

Οι διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης στην παιδική και εφηβική ηλικία: συνέχεια και ασυνέχεια στην ενήλικη ζωή

Γ. Κολαΐτης

Παιδοψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:Π94–Π100

Η μείζων κατάθλιψη και η δυσθυμική διαταραχή στις μικρές ηλικίες είναι συχνές διαταραχές, οι οποίες πολλές φορές υποτροπιάζουν, σχετίζονται με έκπτωση της λειτουργικότητας (διαπροσωπική, σχολική), καθώς και με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας και χρήσης ουσιών. Διάφορες μελέτες, σε κλινικούς και μη πληθυσμούς, έχουν δείξει ότι η μείζων κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αυτής, καθώς και διπολικής διαταραχής στην ενήλικη ζωή, με μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις (περισσότερα διαζύγια, βία) και τις ακαδημαϊκές σπουδές. Πιο συγκεκριμένα, έφηβοι με μείζονα κατάθλιψη έχουν 2–7 περισσότερες πιθανότητες να έχουν κατάθλιψη ως ενήλικες σε σύγκριση με εφήβους χωρίς κατάθλιψη. Έφηβοι με κατάθλιψη είχαν λιγότερες πιθανότητες από μη καταθλιπτικούς να έχουν ολοκληρώσει υψηλότερη εκπαίδευση στην ηλικία των 30 ετών, ενώ γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης ανέφεραν περισσότερες εκτρώσεις, αποβολές, βία με τους συντρόφους τους, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, μεγαλύτερο αριθμό στενών σχέσεων, περισσότερα διαζύγια, και πως ήταν μόνες μητέρες. Από μια σημαντική μελέτη (του Maudsley) προκύπτει επίσης ότι η κατάθλιψη στην εφηβεία ενέχει αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή ανεξάρτητα από τη συννόσηση, ενώ οι συννοσηρές διαταραχές διαγωγής στα παιδιά αφορούν αυξημένα ποσοστά εξάρτησης από ουσίες, αλκοολισμού και διαταραχής αντικοινωνικής προσωπικότητας αργότερα. Σύμφωνα με άλλες μελέτες, οι διαταραχές προσωπικότητας (εξαρτημένου, αντικοινωνικού, και ιστριονικού τύπου) είναι πιθανό να αποτελούν εναλλακτικές μορφές συνέχειας για τη μείζονα κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση. Επιπλέον, η διπολική διαταραχή τύπου I στις μικρές ηλικίες συνδέεται με αυξημένα ποσοστά μανιακών επεισοδίων και χρήση ουσιών αργότερα, ενώ υπάρχει συχνά μεγάλη καθυστέρηση στην αναγνώριση και διάγνυσή της. Διάφοροι παράγοντες, όπως π.χ. δημογραφικοί, κλινικοί, οικογενειακοί και πρώιμες αντιξοότητες, συμβάλλουν και σχετίζονται με τη μακροχρόνια πορεία και έκβαση της κατάθλιψης και της δυσθυμίας, και κατά συνέπεια θα πρέπει να αξιολογούνται από τους κλινικούς: μεγαλύτερη ηλικία, χαμηλότερη εκπαίδευση, συνύπαρξη με διαταραχή άγχους, μεγαλύτερη οικογενειακή επιβάρυνση για χρόνια κατάθλιψη, ιστορικό όχι καλής σχέσης με τη μητέρα και ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Επιπροσθέτως, η μεγαλύτερη διάρκεια της δυσθυμίας αποτελεί προγνωστικό δείκτη για μεγαλύτερη λειτουργική έκπτωση μετά 10 έτη. Επειδή λοιπόν οι διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης στις μικρές ηλικίες, και κυρίως στην εφηβεία, είναι πιθανό να συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή, χρειάζεται να υπάρχει έγκαιρη αναγνώριση, αξιολόγηση και θεραπεία. Παιδιά που διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης και παιδιά με κατάθλιψη, ακόμα και μη κλινική, χρειάζεται να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται

έγκαιρα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας ή και τα σχολεία. Τέλος, είναι ιδιαίτερα σημαντική η συνέχιση της ψυχοκοινωνικής φροντίδας των πασχόντων από την παιδική στην εφηβική και αργότερα στην ενήλικη ζωή.

Λέξεις ευρητηρίου: Διαταραχές διάθεσης, διαταραχές συναισθήματος, παιδιά, έφηβοι, συνέχεια, ενήλικη ζωή.

Εισαγωγή

Οι ψυχικές (συναισθηματικές) και συμπεριφορικές διαταραχές αντιπροσώπευαν κατά το έτος 1990 το 11% της συνολικής επιβάρυνσης από νοσήματα παγκοσμίως (σε όρους DALYs/Disability-Adjusted Life Years). Το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί σε 15% μέχρι το έτος 2020. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2001, 2003), η κατάθλιψη ήταν η τέταρτη στη σειρά των νοσημάτων που συνεισέφεραν σε αυτή την επιβάρυνση το 1990 και αναμένεται να είναι η δεύτερη μέχρι το 2020 (με πρώτη την ισχαιμική καρδιακή νόσο).¹

Οι διαταραχές διάθεσης (μείζων κατάθλιψη, δυσθυμία) στις μικρές ηλικίες είναι συχνές, επιμένουσες, και υποτροπιάζουσες διαταραχές. Παιδιά και έφηβοι με Μείζονα Διαταραχή Κατάθλιψης (ΜΔΚ) βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών (στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η νικοτίνη και το αλκοόλ), σωματική νόσηση, πρώιμη εγκυμοσύνη, έκθεση σε αρνητικά γεγονότα ζωής, καθώς και χαμηλή εργασιακή, σχολική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.^{2,3}

Στη διάρκεια ενός επεισοδίου κατάθλιψης, τα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά έκπτωση στις σχολικές επιδόσεις και στις σχέσεις τους με τους άλλους. Τα τελευταία 25 χρόνια η ηλικία έναρξης της ΜΔΚ φαίνεται να μειώνεται σταθερά. Έχει υπολογιστεί πως η μέση διάρκεια ενός επεισοδίου ΜΔΚ είναι 9 μήνες (3–6 για κοινοτικά και 5–8 για κλινικά δείγματα) και η μέση διάρκεια ανάρρωσης από δυσθυμία 4 έτη. Η διάρκεια των επεισοδίων ΜΔΚ μπορεί να φτάσει ακόμα και τα 10 χρόνια (μέση 26 εβδομάδες).³ Ο κίνδυνος για συνεχόμενα επεισόδια ΜΔΚ ή Δυσθυμικής Διαταραχής (ΔΔ) είναι υψηλός: 40% στη διετία και 72% στην 5ετία.⁴ Από τους εφήβους που ανάρρωσαν, 1/3 παρουσίασε νέο επεισόδιο μέσα στην 4ετία. Παράγοντες που συνδέονται με υποτροπή είναι διαταραχή διάθεση πρώιμης έναρξης στον γονέα, απουσία πλήρους ανάρρωσης από επεισόδιο κατάθλιψης, προϋπάρχουσα κοινωνική δυσλειτουργικότητα, ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης και

οικογενειακών συγκρούσεων. Διάφορες μελέτες, σε κλινικούς και μη πληθυσμούς, έχουν δείξει ότι η ΜΔΚ στην παιδική ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ΜΚΔ και διπολικής διαταραχής στην ενήλικη ζωή,^{3–6} με μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις (περισσότερα διαζύγια, βία) και τις ακαδημαϊκές σπουδές.^{7,8}

Η Διπολική Διαταραχή στις μικρές ηλικίες αφορά γρήγορες εναλλαγές διάθεσης σε συνδυασμό με υψηλά ποσοστά συννοσηρών διαταραχών και δυσκολίες στη διάγνωση και θεραπεία. Η διαταραχή έχει χειρότερη μακροχρόνια έκβαση όταν υπάρχει έναρξη σε νεαρή ηλικία, εμφανίζεται σε οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, έχει υποκλινικά συμπτώματα, μακρά διάρκεια νόσου, γρήγορες εναλλαγές διάθεσης, ψυχωσικά στοιχεία, συννοσηρές διαταραχές και οικογενειακή ψυχοπαθολογία.⁹

Μακροχρόνια παρακολούθηση και πορεία/έκβαση παιδικής ψυχοπαθολογίας

Η μακροχρόνια μελέτη 4627 ατόμων της Medical Research Council National Survey of Health & Development (το Βρετανικό δείγμα γέννησης του 1946),¹⁰ έδειξε ξεχωριστά προφίλ συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους στη διάρκεια ζωής, καθώς και ενδιαφέρουσες συσχετίσεις τους με νευρο-αναπτυξιακούς δείκτες της πρώιμης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, μετρήθηκαν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στις ηλικίες 13, 15, 36, 43 και 53 ετών, και μελετήθηκαν προγνωστικοί δείκτες της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Μέχρι την ηλικία των 53 ετών, 44,8% του δείγματος δεν παρουσίαζε συμπτώματα, 33,6% είχαν επαναλαμβανόμενα συμπτώματα μετρίου βαθύτητας, 11,3% μέτρια συμπτώματα με έναρξη στην ενηλικίωση, 5,8% συμπτώματα της εφηβείας με καλή έκβαση στην ενηλικίωση, 2,9% σοβαρά συμπτώματα με έναρξη στην ενηλικίωση και 1,7% επαναλαμβανόμενα σοβαρά συμπτώματα στη διάρκεια της ζωής. Τα βρέφη με μεγαλύτερο σωματικό βάρος είχαν μικρότερη πιθανότητα για συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους [odds ratio (OR)=0,92, 95% confidence interval (CI) 0,85–0,99],

ενώ η καθυστέρηση στην ηλικία που το παιδί στάθηκε όρθιο (OR=1,19, 95% CI 1,11–1,28) και περπάτησε (OR=1,22, 95% CI 1,14–1,31) σχετίζονταν με μεγαλύτερη πιθανότητα συμπτωμάτων αργότερα, ελέγχοντας τις κοινωνικές καταστάσεις και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής στην παιδική ηλικία.

Μια προοπτική μακροχρόνια έρευνα ενός αντιπροσωπευτικού κοινοτικού δείγματος 269 Γερμανών παιδιών και εφήβων αποσκοπούσε στη μελέτη της πορείας και προγνωστικής ισχύος ψυχιατρικών συμπτωμάτων στην παιδική και εφηβική ηλικία και της έκβασής τους (ICD-10) 18 χρόνια αργότερα στην ενήλικη ζωή.¹¹ Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δύο χρονικές στιγμές, αρχικά (1980–1984) με τη χρήση της συνέντευξης Standardized Psychiatric Interview, και 18 χρόνια αργότερα (2001–2004) με τη χρήση της συνέντευξης standardized M-CIDI. Το ποσοστό συμμετοχής στην επαναξιολόγηση ήταν 82%. Η συχνότητα κλινικών συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους ή φοβίας ήταν σημαντικά υψηλότερη εάν οι συμμετέχοντες ήταν νεότεροι συγκριτικά με τις βαθμολογίες τους στην ενήλικη ζωή. Αυξημένα επίπεδα σωματικών συμπτωμάτων, κόπωσης, ευερεθιστότητας, διαταραχών ύπνου, κατάθλιψης, άγχους, ανησυχίας και φοβικών συμπτωμάτων στην παιδική/εφηβική ζωή σχετίζονταν με υψηλότερο κίνδυνο ψυχιατρικής διαταραχής στην ενηλικίωση. Τα συμπτώματα κατάθλιψης αποτελούσαν προγνωστικούς δείκτες τόσο για διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης όσο και για χρήση ουσιών στην ενήλικη ζωή, ενώ οι φοβίες για ανάπτυξη διαταραχών άγχους αργότερα.¹¹

Οι Reef et al⁶ έχουν ερευνήσει τη συνέχεια της παιδικής ψυχοπαθολογίας 24 χρόνια αργότερα. Το 1983 έλαβαν βαθμολογήσεις από γονείς της συμπεριφοράς δείγματος γενικού πληθυσμού 2076 παιδιών με τη χρήση του Child Behaviour Checklist (CBCL) και, 24 χρόνια αργότερα, 1365 συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το Adult Self-Reports (ASR). Από τους συμμετέχοντες που ταξινομήθηκαν ως αποκλίνοντες στην παιδική ηλικία, 22,2% ταξινομήθηκαν ως αποκλίνοντες και στην ενήλικη ζωή. Αν και οι βαθμολογήσεις στην παιδική ηλικία έγιναν από τους γονείς, και στην ενηλικίωση (24 χρόνια μετά) με αυτοαναφορές από ανάλογο ερωτηματολόγιο, βρέθηκε συνέχεια της ψυχοπαθολογίας από την παιδική στην ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, τα προβλήματα άγχους/κατάθλιψης, επιθετικότητας και παραβατικότητας, αποτελούσαν κύριους προγνωστικούς παράγοντες για ψυχοπαθολογία στην ενηλικίωση.

Συνέχεια παιδικής κατάθλιψης στην εφηβική και νεαρή ενήλικη ζωή

Η μελέτη των Lewinshon et al⁴ αφορούσε συγκρίσεις ποσοστών διαταραχών διάθεσης και άλλων διαταραχών μεταξύ 19 και 24 ετών. Οι ερευνητές μελέτησαν ένα μεγάλο κοινοτικό δείγμα 261 νεαρών με ΜΔΚ, 73 με διαταραχή προσαρμογής, 133 με διαταραχή μη συναισθηματικού τύπου και 272 χωρίς διαταραχή. Στη νεαρή ενήλικη ζωή, η ΜΔΚ ήταν σημαντικά συχνότερη στην ομάδα των εφήβων με ΜΔΚ (9% έναντι 5,6% έναντι 3,7%, αντιστοίχως). Επίσης, έφηβοι με ΜΔΚ είχαν υψηλά ποσοστά μη συναισθηματικών διαταραχών στη νεαρή ενήλικη ζωή, που όμως δεν διέφερε σημαντικά από τους εφήβους με μη συναισθηματική διαταραχή (6,6% έναντι 7,2%). Οι ερευνητές, οι οποίοι βρήκαν χαμηλά ποσοστά Δυσθυμικής και Διπολικής Διαταραχής (μικρότερα του 1%), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντική συνέχεια της ΜΔΚ από την εφηβεία στη νεαρή ενήλικη ζωή.

Οι Weissman et al¹² μελέτησαν 83 παιδιά με ΜΔΚ, 44 μάρτυρες με άγχος και 91 φυσιολογικούς μάρτυρες, και ακολούθησε επανεξέταση μετά 10–15 χρόνια των ενήλικων πλέον ατόμων. Οι ερευνητές βρήκαν ότι τα παιδιά με ΜΔΚ είχαν τριπλάσιο κίνδυνο αποπειρών αυτοκτονίας συγκριτικά με τα φυσιολογικά παιδιά και διπλάσιο συγκριτικά με εκείνα που είχαν άγχος, καθώς και ανάπτυξη διπολικής διαταραχής. Επιπλέον, βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος για διαταραχή χρήσης ουσιών και διαταραχές διαγωγής, αλλά όχι για άλλες διαταραχές, μακροχρόνια αυξημένη χρήση ψυχιατρικών και ιατρικών υπηρεσιών και συνολική ελλειμματική λειτουργικότητα. Τέλος, παιδιά με προεφηβική ΜΔΚ, καθώς και υποτροπιάζουσα ΜΔΚ, είχαν σε υψηλότερα ποσοστά συγγενείς πρώτου βαθμού με ΜΔΚ.

Η μακροχρόνια μελέτη του Maudsley¹³ παιδιών και εφήβων με κατάθλιψη αφορούσε 149 άτομα με ΜΔΚ (53 με διαταραχή διαγωγής), τα οποία επανεξετάστηκαν 20 χρόνια αργότερα. 62,4% βρέθηκαν με υποτροπιάζουσα ΜΔΚ και 75,2% με οποιαδήποτε κατάθλιψη. Η ομάδα των παιδιών με διαταραχή διαγωγής είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης ουσιών και εξάρτησης, αλκοολισμού και αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Οι ερευνητές συμπεραίνουν πως η εφηβική κατάθλιψη έχει αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή, ανεξάρτητα από τη συννοσηρότητα.

Είναι γνωστό πάντως ότι 1/3 των καταθλιπτικών παιδιών εμφανίζουν διαταραχή διαγωγής. Στη μελέτη των Harrington et al,¹⁴ η παρουσία διαταραχής διαγωγής σε παιδιά με κατάθλιψη αποτελούσε καλό προγνωστικό σημείο αναφορικά με την έκβαση της κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή, όχι όμως και για τη διαταραχή διαγωγής, αφού τα παιδιά με κατάθλιψη και διαταραχή διαγωγής παρουσίαζαν υψηλότερο κίνδυνο για εγκληματικότητα στην ενηλικίωση συγκριτικά με καταθλιπτικά παιδιά χωρίς διαταραχή διαγωγής. Το ερώτημα λοιπόν είναι μήπως η κατάθλιψη αποτελεί μάλλον ένα πρώιμο χαρακτηριστικό της διαταραχής διαγωγής παρά μια ξεχωριστή συννοσηρή κατάσταση.

Σε άλλη μελέτη¹⁵ 364 εφήβων 15–18 ετών, με τη χρήση του ερωτηματολογίου Youth Self-Report και στην επανεκτίμηση, 2 και 4 έτη αργότερα, άτομα 19 ετών ή μεγαλύτερα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Young Adult Self-Report, το οποίο προέρχεται από το Youth Self-Report. Σχεδόν 40% των εφήβων που ταξινομήθηκαν ως αποκλίνοντες αρχικά, απέκλιναν και 4 χρόνια αργότερα. Δεν υπήρχε διαφορά στη συνέχεια μεταξύ εσωτερικευμένου και εξωτερικευμένου τύπου προβλημάτων σε αυτό το δείγμα. Όλοι οι τύποι προβλημάτων έτειναν να επιμένουν σε παρόμοιο βαθμό, ακόμα και προβλήματα που θεωρούνται τυπικά της παιδικής ηλικίας, όπως π.χ. προβλήματα προσοχής και υπερκινητικότητας.

Η κατάθλιψη στην εφηβεία και η σχέση της με την ακαδημαϊκή εκπαίδευση, τη δημιουργία στενών σχέσεων και την ανατροφή παιδιών στην ενηλικίωση

Η έρευνα των Jonsson et al^{7,8} αφορούσε συγκριτική μελέτη πληθυσμού στην ηλικία των 16–17 ετών και επανεξέταση μια 15ετία αργότερα μεταξύ καταθλιπτικών (n=361) και μη-καταθλιπτικών εφήβων (n=248). Οι έφηβοι με κατάθλιψη είχαν λιγότερες πιθανότητες από τους μη-καταθλιπτικούς να έχουν ολοκληρώσει υψηλότερη εκπαίδευση στα 30 (γυναίκες και άνδρες). Ελέγχοντας τις σχολικές επιδόσεις, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την εκπαίδευση της μητέρας, η μικρότερη πιθανότητα για υψηλότερη εκπαίδευση παρέμεινε για τους άνδρες με κατάθλιψη αλλά όχι και για τις γυναίκες με κατάθλιψη.⁸ Στην ίδια μελέτη, οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης ανέφεραν περισσότερες εκτρώσεις, αποβολές, βία με τους συντρόφους τους και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Επιπλέον, εί-

χαν μεγαλύτερο αριθμό στενών σχέσεων, περισσότερα διαζύγια και ήταν μόνες μητέρες. Οι καταθλιπτικές γυναίκες με συννοσηρή διασπαστική διαταραχή είχαν ιδιαίτερα άσχημη έκβαση. Οι άνδρες με ιστορικό κατάθλιψης δεν είχαν περισσότερα προβλήματα αργότερα στις στενές σχέσεις τους.⁷

Παιδική κατάθλιψη και διαταραχές προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή

Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι οι διαταραχές προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή μπορεί να αποτελούν εναλλακτικά «μονοπάτια» συνέχειας (alternative pathways of continuity) της παιδικής κατάθλιψης. Μια τέτοια μελέτη¹⁶ αφορούσε ένα τυχαίο δείγμα 551 νέων, των οποίων οι αξιολογήσεις (αυτοαναφορές και αναφορές μητέρων) πραγματοποιήθηκαν στην ηλικία των 12,7 ετών, 15,2 ετών και 21,1 ετών. Οι πιθανότητες για εξαρτητική, αντικοινωνική, παθητική-επιθετική, ιστριονική διαταραχή προσωπικότητας αυξήθηκαν κατά 13, 10, 7 και 3 φορές αντίστοιχα επί υπάρξεως ιστορικού ΜΔΚ. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι οι διαταραχές προσωπικότητας (εξαρτητική, αντικοινωνική, παθητική-επιθετική, ιστριονική) μπορεί να αποτελούν εναλλακτικές μορφές συνέχειας για ΜΔΚ και άλλες διαταραχές του Άξονα Ι στη μετάβαση από την παιδική στην ενήλικη ζωή.

Συνέχεια δυσθυμικής διαταραχής και διπλής κατάθλιψης

Η μελέτη των Klein et al¹⁷ αποσκοπούσε στον εντοπισμό προγνωστικών δεικτών της 10ετούς πορείας της Δυσθυμικής Διαταραχής (ΔΔ) και της Διπλής Κατάθλιψης. Ογδόντα επτά ασθενείς με ΔΔ πρώιμης έναρξης (σε ηλικία μικρότερη των 21 ετών) αξιολογήθηκαν 5 φορές σε διαστήματα ανά 30 μήνες για 10 έτη. Προγνωστικοί δείκτες της βαρύτητας της κατάθλιψης και της λειτουργικής έκπτωσης στα 10 έτη ήταν: μεγαλύτερη ηλικία, χαμηλότερη εκπαίδευση, συνύπαρξη με διαταραχή άγχους, μεγαλύτερη οικογενειακή επιβάρυνση για χρόνια κατάθλιψη, ιστορικό όχι καλής σχέσης με τη μητέρα και ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Επιπροσθέτως, η μεγαλύτερη διάρκεια της ΔΔ αποτελούσε προγνωστικό δείκτη για μεγαλύτερη λειτουργική έκπτωση μετά 10 έτη. Φαίνεται δηλαδή πως δημογραφικοί, κλινικοί, οικογενειακοί παράγοντες και πρώιμες αντιξοότητες συμβάλλουν και σχετίζονται με τη μακροχρόνια μετάβαση και έκβα-

ση της ΔΔ, και κατά συνέπεια θα πρέπει να αξιολογούνται από τους κλινικούς.¹⁷

Συνέχεια διπολικής διαταραχής στην εφηβεία και νεαρή ενήλικη ζωή

Η διπολική διαταραχή με παιδική έναρξη αποτελεί ένα θέμα μάλλον αμφιλεγόμενο στην Παιδική και Εφηβική Ψυχιατρική, αναφορικά με τον επιπολασμό, τα διαγνωστικά κριτήρια, την κλινική εικόνα, ενώ και η συνέχειά της στην ενήλικη ζωή εγείρει επίσης πολλά ερωτήματα.¹⁸

Οι Lewinsohn et al¹⁹ μελέτησαν ένα μεγάλο τυχαία επιλεγμένο κοινοτικό δείγμα (n=1507), το οποίο αξιολογήθηκε δύο φορές στην εφηβεία και μία υποομάδα (n=893) στα 24 έτη. Συγκρίθηκαν πέντε ομάδες: με διπολική διαταραχή, υποκλινική διπολική διαταραχή, μείζονα κατάθλιψη, διασπαστική διαταραχή συμπεριφοράς, καμία διαταραχή. Τα ποσοστά διπολικής διαταραχής ήταν 1% στην εφηβεία, και 2% στην ενήλικη ζωή και της υποκλινικής διπολικής διαταραχής 5%. Λιγότερο από 1% των περιπτώσεων ΜΚΔ «μεταπήδησαν» σε διπολική διαταραχή στα 24 έτη. Οι ομάδες με διπολική και υποκλινική διπολική διαταραχή είχαν αυξημένα ποσοστά συμπτωμάτων αντικοινωνικής και οριακής προσωπικότητας. Συγκριτικά με την ομάδα χωρίς διαταραχή, παρουσίαζαν σημαντικό έλλειμμα λειτουργικότητας και μεγαλύτερη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών στα 24 έτη. Οι συγγενείς εφήβων με διπολική και υποκλινική διπολική διαταραχή είχαν αυξημένα ποσοστά ΜΔΚ και διαταραχών άγχους.

Οι Geller et al²⁰ μελέτησαν τη συνέχεια της διπολικής διαταραχής τύπου Ι με την ενήλικη μορφή τύπου Ι. Το δείγμα τους αποτελούσαν 115 παιδιά, ηλικίας 11,1 ετών, με διπολική διαταραχή τύπου Ι, μικτή ή μανιακή φάση, με 1 ή και τα 2 κύρια συμπτώματα και βαθμολογία μικρότερη του 60 στο CGAS. Στην επανεξέταση μετά από 8 έτη, 88% είχαν διαστήματα χωρίς πρόβλημα, αλλά 73% αυτών υποτροπίασαν σε μανία. Η έλλειψη μητρικής ζεστασιάς (maternal warmth) αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα για υποτροπή της μανίας. Το 2ο και 3ο επεισόδιο χαρακτηρίζονταν από ψυχωσικά στοιχεία, ημερήσια διακύμανση και μακρά διάρκεια, αλλά σημαντικά βραχύτερη των πρώτων επεισοδίων. Στους άνω των 18 ετών, 44,4% είχαν μανιακά επεισόδια (13-44 φορές μεγαλύτερα της επίπτωσης στον γενικό πληθυσμό) και 35,2% δια-

ταραχές χρήσης ουσιών (ποσοστά παρόμοια με τον τύπο διπολικής διαταραχής τύπου Ι στον ενήλικο).

Μια άλλη μελέτη²¹ αφορούσε τη διπολική διαταραχή πρώιμης έναρξης, την καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας της και την έκβασή της στην ενηλικίωση. 529 ενήλικες εξωτερικοί ασθενείς (μέση ηλικία: 42 έτη) με διπολική διαταραχή βαθμολογήθηκαν προοπτικά με τη NIMH-Life Chart Method στη διάρκεια θεραπείας για 4 έτη. 50% είχαν έναρξη νόσου στην παιδική ή εφηβική ηλικία. Τον πρώτο χρόνο είχαν μεγαλύτερη βαρύτητα κατάθλιψης και μανίας, μεγαλύτερο αριθμό επεισοδίων, καθώς και περισσότερες μέρες με κατάθλιψη. Μετά 4 έτη, η μέση βαρύτητα και διάρκεια της κατάθλιψης παρέμενε μεγαλύτερη και οι μέρες με καλή διάθεση λιγότερες. Η καθυστέρηση στην έναρξη θεραπείας ήταν αντιστρόφως ανάλογη με την ηλικία έναρξης της νόσου και σχετιζονταν με περισσότερο χρόνο σε κατάθλιψη, μεγαλύτερη βαρύτητα κατάθλιψης, μεγαλύτερο αριθμό επεισοδίων, καθώς και λιγότερες μέρες σε καλή διάθεση.

Παιδιά γονέων με διαταραχές καταθλιπτικού τύπου

Είναι γνωστό πως τα παιδιά ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη προβλημάτων στη φυσιολογική τους ανάπτυξη, καθώς και για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Μία από αυτές τις μελέτες²² αφορούσε την παρακολούθηση 151 παιδιών ασθενών με μέτρια-σοβαρή κατάθλιψη ή μη ψυχιατρικών ασθενών για 20 χρόνια. Η ομάδα των παιδιών με γονείς-ασθενείς παρουσίαζε αυξημένο κίνδυνο (τριπλάσιο) να αναπτύξουν διαταραχές άγχους, μείζονα κατάθλιψη, εξάρτηση από ουσίες και μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα. Η περίοδος που εμφανιζόταν με μεγαλύτερη συχνότητα η κατάθλιψη ήταν στην ηλικία των 10-15 ετών, κυρίως στις γυναίκες. Επίσης, μεγαλύτερα ποσοστά ιατρικών προβλημάτων και θνησιμότητας εμφανίζονταν με την είσοδο στη μέση ηλικία. Οι ερευνητές (Weissmann et al 2006) τονίζουν την ανάγκη για έγκαιρη εντόπιση ψυχοπαθολογίας στα παιδιά των ασθενών με κατάθλιψη. Μια μελέτη παρακολούθησης²³ επί 10 έτη 182 παιδιών με καταθλιπτικούς και μη γονείς, που αφορούσε τις (ανεξάρτητες) επιδράσεις των οικογενειακών συγκρούσεων και της κατάθλιψης των γονέων στα παιδιά τους, έδειξε ότι η κατάθλιψη των γονέων αποτελεί ισχυρό και σταθερό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης ΜΔΚ και άγχους

στα παιδιά τους. Επί απουσίας κατάθλιψης στους γονείς, τα παιδιά έχουν μικρότερη έκθεση σε συγκρούσεις και χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας. Επί παρουσίας οικογενειακών συγκρούσεων, τα επίπεδα ΜΔΚ, άγχους και χρήσης ουσιών αυξήθηκαν. Όταν τα παιδιά ενηλικιώθηκαν, οι επιδράσεις της κατάθλιψης των γονέων και των οικογενειακών συγκρούσεων επέμεναν.

Συμπεράσματα

Πολλές μελέτες σε κοινοτικούς και κλινικούς πληθυσμούς δείχνουν γενικά σημαντική συνέχεια των διαταραχών διάθεσης της παιδικής και κυρίως εφηβικής ηλικίας στην ενήλικη ζωή. Γενικά η έκβαση δεν

είναι καλή, υπάρχουν όμως περιθώρια αισιοδοξίας για βελτιωμένη πορεία της κατάθλιψης στα παιδιά και στους εφήβους στο μέλλον. Οι μελέτες αποτελεσματικότητας πολλών μορφών ψυχοθεραπείας στα παιδιά και στους εφήβους, καθώς και η χρήση νεότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ίσως οδηγήσουν σε πιο αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση των ανήλικων ασθενών με κατάθλιψη και σε καλύτερα αποτελέσματα. Είναι λοιπόν προφανής η ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευση, διαγνωστική αξιολόγηση και θεραπεία των διαταραχών συναισθηματικής διάθεσης στους νεαρούς ασθενείς, καθώς και η ανάγκη για συνέχεια στην ψυχοκοινωνική φροντίδα και θεραπεία τους από τις μικρές ηλικίες στην ενηλικίωση.²⁴

Mood disorders in childhood and adolescence: Continuities and discontinuities to adulthood

G. Kolaitis

Department of Child Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, "Aghia Sophia" Children's Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2012, 23:S94–S100

Studies in Child and Adolescent Psychiatry show that both internalizing and externalizing problems tend to persist in adulthood, e.g. it has been found that almost 40% of the adolescents who were classified as deviant initially were still deviant 4 years later. In a more recent study, over a large period of 24 years, continuity of psychopathology was found from childhood into adulthood; anxious/depressed and other problems in childhood were core predictors for adult psychopathology. Other studies also show that there is substantial continuity, morbidity, and potential mortality from suicide into adulthood in patients with adolescent-onset major depressive disorder. Formerly depressed adolescents are at higher risk for recurrence of major depressive disorder during young adulthood; more specifically, depressed adolescents are at 2–7 times increased odds of being depressed as adults, compared with non-depressed controls. In addition, recent studies indicate that symptoms of depression in adolescence strongly predict an episode of major depression, suicidal ideation and rates for treatment for depression in adulthood, even among adolescents without major depression. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression showed that adolescent depression carries an elevated risk of adult depression irrespective of comorbidity, and that comorbid conduct disorder in childhood is associated with raised rates of other psychiatric outcomes. Personality disorders, i.e. of dependent, antisocial, passive-aggressive, and histrionic type, may represent alternative pathways of continuity for major depressive disorder and other Axis I disorders across the child-adult transition. Bipolar disorder in childhood is often found to be associated with long delays to first treatment. Studies have shown that both childhood onset and treatment delay are associated with a persistently more adverse course of illness in adulthood. Earlier and more effective treatment of bipolar disorder in children and adolescents would result in a more benign illness and a better prognosis in adulthood. Lastly, parental depression is a strong and consistent risk factor for offspring major depression and anxiety disorder. When offspring mature into young adulthood, effects of parental depression and family discord persist. Because child and espe-

cially adolescent mood disorders are likely to continue into adulthood, early identification, assessment and treatment are warranted; capacity for treatment of children at earlier stages of risk and disorder needs to be developed in other public sectors, such as primary health care and schools. In addition, continuity of care from childhood and adolescence to adulthood is needed.

Key words: Mood disorders, depression, children, adolescents, continuity, adulthood.

Βιβλιογραφία

- Murray CJL, Lopez AD (eds) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol 1), 1996
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:1427–1439
- Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:56–63
- Kovacs M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:705–715
- Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry* 1999, 156:133–135
- Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst F, van der Ende J. Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2009, 120:230–238
- Jonsson U, Bohman H, Hjern A, von Knorring L, Paaren A, Olsson G et al. Intimate relationships and childbearing after adolescent depression: a population-based 15 year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010 May 30. (Epub ahead of print)
- Jonsson U, Bohman H, Hjern A, von Knorring L, Olsson G, von Knorring AL. Subsequent higher education after adolescent depression: a 15-year follow-up register study. *Eur Psychiatry* 2010, 25:396–401
- Birmaher B, Axelson D. Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: a review of the existing literature. *Dev Psychopathol* 2006, 18:1023–1035
- Colman I, Ploubidis GB, Wadsworth ME, Jones PB, Croudace TJ. A longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course. *Biol Psychiatry* 2007, 62:1265–1271
- Fichter MM, Kohlboeck G, Quadflieg N, Wyszkon A, Esser G. From childhood to adult age: 18-year longitudinal results and prediction of the course of mental disorders in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009, 44:792–803
- Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999, 281:1707–1713
- Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry* 2001, 179:210–217
- Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, 30:434–439
- Ferdinand RF, Verhulst FC, Wiznitzer M. Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:680–690
- Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Smailes E, Brook JS. Childhood depression and adult personality disorder: alternative pathways of continuity. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:231–236
- Klein DN, Shankman SA, Rose S. Dysthymic disorder and double depression: prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *J Psychiatr Res* 2008, 42:408–415
- Da Fonseca D, Bat F, Rouviere N, Campredon S, Bastard-Rosset D, Viellard M et al. Bipolar disorder: Continuity from child to adult? *Encephale* 2010, 36(Suppl 6):173–177
- Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disord* 2000, 2:281–293
- Geller B, Tillman R, Bolhofner K, Zimmerman B. Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 65:1125–1133
- Post RM, Leverich GS, Kupka RW, Keck PE Jr, McElroy SL, Altshuler LL et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *J Clin Psychiatry* 2010, 71:864–872
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006, 163:1001–1008
- Nomura Y, Wickramaratne PJ, Warner V, Mufson L, Weissman MM. Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41:402–409
- Care continuity for patients with depression during transition from childhood to adulthood. *Nippon Rinsho* 2010, 68:93–96

Αλληλογραφία: Γ. Κολαΐτης, Διευθυντής, Παιδοψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Θηβών και Παπαδιαμαντοπούλου, 115 27 Γουδής, Αθήνα
Τηλ: (+30) 210-77 09 200
e-mail: gkolaitis@med.uoa.gr