

## PARTICULARITĂȚI CLINICO-EVOLUTIVE ALE DEPRESIEI LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Inga Deliv

Laboratorul de Narcologie de pe lângă Catedra de Psihiatrie și Narcologie, Facultatea de Perfecționare a Medicilor a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### Clinical-evolutive peculiarities of depression in children and adolescents

Depressive situations appear in childhood or adolescence, remaining undiagnosed, or being interpreted as „age crisis”. In children and adolescents, the depressive situations are atypical, with a polymorphic manifestation, evolving on a mixed affective background, manifesting specific peculiarities: the affective component of the depression is unstable and undifferentiated; the increased level of anxiety persists; ideative intrusions manifest with especially high intensity; the psychopathiform behaviour has been prevailed.

### Rezumat

Stările depressive adeseori debutează în copilărie sau adolescență, rămânând nediate diagnosticate, sau fiind interpretate drept „crize de vârstă”. La copii și adolescenți stările depressive sunt atipice, manifestă polimorfism clinic, evoluează, pe fondal afectiv mixt, prezentând unele particularități specifice: componenta afectivă a depresiei este instabilă și nediferențiată; persistă nivelul crescut de anxietate; intruziunile ideative se manifestă deosebit de intens; predomină comportamentul psihopatiform.

### Actualitatea temei

Tulburările afective, în special cele depressive, la copii și adolescenți, devin treptat una dintre direcțiile prioritare de studiu ale psihiatriei și psihologiei moderne. Fenomenul pare a fi determinat atât de incidența crescută a patologiilor psihiatrice acompaniate de depresie, de „întinerirea” ei, cât și de dificultățile de diagnostic la această categorie de vârstă. Studiile savanților [1; 4; 9; 16], constată o incidență de aproximativ 30% a depresiei la adolescenți, concomitent menționând, că vârstă medie de debut a stărilor depressive la copii ar fi cea de 9 ani.

Multiple cercetări în domeniul afectivității umane au avut ca concluzii: a) frecvența considerabilă a stărilor depressive în perioada pubertară și, b) importanța deosebită a particularităților bio-psiho-sociale specifice pubertății în instalarea diferitor tulburări afective, preponderent anxios-depressive. Opiniile, referitoare la corelarea dintre depresie și sexul biologic nu sunt univoce. De exemplu, un șir de studii [6; 20] au demonstrat, că sexul biologic nu este un factor de risc în instalarea tulburărilor afective, savanții depistând aproximativ aceeași incidență a tulburărilor menționate la adolescenții de ambele sexe. Însă există și publicații [3; 11], care conchid că, la fetițe depresia are o frecvență mai înaltă, adeseori manifestând tendințe spre recidivare.

Lesse (1980), consideră diagnosticarea precoce a depresiei în această perioadă de vârstă unul dintre cele mai importante obiective ale psihiatriei, deoarece ne fiind supusă tratamentului adecvat, depresia, în special cea asociată cu anxietate, în 42 - 74% poate fi cauza comportamentului autolitic. Cocha D.,Cohen P. (1998), examinând peste 700 pacienți cu tulburări afective la adulții tineri, au constatat, că în majoritatea cazurilor, predomina anxietatea și/sau depresia, cu debut în copilărie sau adolescență. Azarnov et. al., (1988), comunică, că majoritatea copiilor și adolescenților depresivi, de regulă, sunt reinternați chiar și după câteva luni de tratament în condiții de staționar.

Adeseori tulburările anxios-fobice și cele obsesiv-compulsive la copii și adolescenți sunt întrunite sub conceptul de „tulburări internalizate”, pe când cele manifestate cu tulburări comportamentale sunt numite „externalizate” [2; 10].

Polimorfismul psihopatologic, manifestările clinice rudimentare, interferate de simptome somatice, somato-vegetative, devieri comportamentale, specifice perioadei pubertare, crează frecvent dificultăți serioase în diagnosticarea tulburărilor anxios-depressive la copii și adolescenți.

În pofida faptului, că actualmente, problemei menționate i se acordă atenție sporită, totuși în foarte multe cazuri aceste tulburări sunt diagnosticate tardiv, iar tratamentul alocat este inadecvat.

**Obiectivele lucrării** constau în studierea, elucidarea și trecerea în revistă a datelor, reflectate în literatura de profil, ce se referă la particularitățile clinico-evolutive ale depresiei la copii și adolescenți.

### **Rezultate și discuții**

Majoritatea medicilor psihiatri consideră că, depresia este adeseori parte componentă a multor tulburări psihice, influențând considerabil structura acestora, concomitent insitând asupra necesității de a o identifica nosologic în scopul elaborării strategiilor terapeutice și evaluării pronosticului maladiei [5; 6; 8; 11; 13]. Savanții care susțin această opinie și care sunt preocupați de studierea depresiilor la diferite categorii de vârstă, inclusiv la copii și adolescenți, adeseori apelează la clasificarea tradițională, elaborată de către P. Kielholz încă în anul 1972, clasificare bazată pe criteriul nosologic. Ea evidențiază depresiile organice, simptomatice, schizofrenice, ciclice, nevrotice și reactive.

La tineri și maturi, adeseori stările depresive sunt descrise în cadrul schizofreniei, inclusiv psihozelor schizoafective; psihozei afective bipolare; tulburărilor neurotice; tulburărilor de stres posttraumatic, în structura dezvoltării tulburărilor de personalitate. Psihiatrii, ce studiază stările depresive la copii și adolescenți, delimitează aceleași categorii nozologice. O particularitate specifică pentru tulburările afective la această vârstă fiind pondrea lor diferită în structura nosologiilor menționate anterior [3; 4; 17; 21].

Depresia la adolescenți, apare din cauza tendinței acestora spre autoanaliză, teoretizare, introspecție, raționalizare. Dispoziția anxioasă sau apatică, pe fondal de introspecție, autoanaliză, adeseori preia colorit schizofreniform, creând erori de diagnostic. Din aceste motive, savanți consideră, că problemele ce țin de diagnosticul diferențiat pot fi soluționate doar prin observație clinică de durată, ținând cont de dinamica psihopatologică și personologică [1; 3; 22; 23].

În ultimii ani tot mai mult este acceptat conceptul de „complex al adolescentului”. Sub noțiunea de „complex al adolescentului” sau „complex juvenil” sunt percepute „variantele de limită” ale particularităților vârstei pubertare. Pentru „complexul juvenil” sunt stipulate următoarele caracteristici: nelinește, anxietate, fluctuații bruște ale dispoziției afective, melancolie, impulsivitate, negativism, conflictualitate, agresivitate, ambivalență asociativă și emoțională. Dintre particularitățile psihologice specifice perioadei pubertare pot fi menționate - instabilitatea emoțională; criticismul; caracterul categoric, resimțit în felul de a fi; dorința exagerată de a fi apreciat, perceput ca persoană cu valoare deosebită, asociată adeseori cu „independența demonstrativă”, manifestată sub aspectul luptei cu autoritățile și idealizarea. Egoismul adolescentului se evidențiază de rând cu pedantismul și altruismul exagerat. Adeseori adolescentul devine brutal, agresiv, nepoliticos cu persoanele din ambianță, concomitent manifestând sensibilitate exagerată la ofensă. Fondul afectiv la asemenea persoane oscilează foarte rapid de la optimism nemotivat spre pesimismul cel mai sumbru, asociat cu suspiciune extremă, dezamăgire și disperare.

Pentru vârsta adolescenței sunt caracteristice unele asocieri paradoxale ale emotivității umane, ca de exemplu - sensibilitatea crescută - cu cruzimea dramatică, timiditatea exagerată - cu impertinența, toate manifestându-se sub aspectul unor „mecanisme compensatorii”, de apărare psihologică. Dorința de a fi recunoscut se manifestă alături de bravarea cu independența iar negarea normelor sociale - cu idealizarea neântemeiată a unor persoane cu comportament deviant, antisocial. Fanteziile adolescentului sunt reprezentate adeseori sub forma unor raționamente sterile. El tinde spre generalizări filosofice, îi sunt caracteristice reacțiile intrapsihice contradictorii, imprecizia exigențelor, egocentrismul asociativ, tendința de a exagera și teoretiza totul. Se accentuează conflictul parvenit din incapacitatea de a-și identifica funcția de rol psiho-social, sexual și apar senzații dureroase determinate de lipsa simțului de perspectivă.

Adolescentului îi sunt caracteristice opoziționismul, maximalismul, intoleranța tutelării, labilitatea extremă a dispoziției afective, toate rezultând adeseori din particularitățile dezvoltării

psihosexuală în această etapă de viață. Vârsta pubertății este considerată drept una dintre cele mai vulnerabile în sensul destabilizării sănătății, inclusiv și celei mintale [14; 15].

În literatură întâlnim tendințe de a delimita depresia în funcție de factorul stresogen, care a precedat instalarea stării afective - Toolan (1971), diviza depresiile perioadei copilăriei și adolescenței în depresii anaclitice, depresii la copiii mamelor depresive, depresii ca rezultat al divorțului părinților, depresii cu insolvabilitate intelectuală, depresii mascate și anorexie cu depresie. Kovacs M. (1984), delimitează „depresia majoră”, distimia și tulburările de adaptare cu depresie. Remschmidt (1973), clasifică depresiile circulare în funcție de particularitățile lor fenomenologice evidențind următoarele forme clinice: inhibitorie, agitată, hipocondrică, fobică. Iovciuk N. M. (1998), bazându-se pe abordarea sindromologică a tulburărilor afective din perioada copilăriei, evidențiază stări depresive: melancolică, anxioasă, fobică, disforică, „unlust”, adinamică, stupidă, substuporoasă, „plângăreată”, somatizată. Baschina V. M și coaut. (1999), delimitează 8 tipuri de depresii întâlnite mai frecvent la copii: adinamică, astenică, anxioasă, melancolică, psihopatiiformă, disforică, somatizată și depresia manifestată preponderent prin comportament anorexic.

Drept simptom specific depresiei, din perioada adolescenței este considerat comportamentul antisocial cu aspect de desfrânare, brutalitate și tendințe spre explozivitate. Ozertskovskii S. D. (1979), Liciko A. E. (1985) au descris echivalente depresive „delicvente”, care se manifestă prin iritabilitate, supărare, nesupunere, conflictualitate, tendințe de a consuma alcool și/sau droguri. Depresia cu tulburări comportamentale, numită de unii autori depresie psihopatiiformă sau delicventă, are o pondere semnificativă (20-80%) în perioada adolescenței [12; 15]. Depresiile anxioase sunt evidențiate la aproximativ 30% dintre adolescenți, cele somatizate - sunt depistate în cca. 5 – 30% cazuri [3].

Un alt tip de depresie, frecvent răspândit în perioada pubertară, este depresia astenică. Multiple cercetări demonstrează, că la adolescenții depresivi, adeseori este prezentă reducerea nemotivată a reușitei școlare interferată cu perioade de „lene”, plictiseală, episoade de „astenie” [3].

În orice aspect nu ar fi studiată depresia,- biologic, epidemiologic, terapeutic, faptul că, la majoritatea bolnavilor se constată un diagnostic asociat, crează dificultăți serioase în interpretarea datelor științifice [14; 16]. Într-un șir de studii pe adolescenți [3; 7; 9; 15; 18] s-a constatat comorbiditatea depresiei cu alte tulburări psihice în cca. 40-80% cazuri. Sanderson & Wetzler (1995), au constatat următoarele tipuri de comorbiditate: a) depresie și diferite tulburări anxioase (20-40%); b) depresie și tulburări comportamentale (8-33%); c) tulburare obsesiv-compulsivă și depresie (8%).

La copiii care au manifestat tulburări anxioase și/sau comportamentale în premorbid, depresia, întotdeauna va fi comorbidă acestor tulburări. Kovacs M., Devlin B. (1995), relatează despre prezența unui substrat genetic al comorbidității între depresie și angoasă. Aceste date sunt un argument în favoarea teoriilor ipotetice, conform cărora, tulburările anxioase din copilărie și adolescență ar fi o formă specifică de depresie. Lehman H. (1983), relatează că depresia întotdeauna este acompaniată de anxietate. Același postulat este susținut și de J. Fawcett și H. Kravitz (1983), într-un studiu pe 200 pacienți cu depresie endogenă. Autorii au constatat la cei investigați prezența anxietății: a) la nivel de neliniște (72%); b) simptome somatice ale anxietății (42%); c) senzații de pericol iminent (62%). Fenomenul descris își găsește realizarea în ICD-10, unde „Tulburările anxioase” sunt evidențiate într-o categorie nosologică separată. Analiza instalării cronologice a tulburărilor anxioase și celor depresive a depistat, că la copiii și adolescenții cu o astfel de comorbiditate (depresie – anxietate) primar, încă în fragedă copilărie apar tulburările anxioase, iar mai târziu, la ele aderă cele depresive. Acest fenomen, probabil ar putea fi explicat prin faptul, că depresia este rezultatul unor procese biologice, psihologice, sociale, cognitive, considerabil mai complexe și mai dificile, pe când anxietatea, filogenetic reprezintă una din formele cele mai timpurii de reacționare la stres și/sau disconfort.

Evoluția trenantă, cu tendințe de cronicizare, riscul crescut de recidivare a fost constatată în cazurile de comorbiditate a stărilor depresive cu tulburările – anxioase, obsesiv-compulsive, de comportament, etc. [5; 7; 18; 19].

Majoritatea psihiatrilor constată diferențe esențiale în manifestările clinice ale depresiei la maturi și copii. Savantul rus Kovaliov V.V. (1995), evidențiază următoarele diferențe: 1) particularitățile ideilor depresive – persistă sentimentul de culpabilitate față de părinți, profesori, colegi, prieteni; se autoacuză precum că ar fi orgolioși nemotivat; 2) chiar și atunci când sunt depistate clinic stări depresive extrem de profunde, exterior copiii pot deveni doar plângăreți; 3) la copii depresia adeseori evoluează pe fundal de anergie, epuizare – principalele obstacole în realizarea ideilor autolitice. Lapedes M.I. (1940), studiind tabloul clinic al depresiilor circulare la adulți și adolescenți, constată unele particularități specifice vârstei. La ele, se referă: numărul considerabil de forme clinice atipice, care creează dificultăți de diagnostic; frecvența impunătoare a stărilor subdepressive, pentru care, pacientul de regulă, nu solicită asistență psihiatrică; raritatea formelor manifeste, având adeseori aspectul unui sentiment de tristețe vagă, nedefinită, acompaniată cu diverse fobii nediferențiate; simptome depresive rudimentare; lipsa tendinței de a solicita și accepta susținerea, consolarea, compasiunea persoanelor apropiate; ameliorarea matinală a stării afective; durata redusă a episoadelor depresive ș.a [12].

Comparând fenomenologia stărilor depresive la copii, adolescenți și adulți, s-a constatat că ea diferă funcție de vârstă. Se presupune, că aceste diferențe sunt determinate atât de nivelul de dezvoltare al funcțiilor cognitive, cât și de incapacitatea copiilor de a verbaliza trăirile depresive [3]. Shaffer D. (1996), relatează că capacitatea copilului de a expune sau respinge alternativa evenimentelor viitoare nu se manifestă decât odată cu formarea gândirii operative adică la vârsta de aproximativ 12-14 ani, iar până la această vârstă toate reacțiile emoționale vor avea mai mult aspect de disperare. Ușacov G. K., (1973) menționa: „Capacitatea copilului de a anticipa evenimentele se formează doar către vârsta de 12 ani. De la această vârstă el este capabil să reacționeze la stres nu doar sub aspectul fricii, disperării, ci poate manifesta stări depresive”. În comentariile ICD-10 și DSM-IV-TR este stipulat: tulburările de dispoziție cert diferențiate sunt mai puțin caracteristice pentru copii și adolescenți, concomitent menționându-se și faptul, că ele adeseori se manifestă cu simptome polimorfe. Pe parcursul ultimelor două decenii savanții depun eforturi considerabile pentru a elabora criterii de diagnostic specifice pentru depresia la copii și adolescenți. În acest sens, la moment, sunt propuse multiple scale standard de evaluare clinico-psihologică a stărilor afective. În același context este important să menționăm, că ideile de autoacuzare, autoblamare, autoumilitare, culpabilitate, care sunt criterii de diagnostic pentru depresie la adulți, la copii pot fi consecința problemelor intrafamiliale, școlare, ambientale, când ei resimt vina pentru ceea ce nu le aparține (pentru ceea ce nu au comis), ca de exemplu, în cazul divorțului părinților (problemă, ce nu ține de competența lor, dar ei resimt vina incapacității de a o soluționa).

### **Concluzii**

Datele de literatură prezentate anterior, demonstrează, că tulburările afective, în special depresia, la copii și adolescenți manifestă o structură complexă, patoplasică și plurisindromală. Acest fenomen, poate fi explicat prin faptul, că tulburările afective se dezvoltă la o personalitate încă neformată și, în plus, adeseori la o personalitate cu dificultăți de dezvoltare psihofizilogică normală. Simptomele depresiei se instalează din cauza incapacității copilului de a evalua corect situația și de a-și verbaliza, exprima emoțiile. Astfel depresia copilului va fi extrem de receptivă, modificându-se esențial sub influența oricărui excitant extern, fenomen, determinat probabil, de imaturitatea mecanismelor de apărare psihologică. În perioada adolescenței tabloul clinic al depresiei este vualizat și modificat de particularitățile psihoemoționale, specifice perioadei pubertare; de extinderea torentului informațional; de creșterea încărcăturii psihoemoționale, sociale; de dezvoltarea unor maladii somatice, etc. La aproximativ 50% dintre copiii depresivi sunt constatate dificultăți adaptative la condițiile impuse de societate, care în lipsa asistenței psihologice și/sau psihiatrice adeseori preiau aspectul unui comportament deviant și/sau antisocial ca de exemplu, criminogen, suicidar, alcoolizare, consum de droguri, etc.

### **Bibliografie selectivă**

1. Antropov Iu. Neurotic depression in children and adolescents. Moscow: Meditsina. 2001;
2. Azarnow J.R. et al. A comparison of children with depressive and externalizing and concurrent depressive and externalizing disorders. *J. of Abnorm.Ch. Psycholog.* 1988. 16,151-162;
3. Baschina V. Tulburările afective la copii. *Tratat de psihiatrie.* Moscow: Meditsina. 1999, 2: 570-578;
4. Cocha D.,Cohen P. An epidemiological study of depression disorders in adolescent. *J. Arch. Gen. Psychiatry. USA,* 1998, 55-1: 56-64;
5. Finlay-Jones R, Brown GW, Duncan-Jones P, Harris T, Murphy E, Prudo R. Depression and anxiety in the community: replicating the diagnosis of a case. *Psychol Med.* 1980, 10:445-454;
6. Iovciuk N. Incidența și manifestările clinice ale depresiei în populația adolescentă școlară. *Revista de Neurologie și Psihiatrie.* 1998, 9: 33-36;
7. Kendler K, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. Major depression and phobias: the genetic and environmental sources of comorbidity. *Psychol Med.* 1993a, 23:361-371;
8. Kielholz P. *Depressive illness.* Baltimore. 1972: 302;
9. Kovacs M., Fainberg T., et al. Depressive disorders in childhood: A longitudinal prospective study. *Arch Gen Psychiatry.* 1984a, 41: 229-237; 1984b: 463-469;
10. Kovacs M., Devlin B. Internalizing Disorders in Childhood. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 1998, 39,1: 47-63;
11. Kovaliov V. *Psihiatrie pediatrică.* Moscow. 1995: 560;
12. Lapedes M. Particularitățile clinico-psihopatologice ale stărilor depresive la copii și adolescenți. Ed. by. Suhareva G. E. Moscow: Meditsina. 1940: 39;
13. Lesse S. Masked depression — the ubiquitous but unapprenated syndrome. *Psychiatr. J. Univ. Ottawa.* 1980, 5, 4: 268;
14. Levinshon P, Clark G., et.al. Major depression in community adolescent: age an onset, episode duration, and time to recurrence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1994, 33: 809-818;
15. Liciko A. *Adolescent psychiatry.* Sankt Petersburg. 1985: 416;
16. Offer D., Schonner-Reichl K.A. Debunking the depressive disorder of adolescents: finding from recent research. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1992, 31:1003;
17. Ozertskovskii S. Despre depresiile endogene mascate la adolescenți. *Revista de Neurologie și Psihiatrie.* 1979, 79, 2: 212;
18. Pine D.S, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The Risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1998, 55:56-64;
19. Rapee R.M. The potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clin. Psychol. Rev.* 1997, 17: 47-67;
20. Sosiucalo O., Kaschnikova A., Tatarova I. Echivalente psihopatiforme ale depresiei la copii și adolescenți. *Revista de Neurologie și Psihiatrie.* 1983, 83, 10: 1522;
21. Smulevich A. *Depressions in Somatic and Mental Illnesses.* Moscow: Medical Informational Agency. 2003;
22. Van Praag H. Depresia, tulburările anxioase, agresiie. *Mediografia.* vol 20, №2, 1998: 27-35;
23. Vertogradova O. Tulburările anxios-fobice și depresia. În culegerea „Anxietatea și obsesia. Moscow: Meditsina. 1998;