

BAJI ILDIKÓ^{1, 2, 3},
KISS ENIKŐ³,
KAPORNAI
KRISZTINA³

GYERMEKKORI HANGULATZAVAROKRÓL, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A GYERMEKKORI DEPRESSZIÓRA

¹VADASKERT KÓRHÁZ,
BUDAPEST
²SEMMEIWEIS EGYETEM,
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR,
ALKALMAZOTT PSZICHOLOGIAI
TANSZÉK, BUDAPEST
³SZEGEDI
TUDOMÁNYEGYETEM,
GYERMEKGYÓGYÁSZATI
KLINIKA ÉS GYERMEK
EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT,
GYERMEKPSZICHIÁTRIA,
SZEGED

A GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORI DEPRESSZIÓ AZ EGYIK LEGGYAKORIBB GYERMEKPSZICHIÁTRIAI KÓRKÉP, MELY EPIZÓDOKBAN ZAJLIK, ÉS JELLEMZŐEN AZ EPIZÓDOK VISSZATÉRŐEN JELENTKEZNEK. ALULDIAGNOSZTIZÁLT A FIATALOK ESETÉBEN, MERT GYAKRAN NEM A MEGSZOKOTT TÜNETI KÉPET MUTATJA. A BETEGSÉG PROBLÉMÁT OKOZ A ISKOLAI ELŐMENETELBEN, AZ INTERPERSZONÁLIS KAPCSOLATOKBAN, ÉS RIZIKÓT JELENT ALKOHOL- ÉS PSZICHOAKTÍV SZERHASZNÁLATRA ÉS SZUICID MAGATARTÁSRA.

A gyermek- és a serdülőkori hangulatzavarok, a megjelenés sokszínűsége miatt, diagnosztikus kihívást jelentenek a gyermekpszichiáter számára, illetve az alapellátásban a rizikó felmérése és a tünetek azonosítása az esetek jelentős részében elmarad. Ennek egyik oka lehet, hogy a fiatalabb gyermekek nehezen azonosítják és verbalizálják az érzelmi problémáikat. A hangulatzavarok gyermek- és serdülőkorban aluldiagnosztizált betegségek.

A hangulatzavarok epizódokban zajlanak, és az epizódok gyakran visszatérnek az élet során. A hangulati epizódok lehetnek depresszív, amikor a gyermek hangulata alacsony fekvésű, rosszkedvű – és hipomániás vagy mániás epizódok, amikor emelkedett hangulat, indokolatlan és szokatlan feladottság jellemezi a gyermek hangulatát és viselkedését. A hangulatzavarok esetében a leggyakrabban csak depressziós epizódok jelentkeznek az élet során, ebben az esetben ún. unipoláris betegségről beszélünk, ez leggyakrabban a major depresszió, míg ha jelentkezik hipomániás vagy mániás epizód is, akkor bipolárisnak betegségnek hívjuk.

A major depresszió előfordulási gyakorisága gyermekkorban 1-2% (1, 2), serdülőkorban 3-8%-ra nő (3). A bipoláris zavarok előfordulása jóval ritkább. Sokáig azt gondolták, hogy gyermekkorban nem is létezik depresszió. Az 1970-es évektől egyre több kutatás indult a témában, és hamarosan egyértelművé vált, hogy gyermek- és serdülőkorban is jelen van depresszió, csak más a tüneti kép meg, mint felnőttkorban. A depresszív epizód során a nyomott, alacsony hangulati fekvés vagy irritábilis hangulat jellemző, amikor a gyermek indokolatlanul vesze-

kedős, vitakozós, teljesen hétköznapi kérésekre is dühösen, hevesen reagál. Fiatalabb fiúk esetében jellemző az irritabilitás, míg serdülő lányok esetében a depresszív hangulati fekvés gyakrabban előforduló vezető tünet (4). Ennek következtében fiúk esetében gyakran ún. externalizáló (markánsan megjelenő viselkedési eltérés pl.: ADHD, viselkedészavar) kórképnek imponálnak a gyermek tünetei. Az érdeklődés, az öröm elvesztése a legtöbb kedvelt tevékenységgel kapcsolatban a másik vezető tünete a depresszív epizódnak. Ilyenkor a gyermekek abba hagyják azokat a tevékenységeiket, amiket korábban szívesen csináltak, pl. nem járnak edzésre vagy visszautasítják baráti kapcsolataikat.

Az említett kötelező tünetek mellett számos járulékos tünet van jelen a depressziós epizód alatt, ilyenek a testsúlycsökkenés vagy testsúlygyarapodás, az alvászavar, mely megjelenhet inszomnia vagy hiperszomnia formájában, ilyenkor a gyermek jelentősen, több órával kevesebbet, vagy többet alszik, mint egyébként. Előfordul elalvási, átalvási nehézség, illetve korai felébredés is. Jellemző lehet depressziós epizód alatt a motivátlanság, meglassultság – vagy ennek az ellenkezője, a nyughatatlanosság. Gyakran panaszkodnak a depressziós gyerekek fáradtságról, úgy érzik, már ébredés után sincs elég energiájuk.

Fontosak és jellegzetesek a kognitív tünetek, amikor a gyermekek leértékelik magukat, úgy érzik, hogy nem olyan jók mint a többi gyermek, és vádolhatják is magukat, illetve büntudatot érezhetnek olyan dolgokért, amelyek nem az ő hibáik. Sok esetben a gyermekek képesek belátni, hogy a büntudatuk irre-

ális, ennek ellenére vissza-visszatérően szenvednek ezektől a gondolatoktól. Tipikus tünete a depressziós epizódok a csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, döntésképtelenség, ami egyértelműen megjelenik a tanulmányi eredmény romlásában. A halállal kapcsolatos visszatérő gondolatok, visszatérő öngyilkossági gondolatok, konkrét öngyilkossági terv és öngyilkossági kísérlet a legsúlyosabb tünet. Jelentkezése esetén veszélyeztető állapot alakul ki, mely sürgősségi gyermekpszichiátriai ellátást igényel.

A depressziós tünetek és a klinikai depresszió fokozott rizikótényezői az öngyilkos magatartásnak (1), mely a serdülők harmadik leggyakoribb halál oka (5). Soto-Sahns és mtsai (2019) metaanalízisvizsgálata során azt találták, hogy a serdülő- és fiatal felnőttkori depressziós tünetek közel hétszeresére növelik az öngyilkossági kísérletek esélyét (6). A depressziós epizód alatt a tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas-szociális, iskolai vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák (7). Sok esetben és különösen fiatalabb gyermekek nem képesek azonosítani vagy szavakkal kifejezni érzéseiket, és helyettük különböző fájdalomokról számolnak be, leggyakrabban fejfájásról, hasfájásról, végtagfájdalmakról, mely jellemzően lányok esetében fordul elő (4, 8). Ezzel kapcsolatban számos vizsgálat történt. A testi fájdalmak és a depresszió kapcsolatának vizsgálata során azt találták, hogy a gyermekgyógyászati ellátásban fájdalomtünetekkel jelentkezők esetében, amikor a fájdalmak hátterében szomatikus tünetek nem azonosíthatók, közel 10%-ban azonosítható depresszió. Egy másik magyarázat erre, hogy gyermekkori depresszió gyakran jár együtt komorbiditásokkal, amikor a depresszió mellett más mentális betegségtől is szenved a gyermek.

A leggyakoribb komorbiditás a szorongás, melynek vannak testi tünetei, és leggyakrabban megelőzik a depresszió kialakulását. Mind az európai, mind a hazai irányelvek felhívják a szakemberek figyelmét, hogy szorongásos betegség esetén gondoljanak depresszió lehetséges előfordulására is (9). A szorongásos zavarokat a gyermekkorban kezdődő depresszió rizikófaktoraként értékeljük. A komorbiditások súlyosabb depressziós tüneti képpel járnak együtt, és megnövelik a depressziós epizód visszatérésének az esélyét is (10). A depressziós epizódok hossza gyermek- és serdülőkorban átlagosan 7-9 hónap kezeletlenül, mely adekvát kezeléssel közel 4 hónapra csökkenthető. Egy hosszú távú utánkövetéses vizsgálat alapján tudjuk, a depressziós epizódok 18 éves kor alatt a leghosszabbak, míg az öngyilkossági kísérletek száma serdülőkorban a legmagasabb, szemben a fiatal felnőttkori és a

felnőttkori gyakorisággal (11). Hazánkban 1998-tól a mai napig zajlik a PISZE Kutatás (Pittsburg – Szeged együttműködése), melynek első részében (1998–2007) a gyermekkori depresszió pszichoszociális és genetikai kockázati tényezőinek felmérését tűztük ki célul. A kutatás finanszírozását a NIMH biztosította, így lehetőségünk nyílt a hazai gyermekpszichiátriai populáció vizsgálatára. Eredményeink alapján az első depressziós epizód kezdete 10 éves kor körül kezdődik. Lányok esetében átlagosan több mint 1 évvel később kezdődött a depresszió. A depressziós gyermekek 40%-nak csak 1 depressziós epizódja volt, 34%-nak 2, 26%-nak pedig 3 vagy több epizódja zajlott a vizsgálat alatt (12).

A vizsgálat további eredményei azt mutatták, hogy a gyermekkori depresszió gyakran jár együtt más mentális betegségekkel, közel 33%-ban fordul elő szorongásos zavar, míg 21%-ban diszruptív komorbiditás (8). Ezek az eredmények további magyarázatot adnak a diagnosztikai nehézségekre az átfedő tünetek miatt. Hangulatzavarok esetén a szuicid tünetek kiemelt jelentőséggel bírnak, gondolni kell és fel kell mérni a szuicid veszélyt. A kezeletlen hangulatzavarok a legfontosabb rizikófaktorai a szuicídiumnak.

A (többnyire kezeletlen) hangulatzavar előfordulási gyakorisága szuicid áldozatok között 60-85% (13). Gyermekkorban a befejezett szuicid kísérletek aránya jóval kisebb, mint serdülőkorban. Ennek oka a kognitív éretlenség és a kivitelezési képtelenség. Serdülőkorban a fiúk 4-szer gyakrabban követnek el befejezett szuicídiumot, lányok esetében a kísérletek aránya sokszorosa a fiúkénak. A megelőző szuicid kísérlet a legfontosabb prediktora egy következő szuicid kísérletnek és a befejezett szuicídiumnak. A megelőző szuicid kísérletek súlyosabb szuicid kísérletet vetítenek elő.

A gyermekkori hangulatzavarra pozitív családi anamnézis esetén célszerű gondolni, de kialakulásában a környezeti hatásoknak szintén szerepe van, ilyenek a stresszteli életesemények (pl.: veszteségek, iskolai konfliktusok, fizikai és szexuális abúzus, izoláció). Gyakori fizikai panaszok, mint fejfájás, romló iskolai teljesítmény, a viselkedés megváltozása utalhat depresszió jelenlétére.

A COVID-19 okozta pandémia hatását vizsgálva kínai 12-18 éves fiatalok körében a depressziós tüneteket 43,7%-ban, míg a szorongásos tüneteket 37,4%-ban azonosították. Ugyanebben a vizsgálatban a mentális tünetek kialakulásával szemben protektívnek találták a pandémiával kapcsolatos tudatosságot, a rendszeres információszerezést a különböző médiacsatornákon keresztül, valamint a rendszeres testedzést (14).

A diagnózis megállapítása, a terápiás terv és a gondozás gyermekpszichiáter feladata. A terápia minden fázisában ajánlott a pszichoedukáció, a szupportív terápia, valamint a család bevonása a terápia egyes folyamataiba. Enyhe és közepesen súlyos depressziós epizód esetén szupportív terápia és specifikus pszichoterápia ajánlott, míg súlyos depressziós epizód esetén ezt antidepresszáns gyógyszeres kezelés egészíti ki.

A terápia folyamán kéthetente kontrollvizsgálat javasolt a gyermek állapotának követése és a terápia hatékonyságának felmérése céljából. A terápia folytatása legalább 6-12 hónapig ajánlott a tünetek megszűnte után, mert nagy a relapszusveszély (Egészségügyi szakmai irányelv - A gyermekkori hangulatzavarok

diagnosztikájáról és ellátásáról. 2020). A hangulatzavarok terápiájának hatékonysági vizsgálatai túlnyomó részben serdülőkorú depressziós fiatalokon történtek, 12 év alattiak esetében nincsenek jól kidolgozott, megbízható vizsgálatok. Dwyer és mtsai (2020) nemrég megjelent cikkükben arról írnak, hogy a serdülő fiatalok közel 20%-a él át depressziós epizódot, de a jelenleg használatban lévő terápiák minden harmadik esetben nem hozzák meg a várt javulást. Az elhúzódó epizódok mind iskolai előmenetelüket, mind indterperszonális kapcsolataikat veszélyeztetik, illetve rizikót jelentek szerhasználó magtartás kialakulására. Több vizsgálatot és további hatékony, első és második vonalbeli terápiás lehetőségek összegyűjtését és kidolgozását sürgetik (15).

Irodalom

1. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, et al. Depression in adolescence. *The Lancet* 2012; 379(9820): 1056–67.
2. Canal-Sans J, Hernandez-Martinez C, Saez-Carles M, et al. Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity of Spanish early adolescents: has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatr Res*. 2018; 268: 328–34.
3. Kapornai K, Vetró Á. Hangulatzavarok. In: Balázs J, Miklósi M. (eds.). *A gyermek és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2015.
4. Baji I, Lopez-Duran NL, Kovacs M, et al. Age, sex, somatic complaints, and the symptom presentation of childhood depression in a Hungarian clinical sample. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(10): 1467–72.
5. World Health Organization (WHO). *Adolescent Mental Health*, 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
6. Soto-Sahns V, Castellvi P, Piqeras JA, et al. Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behavior in young people: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2019; 1–15.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2013.
8. Baji I, Gáboros J, Kiss E, et al. A gyermek-és serdülőkorú depresszió tüneteinek összefüggése a pszichiátriai komorbiditásokkal. *Psychiatr Hun*. 2012; 27(2): 115–26.
9. Egészségügyi szakmai irányelv - A gyermekkori hangulatzavarok diagnosztikájáról és ellátásáról. Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2020.
10. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Comorbidity in anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol Bull*. 2014; 140(3): 816–45.

A teljes irodalomjegyzék megtalálható a szerkesztőségben és a gyermekorvostovabbkepzes.hu oldalon.