

Identyfikacja dzieci i nastolatków zagrożonych depresją – przesiewowa ocena podczas wizyty w poradni diabetologicznej

Maureen Monaghan, PhD, Chandra Singh, BS, Randi Streisand, PhD, CDE,
Fran R. Cogen, MD, CDE

W skrócie

Depresja jest jedną z najczęstszych chorób współistniejących u chorych na cukrzycę typu 1 i 2. Jednoczesne występowanie depresji i cukrzycy wiąże się z gorszym przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych i mniejszym codziennym zaangażowaniem chorych w leczenie cukrzycy, prowadząc często do suboptymalnej kontroli metabolicznej i wzrostu częstości występowania powikłań cukrzycy. Pediatrzy zajmujący się leczeniem cukrzycy znajdują się w wyjątkowo korzystnej sytuacji umożliwiającej wykrywanie zmian zachowania następujących w ciągu dłuższego czasu, wczesną identyfikację dzieci i nastolatków zagrożonych depresją oraz stosowanie odpowiednich interwencji o charakterze zapobiegawczym. W niniejszym artykule dokonano przeglądu procesu diagnostyki różnicowej, którą muszą w takich sytuacjach przeprowadzać pediatrzy. Przedstawiono też praktyczne rady dla lekarzy oceniających objawy depresji i podejmujących działania z tego powodu podczas rutynowych wizyt w poradni diabetologicznej.

Cukrzyca jest jednym z najszybciej narastających problemów zdrowia publicznego, ponieważ zwiększa się częstość rozpoznawania zarówno cukrzycy typu 1, jak i typu 2, szczególnie wśród małych dzieci.^{1,2} Rozpoznanie przewlekłej choroby, jaką jest cukrzyca, jest istotnym czynnikiem ryzyka kilku pokrewnych rozpoznań, w tym współistniejących chorób somatycznych, takich jak zespół metaboliczny i choroby autoimmunologiczne, a także problemów psychospołecznych, takich jak zaburzenia nastroju.³

Depresja jest jedną z najczęstszych chorób współistniejących z cukrzycą typu 1 i 2. Ocenia się, że klinicznie istotne objawy depresji zgłasza 12-18% dzieci i nastolatków chorych na cukrzycę.^{4,7} Obecnie tylko u połowy wszystkich nastolatków z depresją ten problem zostaje zidentyfikowany i rozpoznany przed osiągnięciem dorosłości.⁸ Pediatrzy i diabetolodzy dziecięcy znajdują się w wyjątkowo korzystnej sytuacji i mogą wykrywać wczesne objawy depresji i podejmować odpowiednie leczenie. Wykrywanie i leczenie depresji może być ważnym elementem postępowania terapeutycznego w cukrzycy.

Większość badań naukowych dotyczących zależności między cukrzycą a depresją przeprowadzono wśród dorosłych. U dorosłych chorych na cukrzycę częstość

występowania depresji jest podobna do stwierdzanej u nastolatków: kliniczne istotne objawy depresji zgłasza w dowolnym momencie około 12-15% dorosłych. Badając populacje składające się głównie z chorych na cukrzycę typu 2 oszacowano, że rozpoznanie cukrzycy wiąże się z podwojeniem ryzyka depresji u dorosłych.⁹ Do czynników związanych ze zwiększonym ryzykiem depresji wśród dorosłych chorych na cukrzycę należą: większa liczba współistniejących chorób somatycznych, płeć żeńska, młodszy wiek oraz większe wartości HbA_{1c}.^{3,10} Depresja może również wpływać na przebieg leczenia cukrzycy: u chorych z rozpoznaną depresją i cukrzycą częściej obserwuje się powikłania związane z cukrzycą, większe są obciążenia wynikające z cukrzycy,¹¹ gorsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych oraz większe wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej.¹²

Mimo że na temat depresji i cukrzycy u dzieci i nastolatków wiadomo mniej, badacze zaczynają rozpoznawać czynniki ryzyka związane z rozwojem depresji u młodych chorych na cukrzycę. Kovacs i wsp.¹³ przeanalizowali dane zebrane prospektywnie od momentu rozpoznania cukrzycy u 92 osób i stwierdzili, że w ciągu 10 lat trwania badania 47,6% badanych spełniło w którymś momencie przed osią-

gnięciem wieku 20 lat kryteria diagnostyczne współistniejącej choroby psychicznej, a najczęstszym z tych problemów była w tej populacji depresja (27%). Hood i wsp.⁴ stwierdzili, że depresja była bardziej prawdopodobna u kobiet, które rzadziej samodzielnie monitorowały stężenie glukozy we krwi, wykazywały się gorszą kontrolą metaboliczną i zgłaszały większe konflikty związane z cukrzycą oraz większe obciążenia wynikające z cukrzycy. W ogólnokrajowym badaniu SEARCH,⁷ do którego włączono 2672 młode osoby, stwierdzono większe średnie nasilenie depresji u kobiet niż u mężczyzn, a także większe ryzyko pogorszenia nastroju u mężczyzn chorych na cukrzycę typu 2 niż typu 1.

Mimo że badacze poznali charakterystykę populacji chorych na cukrzycę, która zwiększa ryzyko depresji, niedawne badania prowadzone wśród nastolatków porównujące częstość występowania depresji wśród młodych chorych na cukrzycę oraz w ogólnej populacji nastolatków przyniosły niejednoznaczne wyniki.¹⁴ Samo rozpoznanie cukrzycy nie może wystarczyć do stwierdzenia wzrostu częstości występowania zaburzeń depresyjnych.¹⁵ Przesiewowe wykrywanie objawów depresji powinno jednak być integralnym elementem opieki nad chorymi na cukrzycę, biorąc pod uwagę częstość występowania depresji w ogólnej populacji nastolatków (oceniają nawet na 18%),¹⁶ a także potencjalny związek współistnienia depresji i cukrzycy z nieprzestrzeganiem zaleceń dotyczących aktywnego udziału chorych w leczeniu cukrzycy oraz gorszymi wynikami leczenia.

Jednym z najistotniejszych problemów związanych z jednoczesnym rozpoznaniem depresji i cukrzycy jest związek między depresją a zwiększonym ryzykiem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, prowadzący do suboptymalnej kontroli metabolicznej i występowania powikłań cukrzycy. Stewart i wsp.¹⁷ stwier-

dzieli, że cukrzyca kwasica ketonowa była dwukrotnie bardziej prawdopodobna u dzieci zgłaszających klinicznie istotne objawy depresji. Również Rewers i wsp.¹⁸ zaobserwowali, że obecność choroby psychicznej, w tym depresji, prowadziła do wzrostu ryzyka cukrzycowej kwasicy ketonowej i ciężkiej hipoglikemii z powodu rzadszego kontrolowania stężenia glukozy we krwi, większej zmienności diety oraz zaburzeń cyklu snu i czuwania. Lustman i wsp.¹⁹ wysunęli hipotezę, że możliwa jest dwukierunkowa zależność patofizjologiczna: zła kontrola metaboliczna może prowadzić do dysforii, która z kolei powoduje, że chory zwraca mniejszą uwagę na leczenie cukrzycy, co ostatecznie prowadzi do gorszej kontroli metabolicznej.

Mimo niewątpliwie zwiększonego ryzyka depresji u młodych osób, u których rozpoznano cukrzycę, u wielu nastolatków i młodych dorosłych objawy depresji nie są identyfikowane odpowiednio szybko.²⁰ Ponieważ zespoły prowadzące leczenie cukrzycy typowo widują takich nastolatków trzy do czterech razy w roku i rutynowo oceniają czynniki medyczne i rodzinne związane z leczeniem cukrzycy, pediatrzy zajmujący się leczeniem cukrzycy mają wyjątkową okazję, aby przesiewowo oceniać występowanie depresji u nastolatków i kierować zagrożonych do dalszej oceny i leczenia. Rutynowe przesiewowe wykrywanie cukrzycy podczas wizyt w gabinecie jest ważną częścią systemu aktywnego wyłaniania chorych zagrożonych powikłaniami i kierowania ich do odpowiednich specjalistów.²¹

Wykrywanie depresji przez pediatrów zajmujących się leczeniem cukrzycy wymaga jednak zwracania uwagi na ten problem, a także odpowiednich umiejętności, a ograniczenia czasowe związane z wizytami w przychodni mogą przyczyniać się do opóźnienia rozpoznania. Co więcej, zależności między leczeniem cukrzycy, depresją oraz objawami fizycznymi i emocjonalnymi zgłaszanymi przez chorych są złożone, a pediatrzy często muszą wykluczać wiele chorób mogących naśladować objawy zaburzeń nastroju u dzieci i nastolatków, takie jak niedoczynność tarczycy,²² celiakia,²³ bezdech podczas snu²⁴ oraz niedobór witaminy D.²⁵

Dwa przytoczone poniżej przypadki ilustrują stopień złożoności rutynowych 20-30-minutowych wizyt w przychodni diabetologicznej, odbywających się z udziałem lekarza i dyplomowanego instruktora diabetologicznego oraz podkreślają trudności związane z podejmowaniem decyzji klinicznych.

Prezentacja przypadku 1: J.A.

J.A. jest 11-letnim Afroamerykaninem, u którego przed prawie 14 miesiącami podczas rutynowego badania przed dopuszczeniem do uprawiania sportu lekarz rodzinny rozpoznał cukrzycę typu 2. Chory ma obciążony wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy typu 2 i chorób serca. W momencie rozpoznania cukrzycy wskaźnik masy ciała (BMI) u J.A. przekraczał 99 centyl, stężenie glukozy we krwi na czczo wynosiło 300 mg/dl, a wartość hemoglobiny A_{1c} 12,3%.

Po rozpoznaniu cukrzycy lekarz rodzinny skierował J.A. w celu dalszego leczenia do endokrynologa leczącego dorosłych chorych na cukrzycę, ale po 6 miesiącach stosowania leków doustnych rodzice wyrazili obawy związane z utrzymywaniem się dużych wahań glikemii oraz trudnościami w przestrzeganiu zaleceń behawioralnych przez J.A. Rodzice zażądali konsultacji endokrynologa dziecięcego w celu uzyskania wskazówek dotyczących obecnego leczenia cukrzycy u J.A., a także informacji na temat wpływu leczenia cukrzycy na jego nastrój i zachowanie. W momencie konsultacji J.A. otrzymywał metforminę w dawce 1000 mg dwa razy na dobę. W tabeli 1 przedstawiono wyniki badania przedmiotowego i badań laboratoryjnych.

Podczas rozmowy J.A. okazał się cichym i grzecznym chłopcem w okresie przedpokwitaniowym. Unikał kontaktu wzrokowego i podczas mówienia często patrzył w podłogę. Rodzice J.A. zgłosili obawy dotyczące niespójnego monitorowania glikemii, często stwierdzanego dużego stężenia glukozy we krwi, zmniejszonego zainteresowania syna różnymi zajęciami, zwiększonej męczliwości i łaknienia, a także częstej absencji w szkole. J.A. zgodził się z obawami rodziców i niemal rozplakał, kiedy został zapytany o częstotliwość monitorowania glikemii. Powiedział, że przez cały czas czuje się zmęczony i po prostu „nie chce mu się nic robić”.

Rodzice zauważyli, że te zmiany zachowania zaczęły się jesienią, kiedy chłopiec został wykluczony z miejscowej drużyny piłkarskiej, a ponadto, chociaż J.A. temu zaprzeczał, obawiają się, że rówieśnicy wyśmiewają się z niego w szkole z powodu nadwagi. W ciągu tego roku J.A. zaczął również dostawać gorsze stopnie, a nauczyciele zauważyli, że zasypia na lekcjach i nie uczestniczy w rozmowach prowadzonych w klasie.

Na podstawie przedstawionych informacji do najważniejszych rozpoznań, które należy wziąć pod uwagę w diagnostyce różnicowej, należą:

- Hiperglikemia
- Niedoczynność tarczycy

- Bezdech podczas snu
- Duża depresja (major depressive disorder)
- Dysfunkcja rodzinna
- Wiktyimizacja ze strony rówieśników

Na zakończenie wizyty w przychodni zalecono, aby J.A. częściej monitorował glikemię, co najmniej dwa razy dziennie, dokonując jednego oznaczenia na czczo, a drugiego 2 h po posiłku o różnych porach w różne dni tygodnia, aby można było uzyskać pełniejszy profil stężenia glukozy we krwi. Dotychczasowe leczenie doustne zostało utrzymane do czasu uzyskania dalszych danych. Rodzice zapytani o objawy bezdechu podczas snu zaprzeczyli, aby J.A. chrapał. Specjalista zaproponował, aby skontaktowali się z lekarzem podstawowej opieki, gdyby w przyszłości zaobserwowali u syna chrapanie lub przerwę w oddychaniu podczas snu. Omówiono objawy hiperglikemii, niedoczynności tarczycy oraz możliwe nakładanie się objawów depresji, a w okresie oczekiwania na wynik oznaczenia hormonu tyreotropowego (TSH) rodzice mieli się skontaktować z psychologiem współpracującym z zespołem prowadzącym leczenie cukrzycy w celu uzyskania dalszych informacji na temat różnych możliwości leczenia oraz dostępności specjalistów zajmujących się problemami psychospołecznymi w ich miejscu zamieszkania. Chory został skierowany na dodatkowe badania laboratoryjne w celu wykluczenia niedoczynności tarczycy.

Podczas dalszej oceny laboratoryjnej stwierdzono, że stężenie TSH wynosi 1,3 $\mu\text{g}/\text{ml}$ (zakres wartości prawidłowych 0,34-4,82 $\mu\text{g}/\text{ml}$). Później J.A. został również oceniony przez psychologa współpracującego z zespołem prowadzącym leczenie cukrzycy, który potwierdził rozpoznanie pojedynczego epizodu dużej depresji o umiarkowanym nasileniu. Chory został skierowany do licencjonowanego klinicznego pracownika społecznego w miejscu zamieszkania, a podczas późniejszych sesji terapeutycznych, odbywających się co dwa miesiące, rodzice zgłosili poprawę afektu, zwiększenie energii życiowej oraz zmniejszenie masy ciała o 3%.

Prezentacja przypadku 2: S.C.

S.C. jest 17-letnią białą dziewczyną, u której w wieku 8 lat rozpoznano cukrzycę typu 1. W wywiadzie rodzinnym stwierdzono cukrzycę typu 1 u wujka oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego u ciotki. Od momentu rozpoznania chora pozostawała pod opieką pediatrycznej przychodni endokrynologicznej w dużym szpitalu dziecięcym. Przez ostatnie 5 lat w leczeniu cukrzycy stosowano pompę insulinową,

Tabela 1. Wyniki badania przedmiotowego i badań laboratoryjnych w przedstawionych przypadkach nr 1 i 2

	Przypadek 1: J.A.	Przypadek 2: S.C.
Obserwacje ogólne	Otyły, prawidłowo rozwijający się chłopiec w wieku przedpokwitaniowym	Szczupła, prawidłowo rozwijająca się nastolatka
Parametry życiowe		
Wzrost (cm)	157,5	162,5
Masa ciała (kg)	80	52
Ciśnienie tętnicze (mm Hg)	122/83	110/70
Tętno (uderzenia na minutę)	95	68
Badanie przedmiotowe		
Skóra	Rogowacenie ciemne w obrębie szyi i pach	Prawidłowa pigmentacja skóry, bez modzeli na czubkach palców
Tarczycza	Wyczuwalna palpacyjnie, o gładkiej powierzchni bez guzków	Wyczuwalna palpacyjnie, o gładkiej powierzchni bez guzków
Brzuch	Uwypuklony, z rozstępami skórnymi i prawidłową perystaltyką	Prawidłowy, z prawidłową perystaltyką
Stadium dojrzewania płciowego	Stadium 2 według Tannera	Stadium 5 według Tannera
Leczenie cukrzycy		
Przeciętna liczba oznaczeń glikemii w ciągu dnia	0,83	4,2
Przeciętne stężenie glukozy we krwi: śniadanie (mg/dl)	232	124
Przeciętne stężenie glukozy we krwi: lunch (mg/dl)	b.d.	198
Przeciętne stężenie glukozy we krwi: kolacja (mg/dl)	253	207
Przeciętne stężenie glukozy we krwi: przed snem (mg/dl)	b.d.	155
Wyniki początkowych badań laboratoryjnych*		
HbA _{1c} (%)	10,3 (norma 3,4-6,1)	8,1 (norma 3,4-6,1)
Oszacowane przeciętne stężenie glukozy we krwi (mg/dl)	247,16	185,12
Azot mocznikowy we krwi (mg/dl)	10 (norma 7-18)	b.d.
Kreatynina (mg/dl)	0,8 (norma 0,6-1,3)	b.d.
Aminotransferaza asparaginianowa/alaninowa (j./l)	20/32 (norma 15-37/30-65)	b.d.
Cholesterol (mg/dl)	190 (norma <200)	b.d.
Wyniki późniejszych badań laboratoryjnych*		
TSH (μj./ml)	1,3 (norma 0,34-4,82)	0,98 (norma 0,34-4,82)
Poranny kortyzol (μg/dl)	b.d.	18 (norma 5-25)
Przeciwciała przeciwko tTG (j./ml)	b.d.	100 (norma <4,0)
Przeciwciała przeciwko tkance kory nadnerczy	b.d.	Wynik ujemny (norma)
HCG w surowicy	b.d.	Wynik ujemny (norma)

*Wartości prawidłowe pochodzą z dużego szpitala dziecięcego na wschodnim wybrzeżu Stanów Zjednoczonych. Objaśnienia skrótów jak w tekście.

a wartość HbA_{1c} mieściła się w granicach 6,5-8,5%. W ciągu ostatniego roku chora kontrolowała stężenie glukozy we krwi trzy do ośmiu razy na dobę, przeciętnie 4,8 razy.

Podczas ostatnich trzech wizyt nie stwierdzono istotnych wahań masy ciała, ale S.C. uskarżała się na okresowo występujące bóle brzucha, bóle głowy, nieregularnie występujące miesiączki oraz sporadycznie biegunkę. Ponadto matka chorej wyrażała obawy w związku ze zwiększoną absencją w szkole z powodu niewyjaśnionego bólu brzucha, zwiększoną drażliwością córki oraz jej niepokojem związanym z decyzją o wyborze college'u. S.C. zgłosiła się na rutynową wizytę kontrolną do poradni diabetologicznej. W tabeli 1 przedstawiono wyniki badania przedmiotowego i badań laboratoryjnych.

Podczas rozmowy S.C. sprawiała wrażenie bystrej, ale niespokojnej nastolatki. Stwierdziła, że martwi się w związku z wyborem college'u, a także ze względu na swoje obecne relacje społeczne, ponieważ niedawno zerwała z chłopakiem. Nadal uskarżała się na ból w nadbrzuszu i powiedziała, że obawia się, że może mieć chorobę wrzodową. Matka pacjentki zgłosiła narastający konflikt dotyczący leczenia cukrzycy oraz gorszych wyników w szkole. W rozmowie w cztery oczy S.C. stała się płaczliwa i stwierdziła, że jest zdenerwowana, ponieważ „coś jest z nią nie tak”. Stwierdziła, że nie pije alkoholu, nie pali tytoniu i nie używa narkotyków. Stwierdziła, że obecnie nie jest aktywna seksualnie, chociaż miała kontakty seksualne w przeszłości.

Na podstawie przedstawionych informacji do najważniejszych rozpoznań, które należy wziąć pod uwagę w diagnostyce różnicowej, należą:

- Niedoczynność tarczycy
- Choroba Addisona
- Ciąża
- Celiakia
- Czynnościowy ból brzucha
- Zespół jelita drażliwego
- Migreny brzuszne
- Owrzodzenie trawienne
- Duża depresja
- Nieswoiste zaburzenia lękowe
- Bliżej nieokreślone zaburzenia odżywiania się

Na zakończenie wizyty w przychodni zlecono dodatkowe badania laboratoryjne w celu potwierdzenia lub wykluczenia niektórych rozpoznań z powyższej listy. Uzyskano następujące wyniki badań laboratoryjnych: prawidłowe stężenie TSH (0,98 μ j./ml, zakres wartości prawidłowych: 0,34-4,82 μ j./ml), ujemny (prawidłowy) wynik oznaczenia przeciwciał przeciwko tkance kory nadnerczy, stężenie kortyzolu

we krwi w godzinach porannych 18 μ g/dl (zakres wartości prawidłowych 5-25 μ g/dl), ujemny (prawidłowy) wynik oznaczenia ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (HCG) w surowicy oraz aktywność przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej (tTG) 100 j./ml (wartości prawidłowe <4,0 j./ml).

Podczas dalszej oceny laboratoryjnej uzyskano dodatni wynik oznaczenia auto-przeciwciał klasy IgA przeciwko endomyzjum swoistych dla celiakii. Późniejsza gastroscopia wykonana przez gastroenterologa dziecięcego pozwoliła na wykluczenie choroby wrzodowej, natomiast badanie histopatologiczne pobranych wycinków potwierdziło rozpoznanie choroby trzewnej. S.C. została skierowana do dietyka w celu edukacji i konsultacji oraz rozpoczęcia stosowania diety bezglutenowej. Rodzina została również skierowana do zespołu terapeutów psychospołecznych w celu dodatkowej oceny i wsparcia w związku ze zmianami sposobu odżywiania się i codziennej aktywności po rozpoznaniu celiakii, a także zaradzenia fizjologicznym objawom lękowym związanym z obecnymi bodźcami stresowymi.

Początkowo S.C. nie chciała wspomagać psychoterapii, jednak po próbie stosowania diety bezglutenowej i napotkaniu na trudności z modyfikacją wyboru produktów żywnościowych w kontaktach z rówieśnikami poprosiła o konsultację zespołu terapeutów psychospołecznych. Spotkała się czterokrotnie z psychologiem współpracującym z zespołem prowadzącym leczenie cukrzycy, który zastosował krótką terapię behawioralną koncentrującą się na dostosowaniu się do rozpoznania choroby trzewnej i wypracowaniu swoistych strategii radzenia sobie z tym problemem.

Omówienie

Objawy podmiotowe i przedmiotowe: depresja a choroby somatyczne

Mając do czynienia z dziećmi i nastolatkami z możliwymi objawami depresji podczas typowej wizyty ambulatoryjnej w ramach leczenia cukrzycy, klinicysta musi umieć uzyskać spójny obraz uwzględniający wszystkie zmienne, w tym stabilność somatycznej choroby podstawowej (cukrzycy), choroby współistniejące oraz psychospołeczne funkcjonowanie chorego. Ze względu na potencjalne podobieństwo między objawami związanymi z depresją i cukrzycą, a także późniejszy wpływ depresji na udział chorego w leczeniu cukrzycy, diabetolodzy znajdują się w wyjątkowo korzystnej sytuacji pozwala-

jącej na wykrywanie objawów somatycznych i psychologicznych, które mogą wskazywać na zwiększone ryzyko depresji. Do tych objawów mogą należeć zmiany łaknienia, przyrost lub zmniejszenie masy ciała, ból głowy, zmniejszenie lub zwiększenie aktywności fizycznej, absencja w szkole, a także zmiany zaangażowania w aktywności podejmowane razem z rówieśnikami lub w szkole.²⁶ Ponieważ objawy podmiotowe i przedmiotowe depresji i innych chorób somatycznych nakładają się, konieczne jest stworzenie szczegółowej listy rozpoznania różnicowego i wykluczenie przyczyn somatycznych przed rozpoznaniem depresji.

Możliwe rozpoznania uwzględniane w diagnostyce różnicowej zależą częściowo od typu cukrzycy, ponieważ choroby na cukrzycę typu 1 i 2 charakteryzują się częstszym występowaniem różnych chorób współistniejących. Choroby autoimmunologiczne są ściśle związane z cukrzycą typu 1 ze względu na bliskość w obrębie locus układu HLA na chromosomie 6. Dlatego też u dzieci i nastolatków z autoimmunologicznie uwarunkowaną cukrzycą typu 1 trzeba brać pod uwagę takie stany, jak zapalenie tarczycy typu Hashimoto, chorobę Gravesa-Basedowa, celiakię oraz chorobę Addisona, których ryzyko jest w tej populacji zwiększone.²³ Do innych stanów, które również mogą być związane z cukrzycą typu 1, a które należy oceniać pod kątem możliwości ich występowania u nastolatków z tym typem cukrzycy, należą: zespół tachykardii ortostatycznej (omdlenia kardiogenne/neurogenne),²⁷ niewielka dysfunkcja układu autonomicznego²⁸ oraz niedobór witaminy D.²⁵

Do chorób związanych z cukrzycą typu 2 u dzieci i nastolatków należą: zespół policystycznych jajników,²⁹ bezdech podczas snu,²⁴ hiperlipidemia,³⁰ niealkoholowe stłuszczenie wątroby,³¹ zespół metaboliczny³² i astma oskrzelowa.³³ Trzeba również brać pod uwagę inne stany spotykane w ogólnej populacji nastolatków, w tym ciążę,³⁴ spożywanie alkoholu i stosowanie narkotyków,³⁵ a także wiktyzację ze strony rówieśników.³⁶ Objawy wielu z tych chorób i stanów mogą zresztą nasuwać podejrzenie depresji i chociaż może ona towarzyszyć wymienionym chorobom współistniejącym, obowiązkiem diabetologa jest dokładna przesiewowa ocena, zanim sformułuje się wnioski dotyczące etiologii objawów występujących u chorego.

U wyżej przedstawionych chorych niezbędne było wykluczenie możliwych współistniejących chorób somatycznych przez zadanie dodatkowych, odpowiednio ukierunkowanych pytań, wykonanie od-

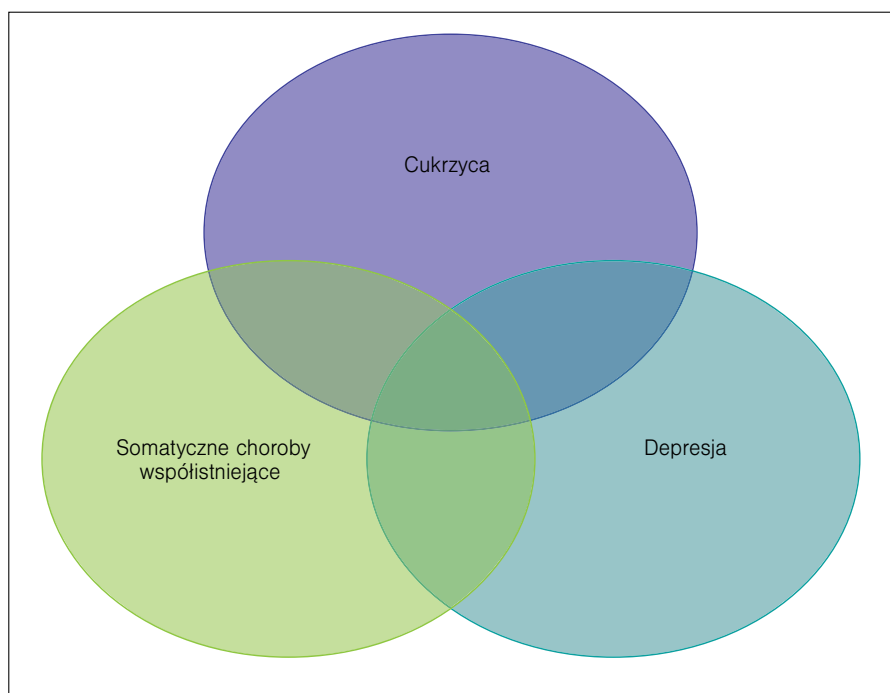
powiednich badań laboratoryjnych lub, w razie potrzeby, skierowanie do innego specjalisty. Po uzyskaniu wyników tej oceny klinicysta może być zaskoczony, dowiadując się, że to, co uważano za depresję, było w rzeczywistości inną chorobą somatyczną będącą przyczyną podobnych objawów. Ewentualnie po przeprowadzeniu diagnostyki laboratoryjnej, która nie pozwoliła na ustalenie innego rozpoznania, w celu potwierdzenia podejrzenia depresji można posłużyć się prostymi narzędziami przesiewowej oceny psychospołecznej w warunkach gabinetu lekarskiego. Należy wreszcie zdawać sobie sprawę z tego, że współistniejące choroby somatyczne mogą w rzeczywistości przyczynić się do nasilenia objawów depresji, ponieważ związane z nimi zmiany stylu życia (np. sposobu odżywiania się po rozpoznaniu choroby trzewnej), a także postzegane przez nastolatków obciążenia wynikające z objawów klinicznych mogą wywoływać zmiany nastroju.

Przesiewowa ocena podczas wizyty w przychodni

Pediatrzy zaczynają stosować skrócone kwestionariusze do przesiewowego wykrywania depresji w ramach rutynowej opieki nad dziećmi i nastolatkami. Przydatnym źródłem dla klinicystów, którzy chcieliby przesiewowo oceniać objawy depresji podczas typowej wizyty w przychodni, mogą być niedawno opublikowane zalecenia dotyczące postępowania w okresie rozwojowym nastolatków w podstawowej opiece zdrowotnej (Guidelines for the Management of Adolescent Development in Primary Care).^{37,38}

Wielu lekarzy praktyków obawia się, że przesiewowe wykrywanie depresji w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej jest zbyt czasochłonne i kosztowne.³⁹ Dostępne są jednak kwestionariusze o dokładnie zweryfikowanej wartości, takie jak Children's Depression Inventory⁴⁰ oraz Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D),^{41,42} które są krótkie (obejmują 30 lub mniej pytań), zostały przeznaczone do samodzielnego wypełniania przez pacjentów i wyznaczono dla nich empirycznie potwierdzone wartości progowe wyłaniające dzieci i młodzież z grupy ryzyka depresji. Dodatkowo kwestionariusz CES-D jest dostępny za darmo, co eliminuje obawy związane z kosztami stosowania takich narzędzi.

Uwzględnienie takich przesiewowych narzędzi do wykrywania depresji lub dostępność przesiewowego narzędzia oceny psychospołecznej, które można by stosować



Rycina. Nakładanie się objawów cukrzycy, somatycznych chorób współistniejących i depresji.

wać w celu wyłonienia chorych z grupy ryzyka na podstawie danych z wywiadów, jest ważnym uzupełnieniem zwykłego postępowania w leczeniu cukrzycy. W obecnych wytycznych American Diabetes Association (ADA) dotyczących opieki nad dziećmi i nastolatkami chorymi na cukrzycę typu 1⁴³ zalecono coroczną przesiewową ocenę w kierunku depresji u dzieci w wieku ≥ 10 lat w ramach rutynowej optymalnej praktyki klinicznej. Niezbędnym elementem rutynowego postępowania jest też kierowanie dzieci i nastolatków z podejrzeniem depresji do odpowiedniego specjalisty. Jeżeli zespół prowadzący leczenie cukrzycy nie dysponuje możliwością bezpośrednich konsultacji i wsparcia ze strony specjalistów zajmujących się problemami psychospołecznymi, zachęca się klinicystów do poszukiwania, na przykład za pośrednictwem innych członków zespołu leczącego lub pracowników społecznych, odpowiednich lokalnych specjalistów mających doświadczenie w leczeniu problemów z zakresu zdrowia behawioralnego i chorób przewlekłych.

Rozwiązania zespołowe

Przeprowadzenie dokładnej oceny możliwych rozpoznań różnicowych jest niezbędne ze względu na nakładanie się objawów, a także po to, aby w razie potrzeby skierować chorego do właściwego specjalisty. Założenie z góry, że u chorego występuje problem psychospołeczny, może prowadzić do przeoczenia rozpozna-

nia problemu somatycznego przez zlekceważenie istotnych objawów podmiotowych lub przedmiotowych. Z kolei po ustaleniu rozpoznania problemu somatycznego klinicyści nie powinni z góry zakładać, że nie ma potrzeby wspierającej terapii psychospołecznej. Zależności między współistniejącymi chorobami somatycznymi oraz powiązаныmi bodźcami stresowymi i zmiany stylu życia są złożone, a trudności napotymane przez chorych podczas dostosowywania się do nowego rozpoznania mogą spowodować zwiększenie ryzyka depresji.

W modelu prewencyjnej interwencji zaleca się identyfikację i wczesne działanie u chorych zagrożonych daną chorobą zamiast interwencji dopiero po stwierdzeniu rzeczywistego problemu. W kontekście depresji taka wczesna identyfikacja może zwrócić uwagę rodziny na potencjalne czynniki ryzyka, co być może zapobiegnie wystąpieniu epizodu depresji, ponieważ chory i jego rodzina mogą uzyskać wsparcie jeszcze przed wystąpieniem klinicznych przejawów depresji.

Na rycinie przedstawiono granicznie nakładanie się cukrzycy, somatycznych chorób współistniejących oraz depresji. W zacięzionych obszarach nakładania się na siebie dwóch z trzech kół uzasadniona jest przesiewowa ocena w poszukiwaniu możliwej depresji lub trudności w dostosowaniu się do choroby. W środkowym trójkącie, w którym nakładają się wszystkie te trzy stany, konieczne jest skierowa-

Tabela 2. Wskazówki dla diabetologów opiekujących się nastolatkami chorymi na cukrzycę

- Należy wykrywać i oceniać możliwe problemy z listy rozpoznania różnicowego. Wiele objawów depresji, w tym zmniejszenie energii życiowej, zmiany cyklu snu i czuwania, przyrost lub utrata masy ciała oraz zaburzenia pamięci, może również wskazywać na inne częste choroby współistniejące. Należy być dokładnym.
- Należy zwracać uwagę na różne sfery życia nastolatków. Ich codzienne życie składa się nie tylko z leczenia cukrzycy. Funkcjonowanie w innych dziedzinach może dostarczać wskazówek ułatwiających potwierdzenie lub wykluczenie możliwych problemów z listy rozpoznania różnicowego.
- Należy systematycznie wykorzystywać narzędzia przesiewowej oceny psychospołecznej w celu oceny możliwości występowania depresji. Nastolatków, którzy przekraczają kliniczne wartości progowe w stosowanych skalach, należy kierować do odpowiednich specjalistów, stwarzając w ten sposób rodzinom możliwość szybkiego skorzystania z właściwych zasobów w celu dalszej oceny i leczenia.

nie do specjalisty zdrowia psychicznego w celu dokonania dokładnej oceny.

Aby zidentyfikować zmiany behawioralne następujące w ciągu dłuższego czasu, a także odkryć leżące u ich podłoża emocje i drażliwe kwestie, konieczne jest nawiązanie odpowiedniego porozumienia między klinicystą a jego młodymi pacjentami. Pacjentów należy postrzegać jako w pełni ukształtowane, wielowymiarowe jednostki, a nie tylko jako dzieci lub nastolatki chore na cukrzycę. Umiejętne inicjowanie rozmów na drażliwe tematy dotyczące funkcjonowania społecznego, w tym rozmów na temat aktywności seksualnej, narkotyków i alkoholu, powinno być rutynowym elementem każdej wizyty w gabinecie, dlatego zdecydowanie zaleca się, aby podczas każdej wizyty diabetolog spędzał z nastoletnimi pacjentami kilka minut na osobności, aby móc odpowiedzieć na pytania zadawane przez nastolatków, w tym dotyczące spożywania alkoholu i stosowania środków antykoncepcyjnych, ponieważ młodzież może nie chcieć poruszać tych kwestii w obecności rodziców. Zbieranie informacji na temat tego, jak nastolatki funkcjonują w różnych sferach, w tym w rodzinie, grupach społecznych i szkole, przyczynia się do sformułowania właściwego rozpoznania różnicowego i ułatwia klinicystom zrozumienie dwukierunkowych zależności między cukrzycą a depresją.

Ze względu na zwiększone ryzyko depresji wśród nastolatków chorych na cukrzycę ADA zaleca coroczne dokonywanie krótkiej przesiewowej oceny psychospołecznej.⁴³ Ważne jest również przesiewowe wykrywanie depresji oraz odpowiednia dalsza obserwacja w stanach nagłych, na przykład przy wystąpieniu takich problemów, jak myśli samobójcze lub samouszkodzenie. Ujednolicone kwestionariusze mogą być dołączane do dokumentacji ambulatoryjnego

leczenia chorych razem z wynikami corocznych badań laboratoryjnych. Kwestionariusze muszą być krótkie ze względu na ograniczenia czasowe typowych wizyt w przychodni. Konieczne jest również podejmowanie odpowiednich działań w związku z wynikami uzyskiwanymi po wypełnieniu kwestionariuszy przez dzieci i ich opiekunów. Wymaga to obliczania punktacji i uwzględniania ich klinicznych wartości progowych podczas wizyty w przychodni, a także formułowania jednoznacznych planów dotyczących dalszego postępowania, w tym omawiania istotnych wyników z rodziną chorego, kierowania chorych do odpowiednich specjalistów, a także opracowania awaryjnego planu działania na wypadek wystąpienia poważnych myśli samobójczych.

Oprócz stosowania tych przesiewowych narzędzi skuteczną techniką uzyskiwania informacji od nastolatków oraz poprawy jakości danych diagnostycznych jest zadawanie bezpośrednich pytań o objawy depresji i myśli samobójcze.³⁸ Inną metodą ułatwiającą wypracowanie i realizację celów we wzajemnych kontaktach dziecka z opiekującym się nim zespołem medycznym jest kontrakt behawioralny między dzieckiem a klinicystą podczas wizyty w przychodni. W tabeli 2 przedstawiono wskazówki dla diabetologów opiekujących się młodymi chorymi.

Podsumowanie i kierunki na przyszłość

Rutynowe wizyty kontrolne w poradni diabetologicznej stwarzają wiele możliwości przesiewowej oceny i wyłaniania nastolatków, którzy mogą być zagrożeni depresją. Mimo że w okresie dorastania stres i niektóre objawy depresji, w tym zwiększona męczliwość i wycofywanie się z kontaktów z rodzicami, mogą mie-

ścić się w zakresie normy, potencjalny wpływ depresji na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorych i w rezultacie kontrolę metaboliczną cukrzycy jest istotnym problemem, który powinien być rutynowo uwzględniany przez pediatrów. W celu określenia zakresu niezbędnych interwencji konieczne jest dokładne rozpoznanie różnicowe uwzględniające różne stany somatyczne i psychologiczne.

Chociaż dostępne są ogólne narzędzia do przesiewowej wykrywania depresji, przyszłe działania w tym zakresie byłyby ułatwione przez opracowanie kwestionariuszy swoistych dla cukrzycy, które mogłyby być wypełniane przez samych chorych i łatwo wykorzystywane w warunkach klinicznych w celu przesiewowej wykrywania depresji i innych problemów psychospołecznych. Depresja może mieć swoisty wpływ na zadania związane z cukrzycą, a ocena ukierunkowana na cukrzycę może mieć duże znaczenie dla wczesnego wykrywania objawów depresji.⁴⁴ Inną ważną dziedziną przyszłych badań jest dalszy rozwój i ocena metod leczenia swoistych dla cukrzycy, które można by stosować u nastolatków z jednoczesnym rozpoznaniem cukrzycy i depresji.

Diabetolodzy opiekujący się dziećmi i nastolatkami muszą nie tylko być ekspertami w zakresie leczenia cukrzycy, ale również posiadać odpowiednią wiedzę na temat rozwoju w okresie dzieciństwa i dojrzewania, współistniejących chorób somatycznych oraz funkcjonowania psychospołecznego. Diabetolodzy mają wyjątkową możliwość, aby śledzić zmiany zachowania i wykrywać subtelne sygnały wskazujące na ryzyko depresji u dziecka lub nastolatka. Wczesna identyfikacja tych problemów i odpowiednia interwencja mogą istotnie wpłynąć na życie młodych chorych. Musimy jak najlepiej wykorzystywać ograniczony czas, jaki mamy do dyspozycji.

Diabetes Spectrum, Vol. 23, No. 1, 2010, p. 25. Screening and Identification of Children and Adolescents at Risk for Depression During a Diabetes Clinic Visit.

Piśmiennictwo

- 1 Barat P, Valade A, Brosselin P, Alberti C, Maurice-Tison S, Levy-Marchal C: The growing incidence of type 1 diabetes in children: the 17-year French experience in Aquitaine. *Diabetes Metab* 34:601–605, 2008
- 2 Vehik K, Hamman RF, Lezotte D, Norris JM, Klingensmith G, Bloch C, Rewers M, Dabelea D: Increasing incidence of type 1 diabetes in 0- to 17-year-old Colorado youth. *Diabetes Care* 30: 503–509, 2007
- 3 Katon W, Von Korff M, Ciechanowski P, Russo J, Lin E, Simon G, Ludman E, Walker E, Bush T, Young B: Behavioral and clinical factors associated with

- depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care* 27:914–920, 2004
- 4 Hood KK, Huestis S, Maher A, Butler D: Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: association with diabetes-specific characteristics. *Diabetes Care* 29:1389–1391, 2006
- 5 Jaser SS, Whittemore R, Ambrosino JM, Lindemann E, Grey M: Mediators of depressive symptoms in children with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 33:509–519, 2008
- 6 Kokkonen J, Kokkonen E: Mental health and social adaptation in young adults with juvenile-onset diabetes. *Nordic J Psychiatry* 49:175–182, 1995
- 7 Lawrence JM, Standiford DA, Loots B, Klingensmith GJ, Williams DE, Ruggiero A, Liese AD, Bell RA, Waitzfelder BE, McKeown RE, SEARCH for Diabetes in Youth Study: Prevalence and correlates of depressed mood among youth with diabetes: The SEARCH for diabetes in youth study. *Pediatrics* 117:1348–1358, 2006
- 8 Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:593–602, 2005
- 9 Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 24:1069–1078, 2001
- 10 Engum A, Mykletun A, Midthjell K, Holen A, Dahl AA: A large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care* 28:1904–1909, 2005
- 11 Ludman EJ, Katon W, Lin E, Bush T, Walker E, Young B: Depression and diabetes symptom burden. *Gen Hosp Psychiatry* 26:430–436, 2004
- 12 Ciecchanowski P, Katon WJ, Russo JE: Depression and diabetes. *Arch Intern Med* 160:3278–3284, 2000
- 13 Kovacs M, Goldston D, Obrosky D, Bonar L: Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care* 20:36–44, 1997
- 14 Helgeson VS, Snyder PR, Escobar O, Siminerio L, Becker D: Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years. *J Pediatr Psychol* 32:794–806, 2007
- 15 O'Connor PJ, Crain AL, Hanson AM, Fischer LR, Kluznik JC: Does diabetes double the risk of depression? *Ann Fam Med* 7:328–335, 2009
- 16 Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN: Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 158:760–765, 2004
- 17 Stewart SM, Rao U, Emslie GJ, Klein D, White PC: Depressive symptoms predict hospitalization for adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatrics* 115:1315–1319, 2005
- 18 Rewers A, Chase HP, Mackenzie T: Predictors of acute complications in children with type 1 diabetes. *JAMA* 287:2511–2518, 2002
- 19 Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Caney RM, Clouse RE: Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 23:934–942, 2000
- 20 Stewart SM, Rao U, White P: Depression and diabetes in children. *Curr Opin Pediatr* 17:626–631, 2005
- 21 Cameron FJ, Northam EA, Ambler GR, Daneman D: Routine psychological screening in youth with type 1 diabetes and their parents: a notion whose time has come? *Diabetes Care* 30:2716–2724, 2007
- 22 Mohn A, Di Michele S, Di Luzzio R, Tumini S, Chiarelli F: The effect of subclinical hypothyroidism on metabolic control in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabet Med* 19:70–73, 2002
- 23 Ide A, Eisenbarth GS: Genetic susceptibility in type 1 diabetes and its associated autoimmune disorders. *Rev Endocr Metab Dis* 4:243–253, 2003
- 24 Villa MP, Multari G, Montesano M, Pagani J, Cervoni M, Midulla F, Cerone E, Ronchetti R: Sleep apnoea in children with diabetes mellitus: effect of glycaemic control. *Diabetologia* 43:696–702, 2000
- 25 Svoren BM, Volkening LK, Wood JR, Laffel LM: Significant vitamin D deficiency in youth with type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr* 154:132–134, 2009
- 26 American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- 27 Raj V, Haman KL, Raj SR, Byrne D, Blakely RD, Biaggioni I, Robertson D, Shelton RC: Psychiatric profile and attention deficits in postural tachycardia syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 80:339–344, 2009
- 28 Javorka M, Trunkvalterova Z, Tonhajzerova I, Javorkova K, Baumert M: Short-term heart rate complexity is reduced in patients with type 1 diabetes mellitus. *Clin Neurophysiol* 119:1071–1081, 2008
- 29 Legro RS, Finegood D, Dunaif A: A fasting glucose to insulin ratio is a useful measure of insulin sensitivity in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 83:2694–2698, 1998
- 30 Maahs DM, Wadwa RP, McFann K, Nadeau K, Williams MR, Eckel RH, Klingensmith GJ: Longitudinal lipid screening and use of lipid-lowering medications in pediatric type 1 diabetes. *J Pediatr* 150:146–150, 2007
- 31 Nadeau KJ, Klingensmith G, Zeitler P: Type 2 diabetes in children is frequently associated with elevated alanine aminotransferase. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 41:94–98, 2005
- 32 Lorenzo C, Okoloise M, Williams K, Stern MP, Haffner SN: The metabolic syndrome as predictor of type 2 diabetes: the San Antonio Heart Study. *Diabetes Care* 26:3153–3159, 2003
- 33 Enfield K, Shim M, Sharma G: Asthma, obesity and type 2 diabetes: mechanisms, management, and prevention. *Diabetes Voice* 54:30–33, 2009
- 34 McClanahan KK: Depression in pregnant adolescents: considerations for treatment. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 22:59–64, 2009
- 35 Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64:566–576, 2007
- 36 Adams RE, Bukowski WM: Peer victimization as a predictor of depression and body mass index in obese and non-obese adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 49:858–866, 2008
- 37 Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein REK, GLAD-PC Steering Group: Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics* 120:e1313–e1326, 2007
- 38 Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, GLAD-PC Steering Group: Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics* 120:e1299–e1312, 2007
- 39 Hood KK: Diabetes in youth: psychosocial challenges: depression. Presentation at the ADA 69th Annual Meeting and Scientific Sessions, New Orleans, LA, 2009
- 40 Kovacs M: Rating scales used to assess depression in school-aged children. *Acta Paediatrica* 46:305–315, 1980
- 41 Radloff LS: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1:385–401, 1977
- 42 Roberts RE, Andrews JA, Lewinsohn PM, Hops H: Assessment of depression in adolescents using the Center for Epidemiological Studies Depression scale. *Psychol Assess* 2:122–128, 1990
- 43 Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L, Deeb L, Grey M, Anderson B, Holzmeister LA, Clark N: Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 28:186–212, 2005
- 44 Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T: How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia* 49:469–477, 2006

Wszyscy autorzy pracują w Waszyngtonie (Dystrykt Kolumbia, USA). Maureen Monaghan, PhD, jest psychologiem w Children's National Medical Center Department of Psychology, Childhood and Adolescent Diabetes Program. Chandra Singh, BS, jest studentką medycyny, która otrzymała stypendium na badania naukowe ufundowane przez Society for Pediatric Research w Children's National Medical Center. Randi Streisand, PhD, CDE, jest dyrektorem ds. badań naukowych z zakresu psychologii oraz konsultacji psychologicznych w Childhood and Adolescent Diabetes Program w Children's National Medical Center oraz profesorem nadzwyczajnym z zakresu psychiatrii i pediatrii w George Washington University School of Medicine and Health Sciences. Fran R. Cogen, MD, CDE, jest dyrektorem programu leczenia cukrzycy u dzieci i nastolatków w Children's National Medical Center Department of Endocrinology and Diabetes oraz profesorem nadzwyczajnym z zakresu pediatrii w George Washington University School of Medicine and Health Sciences.