréza, enuréza, onychofágia, poruchy spánku, bolesti hlavy, bruha, únava, manipulácie s genitáliami	bolesti hlavy (viac u dievčat), trávacie ťažkosti, možný prírastok hmotnosti (viac u chlapcov)	poruchy cirkadiánnych rytmov, únava, zmeny hmotnosti, zvýšená spavosť, bolesti hlavy, rôzne hypochondrické sťažnosti
Sociálna	odmietanie hry s rovesníkmi, plachosť, mutizmus až izolácia	hyperzáujem s nezájumom (akonáhle ho získajú) o dianie okolo, o rovesníkov	izolácia, neobľúbenosť, pocity nepochopenia	neschopnosť byť sám, zároveň so strachom z ľudí, pocity samoty, nepochopenia, impulzivita, promiskuita, zneužívanie psychoaktívnych látok

Tabuľka 2. Prehľad počtu príznakov potrebných na diagnostiku depresívnej epizódy

Depresia	Lahká (počet príznakov)	Stredne ťažká (počet príznakov)	Ťažká (bez psych. príznakov)	Ťažká s psychot. príznakmi
Kritérium				
A	+	+	+	+
B	2 z 3	2 z 3	3	3
C	1	3 – 4	5	5
D	0	0	0	1 – 2
celkovo	4	6	8	-

je častým sprievodným prejavom depresívnej poruchy môže byť zapríčinená abnormalitami vo fungovaní amygdaly a „bed nuclearis of stria terminalis“ (BNST). Nadmerné uvoľňovanie stresových hormónov akým je kortizol, môže byť výsledkom hyperfunkcie nucleus paraventricularis (PVN) v hypotalame, hyperfunkcie amygdaly, ktorá aktivuje PVN alebo hypofunkcia hipokampu, ktorý pôsobí inhibične na PVN. Zmeny v obsahu myslenia pravdepodobne odrážajú abnormálne fungovanie mozgovej kôry.

Klinická symptomatika

Klinické symptómy detskej a adolescentnej depresie sa modifikujú v jednotlivých vývinových obdobiach rôzne.

V prvom rade musíme rozlišovať medzi depresívnym syndrómom, ktorý sa môže vyskytovať pri rôznych poruchách, ale jeho prejavy nespĺňajú diagnostické kritériá na stanovenie diagnózy depresívnej poruchy a „pravou“ depresívnou poruchou, teda nozologickou jednotkou napĺňajúcou všetky diagnostické kritériá. Depresívny syndróm/porucha má u detí, adolescentov, ale aj dospelých symptómy z oblasti kognitívnej, emočnej, afektívnej, motorickej, somatickej a sociálnej. Základné symptómy sú zhodné vo všetkých vekových obdobiach, ale objavujú sa v rôznej miere a podobe odpovedajúcej vývinovej úrovni pacienta. Vzhľadom na variabilitu symptómov v priebehu vývinu dieťaťa, je diagnostika

Tabuľka 3. Prehľad symptómov depresie v jednotlivých kritériách potrebných na diagnostiku depresívnej epizódy

Kritérium A	trvanie 2 týždne; bez hypomanickej, manickej epizódy; vylúčenie prítomnosti psychoaktívnej látky a organickej duševnej poruchy
Kritérium B	depresívna nálada v abnormálnej miere prítomná po väčšinu dňa a takmer každý deň; strata záujmov alebo potešenia pri aktivitách, ktoré sú bežne príjemné; pokles energie alebo zvýšená unaviteľnosť
Kritérium C	strata sebadôvery alebo sebaúcty; prežívanie výčitiek proti sebe samému alebo pocity nadmernej a neodôvodnenej viny; opakované myšlienky na smrť alebo „samovraždu“; znížená schopnosť myslieť alebo sústrediť sa, nerozhodnosť alebo váhavosť; zmena psychomotorickej aktivity s agitovanosťou alebo spomalením; poruchy spánku; zmena chuti do jedla so zmenou hmotnosti
Kritérium D	bludy alebo halucinácie, iné ako typicky schizofréne; depresívny stupor

Tabuľka 4. Zhrnutie dôkazov o účinnosti psychoterapie pre depresívnu poruchu u detí a adolescentov (12)

Liečba	Komentár
Kognitívne behaviorálna terapia (KBT)	– niektoré dôkazy poukazujú, že individuálna KBT (8 až 16 hodinových sedení v týždňových intervaloch) je efektívna v krátkom časovom horizonte
Interpersonálna terapia (IPT)	– niektoré dôkazy ukazujú, že IPT je v krátkom čase účinná
Psychodynamická (psychoanalytická) terapia	– existuje veľmi málo štúdií, ale niektoré dôkazy poukazujú na možný efekt – vyžaduje dlhšie trvanie liečby (cca jeden rok)
Rodinná terapia	– účinnejšia ako žiadna liečba, nie je jasné, aká je účinnosť v porovnaní s inými liečebnými postupmi – môže byť obzvlášť efektívna v prípadoch výskytu rodinných konfliktov alebo disharmónie
Skupinové terapie (najčastejšie KBT)	– dôkazy sú obmedzené a výsledky sú rozporuplné – väčšinou sa používa ako preventívna intervencia u rizikových jedincov
Svojpomoc (napr. relaxácia, vzdelávacie letáky alebo knihy, podporné skupiny)	– údaje sú obmedzené a obsahujú rozporuplné výsledky – je rastúci záujem o svojpomoc poskytovanú na internete prostredníctvom KBT, ale je len málo dôkazov o účinnosti – psychoedukácia je zvyčajne súčasťou klinickej liečby

tejto poruchy u detí a adolescentov značne sťažená oproti diagnostike u dospelých pacientov.

Klinické prejavy depresívnej poruchy/syndrómu v jednotlivých vývinových obdobiach

Dojčenský vek, batolivý vek. U dojčiat môže ísť o tzv. anaklitickú depresiu na základe veľmi včasnej separácie od vzťahovo blízkej osoby (najčastejšie od matky). Najviac citlivé obdobie u dojčiat je vek medzi 8 – 9 mesiacom, keď vrcholí separačná úzkosť. Ak nastane v tomto období separácia od osoby, ktorá zaisťuje pocit bezpečia, telesné a duševné potreby dieťaťa, u vulnerabilných, disponovaných dojčiat sa môže rozvinúť anaklitická depresia. Vplyvom dlhodobej separácie postupne dochádza k rezignácii a k regresu vo vývine (reakcia rezignácie). V batolivom veku je výrazné dysforicko-depresívne ladenie, postupne nastáva oneskorenie, resp. inhibícia vo všetkých oblastiach, sociálnej, motorickej, kognitívnej, celkovo intelektuálnej. Prítomná je porucha cirkadiánnych rytmov.

Ďalšie vývinové obdobia. Symptómy depresie prejavujúce sa v jednotlivých oblastiach (predškolský vek, mladší školský vek, starší školský vek, adolescencia) sú zobrazené prehľadne v tabuľke 1.

Diagnostika

Diagnostika depresívnej poruchy u detí a adolescentov sa riadi podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) (9) a podľa „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5) (10). Ani v jednej klasifikácii nie sú samostatne vyčlenené diagnostické kritériá pre detský a adolescentný vek.

Depresívna porucha v MKCH-10 je zaradená do kapitoly Afektívne poruchy, kde tvorí samostatnú kapitolu „Depresívna epizóda“. Depresívna epizóda by mala trvať minimálne 2 týždne (môže byť kratšie, v prípade zvlášť ťažkých príznakov a rýchleho začiatku). V priebehu života jedinca sa nikdy nevyskytli príznaky, ktoré by napĺňali kritériá pre hypomanickú alebo manickú epizódu. Depresívna epizóda nie je spôsobená užívaním psychoaktívnych látok alebo organickou duševnou poruchou.

Rozlišuje 3 formy: miernu, stredne ťažkú a ťažkú depresívnu epizódu. Jediniec trpí patologicky skleslou náladou, znížením energie a aktivity, zhoršenou schopnosťou prežívať radosť, poklesom záujmov a zhoršením koncentrácie. Býva prítomná výrazná unaviteľnosť aj po minimálnej námahe. Skleslá nálada sa zo dňa na deň nemení, neprislúcha okolnostiam a v priebehu dňa sa môže charakteristicky meniť. Individuálne sú prítomné rozdiely a najmä v adolescencii môžu byť atypické prejavy. Mierna, stredne ťažká a ťažká depresívna epizóda by sa mala diagnostikovať iba vtedy, ak sa vyskytla prvýkrát. Ďalšie depresívne ataky by sa mali diagnostikovať pod kódom rekurentná depresia.

Pre ľahkú formu musia byť splnené dva príznaky z kritéria B a minimálne jeden príznak z prídavných (kritérium C). Celkovo je potrebná prítomnosť štyroch príznakov z kategórie B, C.

Pre stredne ťažkú formu musia byť splnené dva príznaky zo skupiny B. Musí byť prítomný taký počet prídavných príznakov z kritéria C, aby celkový počet bol aspoň šesť.

Pre ťažkú formu musia byť splnené všetky tri príznaky kritéria B. Musí byť prítomný taký počet prídavných príznakov z kritéria C, aby celkový počet bol aspoň osem. Pre ťažkú formu s psychotickými príznakmi musí byť prítomný ktorýkoľvek z nasledujúcich okruhov: bludy alebo halucinácie (iné ako uvádzané ako typicky schizofréne, najčastejšie majú depresívny, sebaobviňujúci, hypochondrický, nihilistický, paranoidný alebo perzekučný obsah), depresívny stupor (tabuľka 2 a 3).

V DSM-5 je ekvivalentom depresívnej epizódy (podľa MKCH-10) tzv. „veľká depresívna porucha“ (major depressive disorder) zaradená do samostatnej kapitoly s názvom „Depresívne poruchy“. Splnenie diagnostických kritérií vyžaduje prítomnosť minimálne 5 symptómov z kritéria A v trvaní minimálne 2 týždne, ktoré odrážajú zmenu oproti predchádzajúcemu fungovaniu jedinca. Minimálne jeden zo symptómov musí byť buď depresívna nálada alebo strata záujmov a prežívania potešenia. U detí a adolescentov sa nemusí vyskytovať jednoznačne smutná nálada, ale iritabilná,

tn. trvale podráždená nálada. Symptómy spôsobujú významne zhoršenie v sociálnej, akademickej a inej významnej oblasti fungovania. Epizóda nie je spôsobená účinkami liekov alebo inými zdravotnými ťažkosťami. Nie je možné ju vysvetliť inou psychickou poruchou. Doteraz nebola prítomnosť žiadnej manickej ani hypomanickej epizódy. Pacient musí ďalej spĺňať minimálne 4 znaky uvedené na zozname.

Zoznam symptómov potrebných na diagnostiku veľkej depresívnej poruchy podľa DSM-5: depresívna nálada vyskytujúca sa väčšinu dňa skoro každý deň; jednoznačne znížený záujem alebo prežívanie radosti o všetko dianie okolo, o záujmy; významná strata hmotnosti (bez držania diéty) alebo prírastok hmotnosti (viac ako 5 % počas 1 mesiaca) alebo zvýšenie/zníženie chuti do jedla skoro každý deň (u detí ide o stagnáciu alebo redukciu očakávaného hmotnostného prírastku v rámci vývinu); insomnie alebo hypersomnia skoro každý deň; psychomotorická agitácia alebo inhibícia; únava alebo nedostatok energie; pocity zbytočnosti, nadmernej alebo neprimeranej viny; znížená schopnosť rozmýšľať, sústrediť sa alebo rozhodovať sa; opakujúce sa myšlienky na smrť (nie iba strach zo smrti), opakujúce sa suicidálne ideácie bez špecifického plánu alebo suicidálny pokus alebo špecifický plán na uskutočnenie suicídia.

Terapia

Liečba depresie detí a adolescentov pozostáva z farmakoterapie, psychoterapie alebo ich kombinácie. Liečba by mala zodpovedať závažnosti depresie, preferencií pacienta, vývinovej úrovni pacienta, súvisiacim rizikovým faktorom a dostupnosti služieb. S liečbou by mala súčasne prebiehať aj edukácia pacientov a rodiny o prínosoch liečby a súvisiacich rizikách, o očakávaniach týkajúcich sa monitorovania pacienta a o následných opatreniach.

Možnosti liečby u detí a dospievajúcich však nie sú rovnaké ako u dospelých. V rôznych krajinách existujú rozdielne prístupy v liečbe, najmä kvôli obavám z používania antidepresív u pacientov mladších ako 18 rokov, pričom niektoré odporúčania sú založené viac na

Tabuľka 5. Zhrnutie dôkazov o účinnosti antidepresív pre depresívnu poruchu u detí a adolescentov

Liečba	Komentár
<p>TCA: amitriptylín, klomipramín, dezipramín, dosulepín, doxepín, imipramín, lofepramín, nortriptylín, protriptylín, trimipramín</p> <p>TeCA: amoxapín, maprotilín, mianserín, mirtazapín</p>	<ul style="list-style-type: none"> – žiadny dôkaz o superiorite v porovnaní s placebom, najmä u detí pred pubertou – významné NÚL (anticholinergické, predĺženie QT intervalu) – kardiotoxické pri predávkovaní (s výnimkou mirtazapínu) – u detí a dospievajúcich je vhodné sa im vyhnúť
<p>SSRI: citalopram, escitalopram, fluoxetín, fluvoxamín, paroxetín, sertralín</p>	<ul style="list-style-type: none"> – skupina SSRI celkovo je účinnejšia ako placebo u adolescentov s ťažkou depresiou – menej NÚL, ale môžu zvyšovať výskyt suicidálnych myšlienok, nutné ciele sledovanie – fluoxetín je najlepšie preskúmaný, má najlepšie dôkazy o efektívnosti. Schválené FDA a EMA pre osoby vo veku 8 rokov alebo starších – sertralín, citalopram, escitalopram: menej spoľahlivé dôkazy o účinnosti, možný efekt u pacientov, ktorí nereagujú na fluoxetín – escitalopram bol schválený FDA pre depresiu u dospievajúcich – paroxetín: zdá sa, že nie je účinný u adolescentov a vykazuje viac vedľajších účinkov ako ostatné SSRI, krátky polčas rozpadu vyúsťuje do abstinenčných príznakov; používanie sa podľa SPC na Slovensku neodporúča
<p>SNRI: venlafaxín, desvenlafaxín, duloxetín, milnacipran, levomilnacipran</p>	<ul style="list-style-type: none"> – jedna štúdia ukázala, že venlafaxín je rovnako účinný ako SSRI u pacientov s rezistentnou depresiou na liečbu, ale má horší profil nežiaducich účinkov. Neodporúča sa v detstve a adolescencii
<p>IMAO: socarboxazid, moklobemid, phenelzine, selegilín, tranlycypromín, pirlindol</p>	<ul style="list-style-type: none"> – žiadne dôkazy o účinnosti u detí a adolescentov – významné riziko NÚL v dôsledku nedodržania pravidiel týkajúcich sa diétnych opatrení – u detí a dospievajúcich sa im treba vyhnúť
<p>Iné antidepresíva: agomelatín, buspirón, nefazodón, vilazodón, vortioxetín</p>	<ul style="list-style-type: none"> – dôkaz o účinnosti v tejto vekovej skupine chýba

konsenze ako na dôkazoch. Americká psychiatrická asociácia a Americká akadémia detskej a adolescentnej psychiatrie odporúčajú, aby súčasťou liečby detskej a adolescentnej depresie bola vždy psychoterapia. Pri miernej depresii je liečbou prvej voľby. Pri stredne ťažkej a ťažkej depresii sa odporúča kombinácia farmakoterapie a psychoterapie. Z psychoterapie sa ako účinná preukázala kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) u mladších detí, u adolescentov KBT a interpersonálna terapia (IPT). Účinky KBT na depresívne symptómy sú mierne, ale bolo preukázané, že sú účinnejšie ako placebo pri liečbe akútnej depresie u adolescentov. Problémom v mnohých krajinách (vrátane Slovenska) je praktická dostupnosť psychoterapeutických spôsobov liečby (najmä KBT a IPT) pre adolescentov s depresiou. Prínosom môžu byť poradenské programy v školách a v primárnej starostlivosti, ktoré sú funkčné v niektorých krajinách a mohli by ponúknuť psychosociálnu podporu v úvode liečby miernej alebo podpra-

hovej depresie u adolescentov (11). Opis účinnosti jednotlivých foriem psychoterapie je uvedený v tabuľke 4.

Pri iniciovaní farmakoterapie sa zvažuje závažnosť depresie a anamnéza. Extrapolácia údajov o účinku antidepresív u detí a dospievajúcich nemusí byť presná, pretože neurónové dráhy nie sú úplne vyvinuté a serotonínové a noradrenergické systémy majú odlišnú mieru dozrievania. V minulosti sa využívali na liečbu depresie inhibítory monoaminoxidázy (IMAO) a tricyklické antidepresíva (TCA). Na rozdiel od dospelých pacientov, TCA nie sú účinnou liečbou u adolescentov s depresiou. Štúdie preukázali malý až žiaden efekt u adolescentov a detí. Neskôr sa začali v liečbe depresívnej poruchy používať inhibítory spätného vychytávania serotonínu (SSRI), inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalinu (SNRI) a niekoľko atypických antidepresív, ako je mirtazapín a nefazodón. Boli u nich opisované zlepšené profily vedľajších účinkov, ale nebol opísaný výraznejší

účinkov ako u IMAO a TCA. Všetky tieto lieky majú podobný mechanizmus účinku cez zvyšovanie alebo moduláciu neurotransmisie serotonínu a noradrenalinu (13). SSRI sú v súčasnosti akceptované v pediatrickej populácii ako prvá línia liečby depresívnej poruchy. Odporúčania („guidelines“) v liečbe depresie u detí a adolescentov odporúčajú ako liečbu prvej voľby pre stredne ťažké a ťažké depresie fluoxetín, citalopram a sertralín. Štúdie dokladujú, že fluoxetín bol jediným farmakom s konzistentnými dôkazmi (výsledky troch randomizovaných štúdií), že je účinný v redukcii depresívnych symptómov. Ďalšími antidepresívami zo skupiny SSRI, ktoré sa v praxi využívajú v liečbe depresie u detí, sú citalopram a escitalopram (podľa SPC sa neodporúčajú používať v pediatrickej populácii, ale nie sú kontraindikované). Kontrolované štúdie naznačujú, že escitalopram môže byť účinný, čo viedlo Food and Drug Administration (FDA) k schváleniu jeho použitia u adolescentov. Podľa FDA je escitalopram indikovaný na liečbu depresie u adolescentov vo veku od 12 rokov (11). Fluvoxamín nebol systematicky skúšaný a nemá schválenú indikáciu na liečbu depresie u detí. Paroxetín sa podľa SPC nesmie používať v pediatrickej populácii, pretože nebola dostatočne potvrdená jeho účinnosť a bezpečnosť u detí a adolescentov. Sertralín nie je indikovaný na liečbu depresívnych epizód u detí a adolescentov. Bupropión, venlafaxín nemajú schválenú indikáciu v pediatrickej populácii na liečbu depresie, nie sú však kontraindikované. Duloxetín (SNRI) sa nemá podľa SPC užívať na liečbu depresie u detí a dospievajúcich mladších ako 18 rokov. Avšak boli publikované viaceré kazuistiky účinku duloxetínu u pediatrických pacientov s depresiou a algickou symptomatikou. V pedopsychiatrickej praxi sa trazodón (serotonínový antagonist a inhibítor spätného vychytávania serotonínu – SARI) používa pri liečbe depresívnej poruchy s insomniou. Nie je oficiálne schválený na liečbu detí a adolescentov, ale nie je explicitne kontraindikovaný (14).

Podľa odporúčaní National Institute for Health and Care Excellence (NICE) liečba pre deti s epizódou miernej až stredne ťažkej depresie v trvaní symptó-

mov menej ako 4 týždne by mala začínať formou psychoterapie: podporná terapia, psychoedukácia o depresívnej poruche, prípadne iné formy psychoterapie (KBT, psychodynamická terapia, IPT). V prípade pretrvávania symptómov napriek psychoterapii a v prípade stredne ťažkej až ťažkej depresívnej epizódy je odporúčaná psychofarmakologická liečba. Ako lieky prvej voľby sa odporúčajú antidepresíva typu SSRI. Priaznivý profil účinnosti okrem fluoxetínu vykazujú aj sertralín a citalopram. Dôležitý je starostlivý monitoring pacientov – v prvých 4 týždňoch liečby by mali byť kontrolovaní jedenkrát týždenne, v ďalších 8 týždňoch dvakrát mesačne. Dávka antidepresíva by mala byť titrovaná postupne, v prípade ukončenia liečby sa nemajú lieky typu SSRI vysadzovať náhle, predíde sa tak syndrómu z vysadenia (15). Opis účinnosti jednotlivých antidepresív je uvedený v tabuľke 5.

Záver

Depresívna porucha sa môže vyskytnúť v každom veku, ale pravdepodobnosť jej vzniku sa markantne zvyšuje nástupom puberty. Priebeh depresívnej poruchy je značne variabilný.

Neskoro diagnostikovaná a neliečená sa spája s rozvojom celého radu psychických porúch v ranej dospelosti. Ide najmä o úzkostné poruchy, závislosti od psychoaktívnych látok a bipolárnu afektívnu poruchu, ako aj samovražedné správanie a somatické zdravotné problémy. Teda epizóda depresie počas adolescencie často vyvoláva chronickú alebo rekurentnú poruchu a predpovedá širokú škálu psychosociálnych ťažkostí a zlého zdravotného stavu. Preto je dôležité rozpoznávať skoré symptómy depresie a adekvátne ju liečiť.

Je potrebné, aby zdravotný stav dieťaťa a následnú liečbu antidepresívami posúdil a riadil výhradne detský psychiater. Ako liečba prvej voľby pri miernej depresii sa odporúča psychoterapia. Farmakoterapia by sa mala iniciovať v prípade stredne ťažkej až ťažkej depresie v kombinácii s psychoterapiou. Je dôležité dôkladne monitorovať nežiaduce účinky liekov, ako aj kontrolovať klinický stav pacientov (týždenné kontroly počas prvých 4 týždňov liečby). V prípade zníženej intenzity alebo pre-

rušenia psychoterapie, medikácia môže byť naďalej podávaná, ale dieťa by malo byť dôsledne monitorované detským psychiaterom z pohľadu účinnosti farmakologickej liečby a potenciálnych NÚL.

Literatúra

1. Wilson S, Vaidyanathan U, Miller MB, McGue M, Iacono WG. Premorbid risk factors for major depressive disorder: Are they associated with early onset and recurrent course? *Development and Psychopathology*. 2014;26(4pt2):1477–93.
2. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Coghill D, Bonnar S, Duke SL, Graham J, Seth S. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2009, 491 pp.
4. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(3):345–65.
5. Wesselhoeft R, Heiervang ER, Kragh-Sørensen P, Juul Sørensen M, Bilenberg N. Major depressive disorder and subthreshold depression in prepubertal children from the Danish National Birth Cohort. *Comprehensive Psychiatry*. 2016;70:65–76.
6. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:313–37.
7. Wilson S, Vaidyanathan U, Miller MB, McGue M, Iacono WG. Premorbid risk factors for major depressive disorder: Are they associated with early onset and recurrent course? *Development and Psychopathology*. 2014;26(4pt2):1477–93.
8. Hort VI, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E, a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000, 496 s.
9. Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10. revízia. Duševné poruchy a poruchy správania. Psychiatrické centrum Praha, 2000, 306 s.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 2013 American Psychiatric Association.
11. Clark MS, Jansen KL, Cloy JA. Treatment of childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician*. 2012;1;86(5):442–8.
12. Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depression in children and adolescents. In: Rey JM (ed). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015.
13. Li X, Frye MA, Shelton RC. Review of Pharmacological Treatment in Mood Disorders and Future Directions for Drug Development. *Neuropsychopharmacology*. 2012;37(1):77–101.
14. Ondrejka I. Liečba psychofarmakami v detskom a adolescentnom veku. In: Pečeňák J, Kořínková V a kol. *Psychofarmakológia*. Wolters Kluwer s.r.o., 2016.
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2017. All rights reserved. Subject to Notice of rights (<https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>).

Článok je prevzatý z:
Psychiatr. prax; 2017; 18(3): 95–99

MUDr. Jana Trebatická, PhD.

Klinika detskej psychiatrie LF UK a NÚDCH,
Limbová 1, 833 40 Bratislava
jana.trebaticka@fmed.uniba.sk